

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

Ο αντίκτυπος του κοινωνικού αποκλεισμού στην υγεία

Συγγραφέας

ΝΙΦΟΡΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΑΜ: 21018

Επιβλέπουσα

ΤΣΑΚΝΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

Αθήνα, Μάρτιος 2023

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSSINESS ADMINISTRATION

DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

DiplomaThesis

Title

The impact of social exclusion on health

Student name and surname:

NIFOROPOULOU BASILIKH

Registration Number: 21018

Supervisor name and surname:

TSAKNI GEORGIA

Athens, March 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

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

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

Α/α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	Δρ ΓΕΩΡΓΙΑ ΤΣΑΚΝΗ	ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΙΔΙΚΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	
	ΓΟΥΛΑ ΑΣΠΑΣΙΑ	ΜΕΛΟΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
	Δρ ΔΙΕΛΛΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΜΕΛΟΣ ΕΙΔΙΚΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Νιφοροπούλου Βασιλική του Δημητρίου, με αριθμό μητρώου 21018 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας", του Τμήματος Διοίκησης 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».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 31/12/2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα



*** Τσάκνη Γεωργία/Επιβλέπουσα Καθηγήτρια**

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα
(Υπογραφή)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας κα Τσάκνη Γεωργία για την συμπαράσταση και την καθοδήγησή της που μου προσέφερε καθ'όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, τον σύζυγο μου Γιώργο και τα παιδιά μου Ζέτα και Τατιάνα, καθώς υπέδειξαν υπομονή και με στήριξαν σε αυτό το δύσκολο εγχείρημα και έδειξαν κατανόηση για να πετύχω τον στόχο μου.

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη.....	9
Εισαγωγή	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	12
1.1. Ιστορική αναδρομή και εννοιολογική προσέγγιση του κοινωνικού αποκλεισμού	12
1.2. Θεμελιώδεις αιτίες	23
1.3. Επιπτώσεις.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	28
2.1. Κοινωνικός αποκλεισμός σε ευπαθείς ομάδες:.....	28
2.1.1. Μετανάστες.....	31
2.1.2. Παιδιά	33
2.1.3. Τρίτη ηλικία.....	34
2.1.4. Α.μ.ε.Α.....	36
2.1.5. Χρήστες Ναρκωτικών ουσιών.....	37
2.1.6. Γυναίκες.....	39
2.1.7. Άστεγοι.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	45
3.1. Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού στο χώρο της υγείας	45
3.1.1. Μετανάστες	49
3.1.2. Ευπαθείς Ομάδες	53
3.1.3. Ρομά.....	56
3.1.4. Χρήστες Ναρκωτικών Ουσιών	58
3.1.5. Παιδιά	60
3.1.6. Γυναίκες.....	61
3.1.7. Άστεγοι	63
3.2. Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού στο χώρο της υγείας επί Covid 19	65
3.2.1. Τρίτη ηλικία και επίδραση του Covid-19	67
3.2.2. Α.μ.ε.Α. και επίδραση του Covid-19	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	71
4.1. Μηχανισμοί και πολιτικές στήριξης των ομάδων κοινωνικού αποκλεισμού ...	71
4.1.1. Αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα	76
4.1.2. Αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού ευπαθών ομάδων	77
4.1.3. Αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού των ηλικιωμένων μετά την πανδημία	80
4.1.4. Πολιτικές Αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού των χρηστών ναρκωτικών...	81
4.1.5. Πολιτικές Αντιμετώπισης του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	85

Συμπεράσματα – Προτάσεις	85
Βιβλιογραφία	87
Ελληνική Βιβλιογραφία	87
Ξένη Βιβλιογραφία	88
Διαδικτυακές πηγές.....	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	92

Περίληψη

Αυτή η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία στοχεύει να εξετάσει τον κοινωνικό αποκλεισμό που βιώνουν οι μειονότητες, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με αναπηρία, των παιδιών, των γυναικών, των Ρομά και των προσφύγων, στην Ελλάδα πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Η μελέτη χρησιμοποιεί μια ποιοτική προσέγγιση, συμπεριλαμβανομένων συνεντεύξεων και ομάδων εστίασης με εκπροσώπους αυτών των ομάδων, καθώς και σχετικούς ενδιαφερόμενους φορείς και φορείς χάραξης πολιτικής. Η έρευνα υπογραμμίζει τις συγκεκριμένες προκλήσεις που αντιμετωπίζει κάθε μειονοτική ομάδα, συμπεριλαμβανομένων οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων που συμβάλλουν στον αποκλεισμό της από την κοινωνία.

Η μελέτη εντοπίζει αρκετούς βασικούς παράγοντες που επιδεινώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό κατά τη διάρκεια της πανδημίας, όπως η απώλεια θέσεων εργασίας, η μειωμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και την εκπαίδευση και ο αυξημένος στιγματισμός και οι διακρίσεις. Η έρευνα διερευνά επίσης τις πολιτικές και τις προγραμματικές απαντήσεις από την κυβέρνηση, τις ΜΚΟ και άλλους ενδιαφερόμενους φορείς για τον μετριασμό των επιπτώσεων του κοινωνικού αποκλεισμού σε αυτές τις μειονοτικές ομάδες.

Τέλος, η μελέτη προτείνει συστάσεις για πολιτικές και προγραμματικές παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να συμβάλουν στη μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού για αυτές τις μειονότητες στην Ελλάδα. Αυτά περιλαμβάνουν την αύξηση της πρόσβασης στην εκπαίδευση και την υγειονομική περίθαλψη, την προώθηση μεγαλύτερης οικονομικής ένταξης και την αντιμετώπιση των διακρίσεων και του στίγματος μέσω εκστρατειών ευαισθητοποίησης και πρωτοβουλιών πολιτικής. Αντιμετωπίζοντας τις συγκεκριμένες ανάγκες και προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι περιθωριοποιημένες ομάδες στην Ελλάδα, αυτή η έρευνα στοχεύει να συμβάλει σε πιο χωρίς αποκλεισμούς και δίκαιες πολιτικές και πρακτικές που προάγουν την κοινωνική συνοχή και την ευημερία για όλους.

Abstract

This master's project aims to examine social exclusion experienced by minorities, including disabled people, children, women, Roma, and refugees, in Greece before and during the COVID-19 pandemic. The study uses a qualitative approach, including interviews and focus groups with representatives of these groups, as well as relevant stakeholders and policymakers. The research highlights the specific challenges faced by each minority group, including economic, social, and cultural factors that contribute to their exclusion from society.

The study identifies several key factors that exacerbate social exclusion during the pandemic, such as job losses, reduced access to healthcare and education, and increased stigmatization and discrimination. The research also explores the policy and programmatic responses by the government, NGOs, and other stakeholders to mitigate the impact of social exclusion on these minority groups.

Finally, the study proposes recommendations for policy and programmatic interventions that could help reduce social exclusion for these minorities in Greece.

These include increasing access to education and healthcare, promoting greater economic inclusion, and tackling discrimination and stigma through awareness-raising campaigns and policy initiatives. By addressing the specific needs and challenges faced by marginalized groups in Greece, this research aims to contribute to more inclusive and equitable policies and practices that promote social cohesion and well-being for all.

Εισαγωγή

Η περιθωριοποίηση αναφέρεται στη διαδικασία αποκλεισμού ορισμένων ομάδων ανθρώπων από τα οφέλη και τις ευκαιρίες της κυρίαρχης κοινωνίας. Οι περιθωριοποιημένες ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των αστέγων, των ατόμων με αναπηρία, των προσφύγων και των εθνικών μειονοτήτων, αντιμετωπίζουν συχνά σημαντικές προκλήσεις όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, με αποτέλεσμα κακά αποτελέσματα υγείας και μειωμένη ποιότητα ζωής.

Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι περιθωριοποιημένες ομάδες της κοινωνίας και του συστήματος υγείας. Η μελέτη στοχεύει να ρίξει φως στις ανισότητες που υπάρχουν μέσα σε αυτά τα συστήματα και στον αντίκτυπο που έχουν στους περιθωριοποιημένους πληθυσμούς. Η μελέτη θα επικεντρωθεί σε μια σειρά περιθωριοποιημένων ομάδων, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, των ατόμων που βιώνουν έλλειψη στέγης, των ατόμων με αναπηρίες και των γυναικών που βρίσκονται στο περιθώριο λόγω διακρίσεων λόγω φύλου.

Ο στόχος της μελέτης είναι να εντοπίσει τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι περιθωριοποιημένοι πληθυσμοί στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και να κατανοήσει τις βαθύτερες αιτίες αυτών των ανισοτήτων.

Η μελέτη θα συμβάλει επίσης σε έναν αυξανόμενο όγκο βιβλιογραφίας για τις ανισότητες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και θα συμβάλει στην ευαισθητοποίηση σχετικά με την επείγουσα ανάγκη αντιμετώπισης αυτών των ζητημάτων.

Η παρακάτω εργασία αποτελεί μια θεωρητική προσέγγιση του ζητήματος του κοινωνικού αποκλεισμού. Αναλυτικότερα, θα προσεγγιστεί κριτικά το ζήτημα του κοινωνικού αποκλεισμού διαφόρων κοινωνικών ομάδων, αξιοποιώντας την διαθέσιμη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Παράλληλα, το ζήτημα του κοινωνικού αποκλεισμού θα αναλυθεί στο επίπεδο της ιατρικής περίθαλψης που λαμβάνουν τα κοινωνικά περιθωριοποιημένα άτομα, καθώς και τις δυσκολίες πρόσβασης που αντιμετωπίζουν στον ελλαδικό χώρο πριν και μετά τη Covid 19. Τέλος, θα διευθυνθούν οι παράγοντες που ωθούν στον κοινωνικό αποκλεισμό την εκάστοτε, εθνική, φυλετική ή μειονοτική ομάδα.

Συμπερασματικά, η προτεινόμενη μελέτη έχει σχεδιαστεί για να αντιμετωπίσει ένα κρίσιμο χάσμα στην κατανόησή μας για τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των περιθωριοποιημένων πληθυσμών και θα συμβάλει πολύτιμη στις προσπάθειες που στοχεύουν στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ των περιθωριοποιημένων ομάδων και της υπόλοιπης κοινωνίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Ιστορική αναδρομή και εννοιολογική προσέγγιση του κοινωνικού αποκλεισμού

Μια από τις πιο βασικές έννοιες που είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η φτώχεια. Σύμφωνα με τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, το κοινωνικό φαινόμενο της φτώχειας αποτελεί βασικό αίτιο της εκδήλωσης του κοινωνικού αποκλεισμού στις σύγχρονες κοινωνίες του Δυτικού Κόσμου. Για τον λόγο αξίζει να γίνει μια σύντομη αναφορά στην έννοια της φτώχειας.

Η έννοια της φτώχειας ως φαινομένου προσδιορίζεται ως μια αόριστη έννοια, με πολυδιάστατες όμως πτυχές, η οποία εμπερικλείει ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία (Social Policy, 2012). Πρόκειται για ένα σχετικό δυναμικό και πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο χρήζει μια πιο ολιστική προσέγγιση κατά την εξέτασή του (Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, Νικολόπουλος, 2012). Πάγια χαρακτηριστικά της φτώχειας είναι η διαχρονικότητα, καθολικότητα και πολυπλοκότητα του φαινομένου, αφού πρόκειται για μια κοινωνική παθογένεια που δύναται να εκδηλωθεί τόσο σε περιόδους οικονομικής ύφεσης όσο και οικονομικής εξάρσης, τόσο σε αναπτυγμένες όσο και σε υποανάπτυκτες χώρες. Πλήθος επιστημόνων έχουν προσπαθήσει να δώσουν έναν ενιαίο εννοιολογικό ορισμό για το τι είναι φτώχεια, ενώ επικρατέστερος φαίνεται να είναι σύμφωνα με την Social Policy (2012) ότι «φτωχά θεωρούνται τα νοικοκυριά τα οποία λόγω της μη διάθεσης οικονομικών ή άλλων πόρων δε συμμετέχουν αρκετά στον κοινωνικο-οικονομικό ιστό της χώρας».

Επίσης αξιοσημείωτη επισήμανση για το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελεί η βασική διάκριση της φτώχειας σε σχετική και απόλυτη φτώχεια. Ως σχετική φτώχεια, σύμφωνα με την Αλεξίου και (2007) ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο ή μια οικογένεια αδυνατεί να εξασφαλίσει τα στοιχειώδη στοιχεία που της επιτρέπουν την αξιοπρεπή διαβίωση, ενώ ως φτωχοί θεωρούνται οι πολίτες των οποίων το εισόδημα είναι χαμηλότερα από το μισό του μέσου εθνικού εισοδήματος. Τα άτομα ή τα νοικοκυριά που βρίσκονται στο όριο της σχετικής φτώχειας, έχουν συνολικό καθαρό εισόδημα που δεν ξεπερνά το 60% του ισοδύναμου διαμέσου εισοδήματος της χώρας διαμονής τους (Social Policy, 2012).

Ως απόλυτη φτώχεια θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε την κατάσταση κατά την οποία το άτομο βιώνει πρόβλημα όσον αφορά στην εξασφάλιση της επιβίωσης του. Ο ορισμός της απόλυτης φτώχειας βασίζεται σε άτομα ή νοικοκυριά που στερούνται βασικές ανάγκες όπως νερό, τροφή, στέγη, ρούχα και υγειονομική περίθαλψη και καθορίζεται από το ελάχιστο βιοτικό επίπεδο. Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Κοπεγχάγης, η απόλυτη φτώχεια ορίζεται ως η σοβαρή στέρηση βασικών ανθρώπινων αναγκών, καθώς και η έλλειψη ενημέρωσης και εκπαίδευσης. Επομένως, η απόλυτη φτώχεια εξαρτάται από το αν τα άτομα έχουν πρόσβαση ή όχι στις κοινωνικές υπηρεσίες.

(Paul Spicker-An Introduction to Social Policy Poverty, 2013). Η απόλυτη φτώχεια επομένως, φαίνεται να έχει μεγαλύτερη σύνδεση με τον κοινωνικό αποκλεισμό, ιδίως στον χώρο της υγείας, αφού πλήθος ιδιωτών λόγω της δυσμενούς τους οικονομικής κατάστασης, αδυνατούν να εξασφαλίσουν την απαραίτητη ιατροφαρμακευτική αγωγή, πόσο μάλλον να αποκτήσουν πρόσβαση σε ιδιωτικές δομές περίθαλψης, όπως θα εξετάσουμε παρακάτω.

Η έννοια του «κοινωνικού αποκλεισμού» αποτελεί έναν σχετικά πρόσφατο όρο, ο οποίος πρωτοεμφανίστηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1960, με σκοπό να περιγράψει τους φτωχούς πολίτες της Γαλλίας οι οποίοι ήταν αποκλεισμένοι τόσο από την πολιτική όσο και από τους δημόσιους λόγους, λόγω της οικονομικής τους κατάστασης. Με τη σημερινή του βαρύτητα ο όρος εγκαθιδρύθηκε το 1974 από ένα στέλεχος της Γαλλικής κρατικής διοίκησης τον Rene Lenoir. Πρώτη αναφορά σε αυτόν γίνεται όταν ο Lenoir εξέδωσε ένα βιβλίο με τίτλο «Les exclus» (Οι αποκλεισμένοι). Στο συγκεκριμένο βιβλίο προσδιόρισε ως κοινωνικά αποκλεισμένες, εκείνες τις ομάδες του πληθυσμού, όπως τα Α.Μ.Ε.Α., οι μονογονεϊκές οικογένειες, οι ηλικιωμένοι, οι άστεγοι, που αποστερούνται βασικών κοινωνικών τους δικαιωμάτων και αποκλείονται από τη συμμετοχή τους σε εκδηλώσεις της κοινωνικής ζωής, στην αδυναμία πρόσβασης σε βασικούς κοινωνικούς θεσμούς όπως η αγορά εργασίας, το σύστημα υγείας και το εκπαιδευτικό σύστημα.

Η Γαλλική θεωρητική παράδοση τονίζει τη σημασία του κοινωνικού αποκλεισμού. Η ραγδαία όμως εξάπλωση του όρου οφείλεται στους θεσμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 1988 εισάγεται για πρώτη φορά σε κοινοτικό κείμενο με τίτλο «κοινωνικός αποκλεισμός, περιθωριοποίηση και νέες μορφές φτώχειας» από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission, 1988 στο Οικονόμου Χ. και Φερώνας Α., 2006 :10), όροι που θα αποτελούσαν αναπόσπαστο κομμάτι της ευρωπαϊκής πραγματικότητας τις επόμενες δεκαετίες κυρίως από Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο με τη μορφή χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων.

Με την πάροδο του χρόνου, διάφοροι φορείς που ασχολήθηκαν με το θέμα του κοινωνικού αποκλεισμού φαίνεται να διαφωνούν στην ιδέα της υιοθέτησης ενός κοινού ορισμού. Ο όρος «κοινωνικός αποκλεισμός» έχει υποστεί αλλαγές στην έννοια του, ενώ οι ορισμοί ποικίλλουν ανά τόπο και χρόνο, καθώς αντικατοπτρίζουν διαφορετικά κοινωνικά δεδομένα και απαιτήσεις κάθε φορά. Ο Τσιάκαλος (1998) σημειώνει ότι «ορισμένοι επιστήμονες, οργανισμοί και υπηρεσίες έχουν εκφράσει τις δικές τους σκέψεις για το περιεχόμενο της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού, τις αιτίες και τις διαδικασίες επιλογής τους, καθώς και την ερμηνευτική προγνωστική ικανότητα και ικανότητα παρέμβασης στην επίλυση το πρόβλημα, γεγονός που διαφέρει από την επιλογή των άλλων»

Ορισμένοι εκ των ορισμών που έχουν δοθεί από διάφορους επιστήμονες είναι οι ακόλουθοι. Αρχικά η Παπατσιακμάκη (2001) ορίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό ως τις «καινούργιες και πολυδιάστατες (σε ποικίλους τομείς) μορφές αποστέρησης, όπως στην απασχόληση, στη στέγαση, στην ιατρική περίθαλψη, στην εκπαίδευση κ.τ.λ.», ενώ σε μεγάλο βαθμό συμφωνεί ο Τσαούσης (2007) που θεωρεί πως με τον όρο κοινωνικό αποκλεισμό «αποτυπώνονται και οριοθετούνται τα κοινωνικά προβλήματα, όπως και μία σειρά από δράσεις και μέτρα για την καταπολέμηση τους».

Εν ολίγοις, κοινή βάση του όρου κοινωνικού αποκλεισμού αποτελεί η «ύπαρξη» μιας διαδικασίας που ωθεί άτομα ή και ομάδες ανθρώπων στο περιθώριο της κοινωνίας, με αποτέλεσμα να αποκλειστούν από αυτήν, με την έννοια ότι στερούνται ορισμένα αγαθά και δικαιώματα τα οποία θεωρούνται πανανθρώπινα, ενώ παράλληλα δύναται να παρεμποδιστούν ή ακόμα και αποκλειστούν από τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, πολιτική και πολιτισμική ζωή του τόπου όπου ζουν. Αναφέρεται, όμως ταυτόχρονα και στην κατάσταση στην οποία έχει περιπέσει ένα άτομο ή μια ομάδα που θεωρείται αποκλεισμένο/η (Τσιάκαλος, 1998).

Μια γενική ερμηνεία της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού θα μπορούσε να είναι ότι περιγράφει μία ή περισσότερες διαδικασίες που συμβαίνουν σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο σε μια συγκεκριμένη κοινωνία και έχουν ως αποτέλεσμα τη συστηματική αδυναμία άσκησης κοινωνικών δικαιωμάτων, απόλαυσης κοινωνικών αγαθών ή πρόσβασης σε κοινωνικές υπηρεσίες λόγω σε ένα χαρακτηριστικό, κατάσταση ή χαρακτηριστικό που συγκεντρώνεται σε ένα άτομο. Η παρουσία αυτών των διεργασιών μπορεί να ταξινομήσει μία ή περισσότερες κοινωνικές ομάδες, ενώ η απουσία τους μπορεί να εμποδίσει την ανάδυση του αποτελέσματος, δηλαδή του κοινωνικού αποκλεισμού του ατόμου (Γκουγιάννου, Δεκαβάλλα, Τσίγκου, 2015).

Σε κάθε περίπτωση, ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν είναι μια στατική ή μετρήσιμη συνθήκη αλλά μάλλον μια διαδικασία και ταυτόχρονα το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας. Οι διαβαθμίσεις μέσω των οποίων τα άτομα οδηγούνται σταδιακά στην κοινωνική περιθωριοποίηση και αποκλεισμό είναι αυτές που σκιαγραφούν τη φύση του ίδιου του κοινωνικού αποκλεισμού.

Επιπλέον, δεδομένου ότι ο όρος «κοινωνικός αποκλεισμός» χρησιμοποιείται ευρέως από τα θεσμικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αντικατέστησε τον όρο «φτώχεια». Στον τίτλο του τρίτου κοινοτικού προγράμματος 1989-1994 για την καταπολέμηση της φτώχειας, δεν βρίσκουμε πουθενά τον όρο φτώχεια. Ο τίτλος παρουσιάζεται ως «Μεσοπρόθεσμο Κοινοτικό Πρόγραμμα Δράσης για την Οικονομική και Κοινωνική Ένταξη των Μειονεκτικών Κοινωνικών Ομάδων» όπου έχουμε και την ίδρυση του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για την Καταπολέμηση του Κοινωνικού Αποκλεισμού το 1990 (Οικονόμου & Φερόνας 2007). Αργότερα, ο κοινωνικός αποκλεισμός καθιερώνεται ως έννοια που βασίζεται στα ανθρώπινα δικαιώματα και συγκεκριμένα στα κοινωνικά δικαιώματα, όπου σταδιακά γίνεται θεμελιώδης έννοια της κοινωνικής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ειδικότερα στο Πράσινο Βιβλίο της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ορίζεται ο κοινωνικός αποκλεισμός ως εξής: *«ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν σημαίνει μόνο ανεπαρκές εισόδημα, υπερβαίνει ακόμα και την συμμετοχή στην εργασιακή ζωή, εκδηλώνεται σε τομείς όπως η στέγαση, η εκπαίδευση, η υγεία και η πρόσβαση σε υπηρεσίες. Επισημαίνει κοινωνικές ομάδες, ιδιαίτερα σε αστικές και αγροτικές περιοχές οι οποίες αποτελούν αντικείμενο διαχωρισμού των κοινωνικών σχέσεων»* (Κ.Κασιμάτη 1998).

Σύμφωνα με το Παρατηρητήριο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ο κοινωνικός αποκλεισμός ορίζεται σε σχέση με τα κοινωνικά δικαιώματα των πολιτών, διατυπώνοντας την άποψη ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να πάρει δύο βασικές μορφές. Την άρνηση συμμετοχής σε κοινωνικά δικαιώματα ή την αδυναμία πραγμάτωσης των κοινωνικών δικαιωμάτων που παρέχονται στο άτομο, όπως η

ιατροφαρμακευτική περίθαλψη λόγω αδυναμίας οικονομικής συμμετοχής. Για τον όρο κοινωνικό αποκλεισμό, μάλιστα κάνει τη διάκριση ανάμεσα στο γηγενή πληθυσμό και το μη γηγενή, δίνοντας δύο διαφορετικές εκδοχές στον ορισμό του κοινωνικού αποκλεισμού. Ως κοινωνικά αποκλεισμένους, θεωρεί στην 1η εκδοχή του κοινωνικού αποκλεισμού, ότι μιλάμε για μέλη της κοινωνίας που αποτελούν πολίτες μιας χώρας και στερούνται βασικά δικαιώματα συγκριτικά με τους συμπολίτες τους, ενώ στην 2η εκδοχή αναφέρεται ότι κοινωνικά αποκλεισμένος δύναται να είναι κάποιος, μόνο εφόσον διαθέτει την ιδιότητα ενός πολίτη, αφού κοινωνικά αποκλεισμένος μπορεί να θεωρηθεί μόνο κάποιος που στερείται των πολιτικών του δικαιωμάτων, όσον αφορά στην πρόσβαση σε κοινωνικά και πολιτικά αγαθά. (Τσιάκαλος).

Στους συνταγματικούς χάρτες των περισσότερων χωρών κατοχυρώνεται ο δημόσιος χαρακτήρας ορισμένων αγαθών, όπως το αγαθό της υγείας, που πρέπει να παρέχονται σε όλους τους ανθρώπους και να εξασφαλίσουν τα θεμελιώδη κοινωνικά τους δικαιώματα και την πρόσβασή τους σε βασικά κοινωνικά αγαθά, όπως η εκπαίδευση, η υγεία και η στέγαση. Η προστασία της υγείας αποτελεί το υπέρτατο θεμελιώδες δικαίωμα, που οφείλει να διασφαλίζεται από τους θεσμούς χωρίς διακρίσεις.

Συνεχίζοντας την ιστορική αναδρομή, η Γαλλική Επανάσταση αποτέλεσε την εποχή όπου άνθισε η ώρα για αλλαγή (Allman 2013). Το έντονο πνεύμα αλληλεγγύης των κοινωνικά επιβαρυνμένων ομάδων εξαπλώθηκε, δημιουργώντας έτσι μια νέα κοινωνική σκοπιά των φαινομένων. Ωστόσο, άκμασε ταυτόχρονα με την εποχή του πρώιμου καπιταλισμού που προωθούσε τον ατομικισμό και τις ανισότητες. Επομένως, ο κοινωνικός αποκλεισμός συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων είναι κοινό χαρακτηριστικό σε όλη την ιστορία του ανθρώπινου είδους. Ο όρος αναδείχθηκε σιγά σιγά στον πολιτικό και επιστημονικό λόγο διευρύνοντας το πεδίο του και αποκτώντας διαφορετικές σημασίες και περιεχόμενο. Είναι ολοφάνερο ότι η αύξηση του κοινωνικού αποκλεισμού συνάδει παράλληλα με την άνοδο των κοινωνικών προβλημάτων.

Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα, τόσο η επιτάχυνση της καπιταλιστικής ολοκλήρωσης σε όλη την Ευρώπη όσο και οι ανακατατάξεις στην Ανατολή οδήγησαν σε κοινωνικοπολιτικές-δημογραφικές αλλαγές. Το μεγάλο χάσμα μεταξύ βόρειων και νότιων χωρών, το μεταβαλλόμενο πολιτικοοικονομικό περιβάλλον στην Ανατολική Ευρώπη, καθώς και η πολιτική κρίση στη Μέση Ανατολή, είναι μερικοί από τους λόγους που οδήγησαν τους πληθυσμούς των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε κατάσταση περιθωριοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού. Η διατήρηση και αναπαραγωγή του κοινωνικού αποκλεισμού στις οικονομικά και κοινωνικά προηγμένες κοινωνίες έρχεται σε αντίθεση με την ανάπτυξη των κρατών και την αρχή της ισότητας των θεμελιωδών δικαιωμάτων των πολιτών.

Στο πλαίσιο της ανάπτυξης του καπιταλισμού και των διαφόρων μορφών εκσυγχρονισμού, δημιουργήθηκαν ομάδες όπου δεν ήταν ευπρόσδεκτες στην κοινωνία. Άτομα με προβλήματα και άνεργοι, μετανάστες και περιθωριοποιημένες ομάδες δεν υπηρέτησαν τίποτα στο καπιταλιστικό σύστημα και αποκλείστηκαν από διάφορες πτυχές της ζωής. Έτσι, στο υπόβαθρο του καπιταλισμού, ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού βιώνουν τη συσσώρευση στερήσεων σε καθημερινή βάση, ζώντας περιθωριοποιημένες και κοινωνικά αποκλεισμένες.

Από κοινωνιολογική σκοπιά, ο κοινωνικός αποκλεισμός πρόκειται για ένα κοινωνικό φαινόμενο το οποίο απασχολούσε τη ανθρωπότητα από τα αρχέγονα χρόνια και δεν εμφανίστηκε, όπως υποστηρίζεται, αποκλειστικά λόγω της ραγδαίας ανάπτυξης του καπιταλιστικού προτύπου ζωής που συνδέεται με την βιομηχανική επανάσταση. Πιο συγκεκριμένα, από την αρχαία Ελλάδα διαφαίνονται φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού που δεν περιορίζονταν στη θέση της γυναίκας στις ελληνικές κοινωνίες. Για παράδειγμα, τόσο στην αρχαία Αθήνα όσο και στην Σπάρτη υπήρχε το φαινόμενο των δούλων – ειλώτων, ενώ το σημαντικότερο φαινόμενο κοινωνικού αποκλεισμού ήταν η πρόσβαση στην πολιτική ζωή- εκκλησία του Δήμου στην αρχαία Αθήνα. Πολίτες που δεν ήταν γνήσιοι Αθηναίοι πολίτες δεν είχαν δικαίωμα συμμετοχής, ενώ η πολιτική του εξοστρακισμού αποτελεί ύψιστη μορφή στέρησης των κοινωνικών δικαιωμάτων ενός πολίτη – με πρόσχημα μερικές φορές το καλό της πολιτείας-, αφού στερούταν τόσο την ιδιωτική του περιουσία, αλλά και αναγκαζόταν να εγκαταλείψει την πόλη του. Πολλοί άνθρωποι από ορισμένες ομάδες κρατήθηκαν στη σκλαβιά επειδή δεν ήταν αρκετά καλοί ή αρκετά έξυπνοι. Αρχαία έργα τοποθετούν τον θεσμό αυτό κυρίως στην Αθήνα. Ο Αριστοτέλης απέκλεισε το ενδεχόμενο οι κατώτερες τάξεις να επιτύχουν την αρετή, διότι δεν θεωρούνταν ελεύθεροι άνθρωποι και δεν έχαιραν της ίδιας αντιμετώπισης. Τέλος, ένα επίσης πανανθρώπινο πλέον δικαίωμα, το οποίο αποτελούσε στοιχείο του κοινωνικού αποκλεισμού της εποχής, είναι η πρόσβαση στην εκπαίδευση, αφού μόνο γόννοι πλούσιων οικογενειών είχαν πρόσβαση στην παιδεία, που αποτελούσε ιδιωτική υπόθεση και προνόμιο λίγων. Αξίζει, ωστόσο να επισημανθεί ότι η κοινωνική πραγματικότητα και οι κοινωνικές συνθήκες της εποχής καθορίζουν τα «κοινωνικά δικαιώματα» των πολιτών της και μια αυστηρή σύγκριση μεταξύ αρχαιότητας και παρόντος, με βάση τη τωρινή πραγματικότητα δεν έχει ουσιαστική χρησιμότητα, πέρα από την αναφορά στο γεγονός ότι είναι ένα διαχρονικό ζητούμενο της ανθρωπότητας.

Ο Paugam (1997), όπως αναφέρει ο Κατασικίδης (2006), ορίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό σαν μια διαδικασία που συμβάλλει στην κοινωνική έκπτωση («social is qualification») είτε του ατόμου είτε της ομάδας που χαρακτηρίζεται από τρία (3) βασικά στάδια, α στάδια της αστάθειας, της εξάρτησης και της πλήρους ρήξης των κοινωνικών δεσμών. Το στάδιο της αστάθειας ορίζεται ως η κατάσταση στην οποία το άτομο βιώνει έντονα την αβεβαιότητα τόσο όσον αφορά τις κοινωνικές του επαφές όσο και τον τομέα της εργασίας. Ως στάδιο εξάρτησης ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία το άτομο απομακρύνεται από την εργασία και αρχίζει να εξαρτάται από τις κοινωνικές παροχές, την κοινωνική πρόνοια. Οι άνθρωποι σε αυτό το στάδιο περιορίζουν τις κοινωνικές τους επαφές και την κοινωνική τους ζωή. Το τελευταίο στάδιο είναι αυτό της πλήρους ρήξης με τους κοινωνικούς δεσμούς. Σε αυτό το στάδιο, το άτομο βιώνει συσσωρευμένες αρνητικές καταστάσεις στην καθημερινότητά του (όπως ανεργία, έλλειψη στέγης, έλλειψη ιατρικής περίθαλψης, έλλειψη σημαντικών άλλων, κ.λπ.). Είναι πολύ πιθανό τα άτομα αυτά να στραφούν σε εξαρτήσεις (αλκοόλ, ψυχοτρόπες ουσίες) το επόμενο διάστημα, που στην κατάσταση που έχουν περιέλθει φαίνεται μη αναστρέψιμη (λόγω έλλειψης κοινωνικών δεσμών).

Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα, τόσο η επιτάχυνση της καπιταλιστικής ολοκλήρωσης σε όλη την Ευρώπη όσο και οι ανακατατάξεις στην Ανατολή οδήγησαν σε κοινωνικοπολιτικές-δημογραφικές αλλαγές. Το μεγάλο χάσμα μεταξύ βόρειων και νότιων χωρών, το μεταβαλλόμενο πολιτικοοικονομικό περιβάλλον στην Ανατολική Ευρώπη, καθώς και η πολιτική κρίση στη Μέση Ανατολή, είναι μερικοί από τους λόγους που οδήγησαν τους πληθυσμούς των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε κατάσταση περιθωριοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού. Η διατήρηση και αναπαραγωγή του κοινωνικού αποκλεισμού στις οικονομικά και κοινωνικά προηγμένες κοινωνίες έρχεται σε αντίθεση με την ανάπτυξη των κρατών και την αρχή της ισότητας των θεμελιωδών δικαιωμάτων των πολιτών.

Στο πλαίσιο της ανάπτυξης του καπιταλισμού και των διαφόρων μορφών εκσυγχρονισμού, δημιουργήθηκαν ομάδες όπου δεν ήταν ευπρόσδεκτες στην κοινωνία. Άτομα με προβλήματα και άνεργοι, μετανάστες και περιθωριοποιημένες ομάδες δεν υπηρέτησαν τίποτα στο καπιταλιστικό σύστημα και αποκλείστηκαν από διάφορες πτυχές της ζωής. Έτσι, στο υπόβαθρο του καπιταλισμού, ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού βιώνουν τη συσσώρευση στερήσεων σε καθημερινή βάση, ζώντας περιθωριοποιημένες και κοινωνικά αποκλεισμένες.

Σύμφωνα με τον Mazel (2006), που προσεγγίζει μια αντίστοιχη κατεύθυνση, υπάρχουν διαβαθμίσεις σχετικά με το φαινόμενο του κοινωνικά αποκλεισμού τα οποία δύναται να κατηγοριοποιηθούν σε πέντε (5) βασικά στάδια:

1) *Ο βαθμός του κινδύνου*: σε αυτό το στάδιο βρίσκονται οι κατηγορίες του πληθυσμού που χαρακτηρίζονται κοινωνικά από κάποιες μειονεξίες π.χ. κακές συνθήκες στέγασης, σχολική αποτυχία κ.α., που τις κατατάσσουν στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Οι μειονεξίες αυτές από μόνες τους μπορεί να μην οδηγούν αυτόματα στον κοινωνικό αποκλεισμό, αλλά μπορούν να καταδείξουν σε ένα εύλογο χρονικό διάστημα πόσο ευάλωτοι είναι στο φαινόμενο αυτό.

2) *Ο βαθμός της απειλής*: αναφέρεται σε πολυποίκιλες καταστάσεις όπως διαζύγιο, ανεργία, μετανάστευση είναι στοιχεία που μπορεί να βοηθήσουν στην εμφάνιση του αποκλεισμού λόγω των κοινωνικών αλλαγών που υπάρχει στη ζωή των ατόμων αυτών. Επομένως, οι συνθήκες αυτές από μόνες τους δεν αποτελούν λόγο κοινωνικού αποκλεισμού αλλά συμβάλλουν στην επιδείνωση του τρίτου σταδίου

3) *Ο βαθμός της αποσταθεροποίησης*: οι τρόποι με τους οποίους προσπαθούν να διαχειριστούν αυτές τις έκτακτες καταστάσεις, στην προσπάθεια τους να αντιμετωπίσουν διάφορα σοβαρά και αιφνίδια ζητήματα που προκύπτουν στην καθημερινότητα. Οι τρόποι δράσης σε μεγάλο βαθμό είναι συνδεδεμένοι με τους δεσμούς που έχει αναπτύξει το άτομο με την οικογένεια, την κοινότητα και την κοινωνία. Δεν είναι άλλωστε λίγες οι φορές που οι δεσμοί αυτοί μπορούν να λειτουργήσουν ευεργετικά και να συμβάλλουν στην ανάκαμψη του προσώπου και τη σταθεροποίηση της εκάστοτε κατάστασης. Σε περίπτωση που οι δεσμοί αυτοί κρίνονται ως ασταθείς- αδύναμοι, η περίοδος αποσταθεροποίησης κρίνεται μεγάλη συμβάλλοντας στην σταδιακή κοινωνική απομόνωση του ατόμου.

4) *Ο βαθμός της έκπτωσης*: το αποτέλεσμα της ρήξης των κοινωνικών δεσμών διότι έχουν συσσωρευτεί πλέον πολλοί αρνητικοί παράγοντες δημιουργείται ρήξη μεταξύ των δεσμών σε κοινωνικό επίπεδο και η αδυναμία επαναδημιουργίας αυτών, που αν

συνεχιστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, το άτομο οδηγείται σε κατάσταση αποκλεισμού.

5)Ο *βαθμός του πραγματικού αποκλεισμού*: σε αυτό το στάδιο έχουμε την πλήρη ρήξη κοινωνικών δεσμών και κυρίως των δεσμών που σχετίζονται με την εργασία, την οικογένεια και την κατοικία. Κύρια χαρακτηριστικά αυτών των ατόμων που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο είναι η απελπισία, ο φόβος, η ολοκληρωτική απουσία ενδιαφέροντος για το κοινωνικό γίγνεσθαι, η μη συμμετοχή στα κοινωνικά θέματα, και η αδιαφορία για οποιαδήποτε προσπάθεια επανένταξης τους στην κοινωνία. (Μουσούρου 1995).

Τα στάδια της αστάθειας, της εξάρτησης και της πλήρους κατάρρευσης των κοινωνικών δεσμών. Ως στάδιο αστάθειας ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία το άτομο βιώνει έντονη αβεβαιότητα τόσο στις κοινωνικές του επαφές όσο και στο εργασιακό του περιβάλλον. Το στάδιο της εξάρτησης ορίζεται ως η κατάσταση κατά την οποία το άτομο αποστασιοποιείται από την εργασία και αρχίζει να βασίζεται σε κοινωνικές παροχές και ευημερία. Τα άτομα σε αυτό το στάδιο περιορίζουν τις κοινωνικές επαφές και την κοινωνική τους ζωή. Το τελικό στάδιο είναι αυτό της πλήρους κατάρρευσης των κοινωνικών δεσμών. Σε αυτό το στάδιο, το άτομο βιώνει συσσωρευμένες αρνητικές καταστάσεις στην καθημερινή του ζωή (όπως ανεργία, έλλειψη στέγης, έλλειψη ιατρικής περίθαλψης, έλλειψη σημαντικών άλλων, κ.λπ.). Είναι πολύ πιθανό τα άτομα σε αυτό το στάδιο να στραφούν στον εθισμό (αλκοόλ, ναρκωτικά) στο μέλλον, ο οποίος στην κατάσταση που έχουν εισέλθει φαίνεται μη αναστρέψιμος (λόγω έλλειψης κοινωνικών δεσμών).

Αυτό που γίνεται εύκολα κατανοητό είναι ότι ο «κοινωνικός αποκλεισμός» ως έννοια δεν μπορεί να χαρακτηριστεί με σαφήνεια και ακρίβεια αφού υπάρχουν διαφορετικές απόψεις, διαστάσεις και συζητήσεις για το φαινόμενο αυτό. Σε μια προσπάθεια να διακρίνει τις εννοιολογικές διαφορές στις προσεγγίσεις του κοινωνικού αποκλεισμού, ολόκληρη η επιστημονική κοινότητα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για μια πολυδιάστατη και δυναμική έννοια. Ωστόσο, για να θεωρηθεί ένα άτομο μέλος της κοινωνίας, η βιβλιογραφία συμφωνεί ότι πρέπει να διακρίνονται τα ακόλουθα χαρακτηριστικά, τα οποία καθορίζουν την κοινωνική του ζωή:

- α) αστική ένταξη, που σημαίνει αναγνώριση της ιδιότητάς του ως πολίτη σε μια κοινωνία,
- β) οικονομική ένταξη, δηλαδή πρόσβαση στην αγορά εργασίας,
- γ) κοινωνική ένταξη, η οποία επιτρέπει και προωθεί την πρόσβαση στην κρατική βοήθεια χωρίς στιγματισμό και περιθωριοποίηση,
- δ) διαπροσωπική ολοκλήρωση, δηλαδή ύπαρξη σημαντικών άλλων, οικογένεια, κοινωνικά δίκτυα.

Ο Τσαούσης (2004) αναφέρεται σε τρία ωστόσο επίπεδα τα οποία διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στον κοινωνικό αποκλεισμό κάποιου ατόμου. Αρχικά, το οικονομικό ως παρεμπόδιση συμμετοχής στον κοινωνικό πλούτο, στη συνέχεια το νομικό ως αποστέρηση της νομικής προστασίας και τέλος την αδυναμία ενεργοποίησης δικαιωμάτων και το κοινωνικό ως στιγματισμό, περιθωριοποίηση και κοινωνική αποβολή. Ο κίνδυνος ύπαρξης του στίγματος στις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες είναι κάτι παραπάνω από υπαρκτός.

Οι άνθρωποι/ομάδες που είναι στιγματισμένοι ή ευάλωτοι όχι μόνο αντιμετωπίζονται αρνητικά από την κοινωνία, αλλά συχνά κατηγορούνται για την κατάσταση που έχουν βρεθεί. Οι δομές της κοινωνίας δημιουργούν κανόνες και πρότυπα συμπεριφοράς με στόχο την συνοχή που στηρίζεται η μονοπολιτισμικότητα. Αναφορικά, οι κατηγορίες ανθρώπων που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό σύμφωνα με την βιβλιογραφία είναι οι εξής : παιδιά – νέοι - ηλικιωμένοι (ηλικιακές κατηγορίες), γυναίκες (φύλο), άτομα εκτός της εκπαιδευτικής διαδικασίας, Α.μ.ε.Α., εθνικές μειονότητες, μετανάστες/ πρόσφυγες/ παλιννοστούντες, μονογονεϊκές οικογένειες, γεωγραφικά αποκλεισμένα άτομα (ακριτικές περιοχές, κάτοικοι υπαίθρου), άνεργοι, ρομά, τσιγγάνοι, ανήλικοι παραβάτες

Όπως επισημαίνει η Πετράκη (1999), η κατηγοριοποίηση των ανθρώπων σε αποκλεισμένες ομάδες και η ίδια η εικόνα της δυαδικότητας, μνημένων και ξένων, έχουν ως αποτέλεσμα τον στιγματισμό των πληθυσμών μέσω του ορισμού, της ταξινόμησης και της κατάταξης. Το λεξιλόγιο ενισχύει και επιβεβαιώνει την απόσταση μεταξύ των αποκλεισμένων και των ενταγμένων, αυτών που έχουν θέση στην κοινωνία και αυτών που δεν έχουν. Η χρήση αυτής της γλώσσας από τις διοικητικές υπηρεσίες και η νομιμοποίησή της από τις κοινωνικές επιστήμες, καθώς και η υιοθέτησή της από την κοινή δημοσιογραφική γλώσσα, συμβάλλουν στον πραγματικό αποκλεισμό.

Το μόνο σίγουρο είναι ότι η επιστημονική κοινότητα είναι σύμφωνη πως ο όρος του κοινωνικού αποκλεισμού πρόκειται για μια έννοια που χαρακτηρίζεται από την έντονη της ασάφεια, ενώ μπορεί να ερμηνευτεί με διάφορους τρόπους ανάλογα με το πολιτικό – ιδεολογικό πλαίσιο στο οποίο χρησιμοποιείται (Silver, 1994, 1995).

Σύμφωνα με την Ruth Levitas σε μία προσπάθεια αποσαφήνισης, απλοποίησης όλων αυτών των διαφορετικών προσεγγίσεων για τα ζητήματα που πραγματεύεται ο κοινωνικός αποκλεισμός, η Levitas ανέπτυξε τρεις προσεγγίσεις που ερμηνεύουν τις προσεγγίσεις του κοινωνικού αποκλεισμού που εντάσσονται στα κοινωνικοπολιτικά πλαίσια της εποχής. Οι τρεις (3) προσεγγίσεις εμπεριέχουν διαφορετικές απόψεις για τις αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού όπως και για τους σχετικούς δείκτες

Α) Η πρώτη προσέγγιση ονομάζεται αναδιανεμητικός λόγος (redistributive discourse - red): αντιμετωπίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό ως συνέπεια της φτώχειας, υποστηρίζει ότι η φτώχεια δεν πρέπει να γίνεται αντιληπτή με όρους επιβίωσης, αλλά υπό το πρίσμα της δυνατότητας των ατόμων να συμμετάσχουν σε όλες τις εκφάνσεις της κοινωνικής ζωής. Σύμφωνα με τον αναδιανεμητικό λόγο, εφόσον ο κοινωνικός αποκλεισμός πηγάζει από τη φτώχεια, η αύξηση του επιπέδου των επιδομάτων που δίνονται είναι καθοριστικής σημασίας για την καταπολέμηση του αποκλεισμού.

Β) Η δεύτερη, θέτει ως κεντρικό ζητούμενο αυτό της εργασίας. Αναλυτικότερα, προσεγγίζει το ζήτημα του κοινωνικού αποκλεισμού ως συνέπεια του υψηλού δείκτη ανεργίας. Η προσέγγιση αυτή ονομάζεται Social Integration Discourse – SID. Μέσα από αυτήν προκύπτει ότι βασικό ζητούμενο της ομαλής κοινωνικής ενσωμάτωσης διαδραματίζει η αμειβόμενη εργασία του ατόμου, καθώς του επιτρέπει τόσο την κοινωνικοποίηση και αλληλεπίδραση, άρα και την ενδυνάμωση των σχέσεων – που όπως προαναφέρθηκε συμβάλλουν στην σταθεροποίηση του ατόμου- όσο και την

οικονομική ανεξαρτησία του. Σε σύγκριση με την RED, ο Φερώνας (στο Κατσικίδης, 2006) αναφέρει ότι η SID δεν αφήνει πολλά περιθώρια για ανταμοιβή της μη αμειβόμενης εργασίας μέσω επιδομάτων και καλύπτει τους τρόπους με τους οποίους η αμειβόμενη εργασία μπορεί να αποτύχει στην πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού. Για παράδειγμα, οι φτωχοί εργαζόμενοι μπορούν να αποκλειστούν από την αγορά εργασίας, και ένα εκτεταμένο και ακανόνιστο ωράριο εργασίας μπορεί να εμποδίσει άλλες μορφές κοινωνικής συμμετοχής.

Γ) Η τρίτη προσέγγιση που παρουσιάζει η Levitas «συνιστά έναν ηθικό λόγο γύρω από την underclass». Παίρνει την ονομασία Moral Underclass Discourse – MUD. Με αυτή την προσέγγιση δίνεται μεγαλύτερο βάρος στις ηθικές και πολιτισμικές αιτίες της φτώχειας. Βασικός αποδέκτης αυτής της προσέγγισης είναι τα νοικοκυριά, στα οποία δεν υπάρχει κάποιος εργαζόμενος, κατ' επέκταση και με την απουσία του εισοδήματος. Μεγαλύτερη έμφαση δίνει στις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού για την κοινωνική ισορροπία. Οι κοινωνικές ομάδες που συγκαταλέγονται στις «επικίνδυνες τάξεις» όπως αναφέρει ο Φερώνας, είναι νέοι άνεργοι που θεωρούνται δυνητικοί εγκληματίες, άστεγοι, ανύπαντρες μητέρες.

Η Levitas υπογραμμίζει το γεγονός ότι η κυρίαρχη προσέγγιση στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι αυτή της SID. Μέχρι πριν από λίγο καιρό, η σύνδεση των φαινομένων και κατ' επέκταση η εξαγωγή συμπερασμάτων επικεντρωνόταν στην καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Στη σημερινή εποχή, κατά κύριο λόγο η προσέγγιση επικεντρώνεται στην ανεργία και τον κοινωνικό αποκλεισμό, που επιβραδύνει την κοινωνική ενσωμάτωση λόγω της αδυναμίας ένταξης στον εργασιακό χώρο.

Αξίζει, να επισημανθεί ότι το μοντέλο προσέγγισης της Levitas έχει βρεθεί στο στόχαστρο πολλών κριτικών, με βασικό πρόβλημα την υποβάθμιση της συνέπειας της μη αμειβόμενης εργασίας, αφήνοντας να υπονοηθεί ότι η ενσωμάτωση, κοινωνική και εργασιακή, είναι ζήτημα εξατομικευμένο βάσει των δεξιοτήτων, της έλλειψης εκπαίδευσης.

Εξετάζοντας το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού θα μπορούσαμε να επισημάνουμε ότι αποτελεί ένα από τα πλέον επονεϊδιστα σύγχρονα κοινωνικά φαινόμενα. Βιώνεται ως απομάκρυνση, έκπτωση από την οικονομική ένταξη και την κοινωνική συμμετοχή και έχει ως αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση και τον αποκλεισμό ομάδων του πληθυσμού. Η κοινωνική ταυτότητα του ατόμου κλονίζεται όταν δεν μπορεί να ασκήσει τα κοινωνικά του δικαιώματα. Όταν τα κοινωνικά ευπαθή άτομα χάνουν την αυτονομία τους και αποκλείονται από διάφορες πλευρές της κοινωνίας τότε πρέπει να παρέμβει το κράτος και οι κοινωνικές υπηρεσίες. Αν δεν γίνει παρέμβαση από τον κρατικό μηχανισμό τότε το άτομο διατρέχει μεγάλο κίνδυνο να αποτελέσει «θύμα» κοινωνικού αποκλεισμού. Συμπερασματικά, η κοινωνία έχει γίνει ετερογενής, μεταβαλλόμενη από την πολυπολιτισμικότητα και την άνιση κατανομή.

Μερικοί από τους ορισμούς για τον όρο του κοινωνικού αποκλεισμού είναι οι παρακάτω :

Ο όρος «κοινωνικός αποκλεισμός» αναφέρεται σε νέες και πολυδιάστατες μορφές στέρησης, όπως στην απασχόληση, τη στέγαση, την υγειονομική περίθαλψη, την εκπαίδευση κ.λπ. (Παπατσιακμάκη, 2001). Επιπρόσθετα, ο όρος «κοινωνικός

αποκλεισμός» βοηθά στον καθορισμό και την οριοθέτηση των κοινωνικών προβλημάτων, καθώς και μιας σειράς δράσεων και μέτρων για την καταπολέμησή τους (Τσαούσης, 2007).

Επίσης, «ο όρος του κοινωνικού αποκλεισμού αναφέρεται σε μία διαδικασία κατά την οποία άτομα ή ομάδες ατόμων βρίσκονται στο περιθώριο της κοινωνίας, αποκλείονται από αυτή με την έννοια ότι στερούνται αγαθά και δικαιώματα και παρεμποδίζονται στη συμμετοχή τους στην κοινωνική, πολιτική και πολιτισμική ζωή του τόπου που ζουν» (Τσιάκαλος 1998).

Η πολιτική αδιαφορία για τις μεταρρυθμίσεις που πρέπει να γίνουν για την ύπαρξη του κοινωνικού αποκλεισμού και την αναπαραγωγή του αποτελούν εμπόδιο στο να υπάρχει ισότιμη απορρόφηση δημόσιου πλούτου για όλες τις ομάδες του πληθυσμού. Αδιαμφισβήτητο είναι το γεγονός πως υπάρχουν ορισμένα αγαθά τα οποία πρέπει να χαρακτηρίζονται από το «δημόσιο» χαρακτήρα τους, δηλαδή να είναι διαθέσιμα σε όλους τους ανθρώπους. Το κράτος και οι οργανωμένες κοινωνίες θα έπρεπε να μεριμνούν για τα παραπάνω, αφού στο τα κράτη του δυτικού κόσμου, ως κράτη δικαίου πρέπει να προασπίζουν και να σφυρηλατούν τα ανθρώπινα δικαιώματα, που συχνά παραγκωνίζονται στο πλαίσιο του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι κοινωνικά ευπαθείς ομάδες όπως τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι μετανάστες βιώνουν τον ρατσισμό και δεν μπορούν να απορροφήσουν δημόσιο πλούτο.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat) το 2016, στην ΕΕ-28 (από 01 Ιουλίου 2013-31 Ιανουαρίου 2020) συναντάμε 118,0 εκατομμύρια ανθρώπων που ζούσαν σε νοικοκυριά που βιώνουν συνθήκες φτώχειας ή συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού. Αυτοί βρίσκονται σε μια τουλάχιστον από τις ακόλουθες καταστάσεις:

- Δύνανται να ζήσουν σε κίνδυνο φτώχειας σε συνέχεια κοινωνικών αλλαγών
- Όταν είναι ουσιαστικά στερημένοι
- Όταν ζουν σε νοικοκυριά που τα μέλη του είναι άνεργα ή έχουν χαμηλό επίπεδο εργασίας

Το ίδιο έτος υπήρχαν:

-περίπου 51,8 εκατομμύρια που ζουν στην Ε.Ε-28 που βιώνουν συνθήκες εισοδηματικής φτώχειας

-περίπου 15,4 εκατομμύρια που ζουν στην Ε.Ε.-28 που στερούνται βασικά υλικά αγαθά

-περίπου 13,1 εκατομμύρια που ζουν στην Ε.Ε.-28 που έρχονται αντιμέτωποι με την ανεργία ή εμφανίζουν χαμηλό επίπεδο εργασίας

-περίπου 29,0 εκατομμύρια που ζουν στην Ε.Ε.-28 αντιμετωπίζουν τους δύο από τους τρεις παραπάνω κινδύνους

-περίπου 8,3 εκατομμύρια που ζουν στην Ε.Ε.-28 αντιμετωπίζουν και τους τρεις κινδύνους

Συμπερασματικά, είναι κοινώς αποδεκτό ότι τα άτομα κινδυνεύουν να ζήσουν σε συνθήκες φτώχειας ή συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού όταν αντιμετωπίζουν έναν από τους παραπάνω κινδύνους.

Είναι γεγονός ότι λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού διακυβεύεται η οικογενειακή και κοινωνική συμμετοχή τους ως προς τη λειτουργία και την υλοποίηση τους.

Εν κατακλείδι, προσδιορίζοντας το φαινόμενο του αυτό καταλήγουμε ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι η παρεμπόδιση απορρόφησης κοινωνικών δικαιωμάτων και δημόσιων αγαθών, όπως η εργασία, η εκπαίδευση, η υγειονομική περίθαλψη όπου τα κοινωνικά αποκλεισμένα άτομα λόγω αυτής της έλλειψης οδηγούνται στην οικονομική ανέχεια και στην περιθωριοποίηση.

1.2. Θεμελιώδεις αιτίες

Όπως προαναφέρθηκε, ο αποκλεισμός βρίσκεται ιστορικά σε κάθε ανθρώπινη κοινωνική οργάνωση (Πετράκη 1998). Σκόπιμο θα ήταν σε αυτό το σημείο της εργασίας να παρουσιαστούν οι αιτίες που παράγουν, συμβάλουν στην εμφάνιση του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού. Κάποιες από τις κυριότερες είναι: α) ανεπαρκής ένταξη των ευάλωτα κοινωνικά ομάδων στο εκπαιδευτικό σύστημα της χώρας συμβάλλοντας στην όξυνση του χάσματος δεξιοτήτων με τους, πλέον, εξειδικευμένους επαγγελματίες, β) η απουσία των απαραίτητων προσόντων λόγω της σωματικής, ψυχικής ή νοητικής μειονεξίας των ατόμων, γ) εγκλεισμός σε ιδρύματα όπως είναι τα σωφρονιστικά, ψυχιατρικά, κλινικές αποκατάστασης, δ) οποιαδήποτε μορφή εθισμού, ε) κοινωνικός στιγματισμός, στερεότυπα, ρατσισμός και εν αγνοία-έλλειψη ενημέρωσης για τα μέτρα που μπορούν να δώσουν λύσεις στις ομάδες αυτές.

Από αυτά που αναφέρθηκαν, είναι προφανές ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός περιλαμβάνει πολλαπλές πτυχές των αποστερήσεων σε διάφορους τομείς της κοινωνικής ζωής, όπως για παράδειγμα αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης, πρόσβαση στην εκπαίδευση, την αγορά εργασίας, τις υπηρεσίες, την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, και αυτές οι αποστερήσεις συχνά συσσωρεύονται σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού.

Σύμφωνα με το Πράσινο Βιβλίο της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων τονίζεται ότι βασικές αιτίες του κοινωνικού αποκλεισμού, διαδραματίζουν οι ελλείψεις κοινωνικές δομές που σχετίζονται με την ελαχιστοποίηση των μορφών αλληλεγγύης, την ανεργία και ιδιαίτερα την μακροχρόνια ανεργία, την μετανάστευση. Γίνεται αντιληπτό πως ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι μια πολύ επίπεδη διαδικασία η οποία εμπεριέχει τον διαχωρισμό της κοινωνίας σε δύο κόσμους άνισους, αυτούς που ευημερούν στα πλαίσια της ανάπτυξης και σε αυτούς που παλεύουν καθημερινά για να επιβιώσουν.

Από τα προαναφερθέντα προκύπτει ότι κοινός παρονομαστής των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων είναι η περιθωριοποίηση των ομάδων αυτών μειώνοντάς τους την προσβασιμότητα σε κοινωνικά και δημόσια αγαθά, τα οποία προσφέρονται υπηρεσίες και πόροι που αφορούν σημαντικούς τομείς της ανθρώπινης ζωής, όπως η απασχόληση, η εκπαίδευση, η υγεία, η ψυχαγωγία, οι κοινωνικές σχέσεις, οι

πολιτιστικές δραστηριότητες κλπ. Η έλλειψη αυτών των πόρων συνήθως οδηγεί στην οικονομική δυσχέρεια και στην κοινωνική περιθωριοποίηση.

Σε μία προσπάθεια ταξινόμησης, αποσαφήνισης των αιτιών για τον κοινωνικό αποκλεισμό πολλοί θεωρητικοί μελετητές προσπαθούν να διερευνήσουν και να διασαφηνίσουν αν πρόκειται για «κατάσταση» ή «διαδικασία», με τους περισσότερους να υποστηρίζουν το δεύτερο. Αναγνωρίζοντας τον κοινωνικό αποκλεισμό ως διαδικασία αποφεύγουμε να καθιστούμε υπεύθυνο το ίδιο άτομο για την κατάσταση που έχει επέλθει, δεν δίνεται έμφαση στο «είναι» αλλά στο «γίνεσθαι» στο τρόπο που αποκτά κανείς αυτή τη ταυτότητα. Αυτό συνέβη παλαιότερα σε πολιτικές κατά της φτώχειας. Τα αίτια αφορούν το «γιατί» ορισμένες ομάδες ή άτομα αδυνατούν να ενταχθούν στην κοινωνία, ή εντάσσονται σε υποδεέστερη θέση ενώ οι διαδικασίες αφορούν το «πώς» ο αποκλεισμός επικυρώνει την περιθωριοποίηση.

Παρόλο που το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού απορρέει βάσει της βιβλιογραφίας φυσικά από την φτώχεια και τις κοινωνικές παθολογίες που είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με αυτή, όπως ανεργία, έλλειψη δεξιοτήτων παρατηρείται το εξής οξύμωρο. Στις Ευρωπαϊκές κι Εθνικές πολιτικές ποτέ δεν αναφέρεται ως αιτία η ίδια η φύση του καπιταλισμού αλλά γενικά οι σύγχρονες κοινωνικό οικονομικές συνθήκες, παρουσιάζοντας αυτές τις μεμονωμένες ομάδες ότι λόγω κάποιας υστέρησης ή έλλειψης προσόντων αδυνατούν στο να εκμεταλλευτούν τα οφέλη της προόδου. Υπονοούν ότι ο αποκλεισμός είναι ένα ατομικό πρόβλημα (Klorpprogge 1998).

Σύμφωνα με τον Καβουνίδη «οι αιτίες του κοινωνικού αποκλεισμού είναι πολλαπλές, η μόνιμη ανεργία και ιδιαίτερα η μακροχρόνια ανεργία, η επίδραση της βιομηχανικής αλλαγής στους ανειδίκευτους εργάτες, η εξέλιξη των οικογενειακών δομών και η παρακμή των παραδοσιακών μορφών αλληλεγγύης, η αύξηση του ατομικισμού και η παρακμή των παραδοσιακών θεσμών και τέλος η μεγάλη έκταση που έχει πάρει η μετανάστευση τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα η λαθρομετανάστευση και οι μετακινήσεις πληθυσμών, συμβάλλουν στο φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού».

Η Αγγλική Εθνική Ομοσπονδία Υγείας υπογραμμίζει ότι οι πιο συχνοί αιτιολογικοί προσδιορισμοί είναι (1) το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο του ατόμου (π.χ. ανεργία, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, κακές στεγαστικές συνθήκες), (2) συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (π.χ. ηλικία, φύλο, εθνικότητα), (3) ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (Ρομά, μετανάστες) και (4) ο σχετικός γεωγραφικός παράγοντας (π.χ. άτομα που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές (Westwood et al., 2020; Whitehead, Taylor-Robinson & Barr, 2021; Miranda, Gutiérrez-Martínez & Albar-Marín, 2020)). Οι παγκόσμιες πολιτικές προσπαθούν να πλαισιώσουν το συγκεκριμένο ζήτημα εδώ και χρόνια. Ωστόσο το φαινόμενο του φαύλου κύκλου του αποκλεισμού επιμένει στις σύγχρονες κοινωνίες (Miranda, Gutiérrez-Martínez & Albar-Marín, 2020).

Κάτι που βρίσκει σύμφωνη όλη την επιστημονική κοινότητα όσον αφορά τον κοινωνικό αποκλεισμό είναι ότι πρόκειται για μία πολυδιάστατη έννοια και αποτελεί μια πραγματικότητα που πλήττει τη ζωή πολλών ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, με βασική αιτία τις φοβικές τάσεις της κοινωνίας έναντι των κοινωνικά ευάλωτων ατόμων.

Το στίγμα είναι εκείνη η ανεπιθύμητη, υποτιμητική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα στην κοινωνική αποδοχή και ένταξη ενώ ταυτόχρονα του αναθέτει την ευθύνη της κατάστασης, αδυνατώντας να αναγνωρίσει τους πραγματικούς παράγοντες. Είναι κάτι που συνοδεύει το άτομο/κοινωνική ομάδα για αόριστο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, στίγμα είναι το αίσθημα της διάκρισης λόγω των χαρακτηριστικών κάποιου που το πιο δύσκολο πράγμα για ένα άτομο/ομάδα δεν είναι αυτό το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό αλλά η πολύ αρνητική στάση και στόχευση της κοινωνίας απέναντί τους. Δυστυχώς οι περισσότεροι άνθρωποι, λόγω της αμάθειας και κυρίως της ημιμάθειας, δεν μπορούν να κατανοήσουν το «διαφορετικό» ή το «ξένο», δημιουργούν στερεότυπα και προκαταλήψεις και λειτουργούν εναντίον στην κοινωνική ενσωμάτωση κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων.

Στη συνέχεια, τα κύρια χαρακτηριστικά του στίγματος είναι «ο χαρακτηρισμός μιας κατάστασης που βιώνουν κάποιοι μέσω μιας ταμπέλας, η στερεότυπη και προκατειλημμένη αντιμετώπιση της κατάστασης αυτών των ανθρώπων, η δημιουργία μιας διάκρισης «εμείς» και «αυτοί» και τέλος, διακρίσεις σε βάρος μιας ομάδας ανθρώπων με βάση χαρακτηριστική ταμπέλα που τους έχει αποδοθεί» (Ζιάννη Α. 2009).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν είναι μια μετρήσιμη κατάσταση, αλλά αποτελεί μια διαδικασία και το αποτέλεσμα αυτής. Σημασία δεν έχει η μη πρόσβαση σε υπηρεσίες κοινωνικών παροχών αλλά η μη προσβασιμότητα - η συστηματική αφαίρεση του δικαιώματος για πρόσβαση-σε αυτές τις υπηρεσίες με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να βιώνουν μια διαδικασία αποκλεισμού.

1.3. Επιπτώσεις

Την τελευταία δεκαετία, πολλές μελέτες καθώς και νομοθετικές παρεμβάσεις αποσκοπούν να εξαλείψουν τις αιτίες και τις επιπτώσεις του κοινωνικού αποκλεισμού και να αποτινάξουν τα διαρκώς εμπόδια που βιώνουν οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες σε σχέση με την διεκδίκηση των ατομικών και ανθρώπινων δικαιωμάτων τους. Χιλιάδες άνθρωποι υποφέρουν εξαιτίας του αδικαιολόγητου στιγματισμού, με συνέπεια την ψυχολογική τους φθορά και εξαθλίωση. Μερικές από τις συνέπειες των καταστάσεων αποκλεισμού είναι οι κάτωθι:

Μια πρώτη συνέπεια είναι αυτή των διακρίσεων που βιώνουν τα άτομα αυτά. Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις, ο στιγματισμός, η ψυχολογική βία αποτελούν την αρχή του φαύλου κύκλου των διακρίσεων. Ένα συνηθισμένο συναίσθημα των κοινωνικά αποκλεισμένων είναι η ματαίωση, το αίσθημα αυτό κάμπει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Έτσι, οι ψυχολογικές μειονεξίες και τα αρνητικά συναισθήματα αποτελούν συνηθισμένες καταστάσεις για τα άτομα αυτά. Πολλές φορές τα «θύματα» του κοινωνικού αποκλεισμού δημιουργούν ως στρατηγική άμυνας, την αυτοαπομόνωση και τον αυτό αποκλεισμό, προκειμένου να αποφύγουν το φόβο της απόρριψης. Με συναισθήματα όπως ντροπή, ενοχή, άγχος, βιώνουν τα αποκλεισμένα άτομα σε μια προσπάθεια να αμυνθούν από τον στιγματισμό και την κοινωνική απόρριψη (Bauman Z. 2004). Οι απαξιώτικες συνθήκες που μπορεί να βιώνει ένα κοινωνικά ευπαθές άτομο απαγορεύουν να

διατηρήσει την θέση του στην κοινωνική ζωή, γεγονός που αναπτύσσει την επιθετικότητα και την παραβατικότητα. Επομένως, ο φαύλος κύκλος συνεχίζεται .

Μια άλλη συνέπεια που προκύπτει από την προηγούμενη είναι αυτή της παραβατικότητας –εγκληματικότητας. Οι κοινωνίες ανέκαθεν είχαν την τάση να συμπεριφέρονται μειονεκτικά στους ανθρώπους που παρουσιάζουν κάποια «διαφορετικότητα» όπως στους φτωχούς, άτομα εξαρτημένα από ουσίες, στα άτομα με αναπηρία, στους ψυχικά άρρωστους. Επικρατεί η θεώρηση πως τα άτομα αυτά είναι υποδεέστερα από τον υπόλοιπο πληθυσμό, επικίνδυνα ή επιρρεπείς σε παραβατική συμπεριφορά. Το κοινωνικό αποκλεισμένο άτομο επιθυμεί να υπαχθεί στον ευρύτερο πληθυσμό, απορρίπτεται όμως από το περιβάλλον του, με αποτέλεσμα αυτό να γίνεται αιτία θυμού, επιθετικότητας και βίας. Ο κοινωνικός αποκλεισμός συμβάλει στη μείωση της θέσης τους στο κοινωνικό καταμερισμό εργασίας, γεγονός που τους οδηγεί σταδιακά στην ένδεια και επιβαρύνει την άσχημη ψυχολογική τους κατάσταση.

Μια ακόμα συνέπεια είναι η ίδια η φτώχεια. Η πιθανή χαμηλή εκπαίδευση και ακολούθως η δυσκολία ανεύρεσης εργασίας που βιώνουν οι ευπαθείς ομάδες προωθούν το ζήτημα της φτώχειας. Η ανεργία καθιστά αδύνατη την επίτευξη μιας αξιοπρεπούς διαβίωσης, λόγω της έλλειψης οικονομικών πόρων.

Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον πλανήτη είναι άνεργοι και ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας. Η απαξία και η υποβάθμιση της εργατικής δύναμης του ατόμου έχει ως συνέπεια την οικονομική ανέχεια και περιθωριοποίηση. Στις σύγχρονες κοινωνίες επικρατεί το φαινόμενο του άδικου καταμερισμού του παραγόμενου κοινωνικού πλούτου. Από τη μία όλο και περισσότεροι πλούτος κατανέμεται σε όλο και λιγότερους και από την άλλη όλο και περισσότεροι στερούνται τα βασικά και έρχονται αντιμέτωποι με το φάσμα της περιθωριοποίησης και του κοινωνικού αποκλεισμού. Πολλοί από τους περιθωριοποιημένους νιώθουν αποκομμένοι από οτιδήποτε εκλαμβάνεται ως «κοινωνική ζωή».

Η κοινωνία, εκτός από το υπέρτατο αγαθό την υγεία, έχει ανάγκη την εργασία συστατικό σημαντικό για να μπορεί να συμμετέχει στην καθημερινή ζωή της κοινωνίας. Η φτώχεια συνιστά την ανεπαρκή κοινωνική συμμετοχή και ενσωμάτωση των ατόμων στην κοινωνία. Επίσης, είναι η αιτία αλλά και το αποτέλεσμα της παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τα κράτη θα πρέπει να έχουν ύψιστη προτεραιότητα και να λάβουν άμεσα μέτρα για την απόλυτη μείωση της φτώχειας (Navarro 2007). Ρητή υποχρέωση της κοινωνίας είναι η προστασία των πληθυσμών από την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, με μοναδική ευθύνη των κυβερνήσεων την προαγωγή της κοινωνικής ευημερίας και την παροχή των αναγκαίων μέσων καθώς και η μη παρεμπόδιση της άσκησης των δικαιωμάτων.

Το Συμβούλιο των Υπουργών το 1992 αναφέρθηκε στην καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και της φτώχειας. Στο πλαίσιο της εφαρμογής του Χάρτη των Θεμελιωδών Κοινωνικών Δικαιωμάτων των εργαζομένων , ιδρύθηκε η Σύσταση Συμβουλίου για Επαρκείς Πόρους και Κοινωνική Βοήθεια (Council Recommendation on Sufficient Resources and Social Assistance), η οποία ζητά από τα κράτη μέλη « να αναγνωρίσουν το βασικό δικαίωμα του ατόμου σε κοινωνικούς πόρους και κοινωνικές παροχές για να ζει με τρόπο σύμφωνο με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια ,σαν μέρος μιας

περιεκτικής και συνεπούς εκστρατείας καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού και να προσαρμόζουν τα συστήματα κοινωνικής προστασίας ανάλογα»(Commission 1993).

Η έμφαση στις πληθυσμιακές ευπαθείς ομάδες με τις μειωμένες δυνατότητες ή με «ειδικές ανάγκες» θα πρέπει να θεματοποιείται ως ιδιαίτερο πρόβλημα στις εθνικές και διεθνείς κοινωνίες, με σκοπό την άμβλυση των ανισοτήτων μέσα από προγράμματα καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Κοινωνικός αποκλεισμός σε ευπαθείς ομάδες:

Στο πλαίσιο της μελέτης του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού, το ενδιαφέρον στρέφεται σε ορισμένες κατηγορίες ανθρώπων που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο και παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αποτελέσουν «θύματα» κοινωνικού αποκλεισμού. Οι βασικές διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού σχετίζονται με διαφορετικούς παράγοντες όπως η ανεργία, η μερική απασχόληση, η έλλειψη στέγης, η υπηκοότητα, η θρησκεία, η μετανάστευση κ.ά., ως αποτέλεσμα αυτών των παραγόντων είναι η δημιουργία ορισμένων ευπαθών κοινωνικών ομάδων που αποτελούν τις «ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες», «ομάδες υψηλού κινδύνου», «κοινωνικά ευπαθείς ομάδες».

Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν αφορά μόνο τον ίδιο τον κοινωνικά αποκλεισμένο αλλά και μέλη της οικογένειάς του –ιδίως τα παιδιά–που αποτελούν δευτερογενή θύματα αποκλεισμού και συνήθως βιώνουν ακόμη πιο άσχημα αυτή τη δύσκολη συνθήκη ζωής, γεγονός που επηρεάζει σημαντικά και το μέλλον τους.

Συνηθέστεροι δείκτες κοινωνικού αποκλεισμού θεωρούνται τα άτομο με χαμηλό εισόδημα, η ετερότητα, η κακή στέγαση, η μετανάστευση, τα οποία εντάσσουν το άτομο σε μια κατάσταση ευπάθειας στο κοινωνικό πεδίο και συνεπώς στον κοινωνικό αποκλεισμό. Οτιδήποτε παρεκκλίνει από το σύνηθες επειδή και μόνο ανήκει σε μια ομάδα με διαφορετικά χαρακτηριστικά, φυλετικά, κοινωνικά, οικονομικά, επαγγελματικά, ελλοχεύει ο κίνδυνος να γίνει «θύμα» κοινωνικού αποκλεισμού.

Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού είναι πολυδιάστατο, αφορά την περιθωριοποίηση και την αποξένωση ατόμων στην κοινωνία. Συνδέεται άμεσα με την διατήρηση της κοινωνικής συνοχής. Σύμφωνα με τον Beckleyόρισε την κοινωνική συνοχή ως το βαθμό κατά τον οποίο μια γεωγραφική περιοχή επιτυγχάνει να λειτουργήσει ως μια κοινότητα όταν τα μέλη της συμμαρύνονται τις ίδιες αρχές και διακατέχονται από πνεύμα συνεργασίας και αμοιβαιότητας.

Οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες που βιώνουν αποκλεισμό συναντούν συνεχώς εμπόδια σε σχέση με την άσκηση και την διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους. Για αυτούς τους ανθρώπους, η παραβίαση των ατομικών και ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους είναι μια βάρβαρη καθημερινότητα που έχει ως αποτέλεσμα την ψυχολογική τους επιδείνωση και τη διαβίωση τους στα όρια της φτώχειας.

Αυτές οι κοινωνικές ομάδες υφίστανται διάφορες συνέπειες λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού. Πρώτον, μια σημαντική συνέπεια είναι η ψυχολογική βία και η υποτίμηση που βιώνουν οι κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες. Συγκεκριμένα, στερεότυπα, προκαταλήψεις, κατηγοριοποιήσεις και κοινωνικά κατασκευασμένες αντιλήψεις με βάση το φύλο, τη φυλή, την εθνικότητα, τη θρησκεία, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, την υγεία ή την ασθένεια εμποδίζουν αυτά τα άτομα στην προσπάθειά τους να έχουν μια ζωή με αξιοπρέπεια και δικαιώματα. Αυτές οι απαξιώτικες συνθήκες ενισχύουν την αρνητική αντίληψη που διαμορφώνει το άτομο για τον εαυτό του, ενώ ταυτόχρονα εντείνουν την εκδήλωση επιθετικότητας,

παραβατικών συμπεριφορών, ακόμη και εκδηλώσεων εγκληματικών συμπεριφορών. Επομένως, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που διακινείται με την όξυνση των κοινωνικών διαφορών.

Σε ό,τι αφορά την εγκληματική συμπεριφορά - η παραβατικότητα, η στέρηση κάθε ανθρώπινου δικαιώματος, ο συνεχής στιγματισμός, ακόμη και η συχνά αυξανόμενη υποψία, όπως για παράδειγμα η άποψη ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδυνοι ή επιρρεπείς σε εγκληματική συμπεριφορά, λειτουργεί ακριβώς όπως θεμελιώνεται αυτή η άποψη. .

Επιπρόσθετη συνέπεια είναι η ίδια η φτώχεια με τις συνέπειες που συνδέονται με το φαινόμενο αυτό. Η πιθανής απουσία εκπαίδευσης ή μετεκπαίδευσης των ατόμων, καθιστούν τις πιθανότητες τους επαγγελματικής αποκατάστασης μηδαμινές, ιδίως στις σύγχρονες επαγγελματικές συνθήκες που επικρατεί ο έντονος ανταγωνισμός, έως και η ανθρωποφαγία, λόγω των υψηλών δεικτών ανεργίας. Η μακροχρόνια ανεργία συμβάλλει στην υποτίμηση του βιοτικού τους επιπέδου, καθώς οδηγούνται στη φτώχεια και τη στέρηση πρόσβασης σε βασικά ανθρώπινα αγαθά, που στοχεύουν την βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, όπως είναι η στέγαση, θέρμανση, διατροφή και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Τέλος, ο κοινωνικός αποκλεισμός συμβάλλει στη δημιουργία πρόσφορου εδάφους για την εκδήλωση ψυχολογικών προβλημάτων, όπως κατάθλιψη και αποξένωση. Ο αποκλεισμός διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση των ευκαιριών των ατόμων αυτών να ενταχθούν στην αγορά εργασίας, γεγονός που τους οδηγεί σταδιακά στην ένδεια. Οι ομάδες αυτές εξαιτίας του αποκλεισμού που βιώνουν, νιώθουν συχνά ντροπή, ενοχή, άγχος, ματαίωση. Παράλληλα, οι ψυχολογικές αυτές διακυμάνσεις συμβάλλουν στην εκδήλωση ενδοοικογενειακών συγκρούσεων και αναταραχών, αλλά και της κοινωνικής απόσυρσης με την αποχή τους από τη συμμετοχή στα κοινά. Αν και τα συναισθήματα θεωρούνται ως συνειδητή επιλογή των κοινωνικά περιθωριοποιημένων, δεν παύει να απειλεί άμεσα και έμμεσα την ευρυθμία του κοινωνικού συνόλου (Bauman, 2004).

Αξίζει να γίνει μια σύντομη αναφορά στην επίδραση της οικονομικής κρίσης και των υψηλών ποσοστών ανεργίας στην ψυχολογική κατάσταση των κοινωνικά αποκλεισμένων ανθρώπων, κυρίως των ανθρώπων που έμειναν εξ απήνης άνεργοι και βίωσαν την οικονομική εξαθλίωση. Εν μέσω κρίσης, τα θεμέλια της ελληνικής οικογένειας, που παραδοσιακά λειτουργούσε ως το «δίχτυ ασφαλείας» για τα «παιδιά» της, δοκιμάστηκαν σκληρά, ιδιαίτερα την περίοδο που η ανεργία από 6% στις αρχές του 2009 αυξήθηκε σε 20% το δεύτερο εξάμηνο του 2013 (Eurostat, Ανεργία στην Ελλάδα 2009-2013). Πριν την περίοδο της κρίσης, οι θεσμοί της αγοράς εργασίας (εγγυημένα εργασιακά δικαιώματα) προστάτευαν τους εργαζόμενους που αντιμετώπιζαν ισχυρή ανταγωνιστικότητα στην αγορά εργασίας, όπως οι γυναίκες και οι νέοι (Μ. Ματσαγγάνης, 2012).

Όταν όμως άρχισαν να επηρεάζονται οι κατακτήσεις των εργατών και οι σχέσεις εργοδότη-εργαζομένου άλλαξαν, προέκυψαν ποικίλα προβλήματα, τα οποία κλήθηκε να αντιμετωπίσει η «ελληνική οικογένεια», ως «δίχτυ ασφαλείας». Ωστόσο, δεν ήταν λίγες οι περιπτώσεις οικογενειών που βρέθηκαν με μηδενικές εισφορές. Πολλές μελέτες παρέχουν στοιχεία για τις αρνητικές επιπτώσεις της κρίσης στην ψυχική

υγεία του πληθυσμού καθώς και για την ευρύτερη υγεία και τις μεταδοτικές ασθένειες (Καρανικόλας, Βρετζάκης, Γεωργόπουλος, Τασούδης, Σταμούλης, Μικρούλης, Τσιλιμίκας&Γιαννούκος 2013). Η κρίση φαίνεται να επηρεάζει άμεσα και γρήγορα τον τομέα της ψυχικής υγείας καθώς είναι ένας τομέας που μπορεί να επηρεαστεί από οικονομικά και μη κριτήρια (λαμβάνοντας υπόψη το αυξημένο άγχος και τα μειωμένα κοινωνικά αντανεκλαστικά) (Vandoros et al. 2013).

Τον πρώτο μήνα του 2011, το ποσοστό της μείζονος ύφεσης ήταν 8,2%, ποσοστό διπλάσιο από το σύνολο του 2008, με τη σχετική αύξηση να συγγέεται με την οικονομική δυσπραγία και συνεπώς με τις επιπτώσεις της κρίσης. Ορισμένες κοινωνικές ομάδες όπως οι νέοι, όσοι ήταν παντρεμένοι και εκείνοι που έπαιρναν φάρμακα, εκτέθηκαν ακόμη περισσότερο κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Επιπλέον, σύμφωνα με τα στοιχεία που παρασχέθηκαν και αναφέρονται στα δύο πρώτα χρόνια της κρίσης, τα ποσοστά αυτοκτονιών είναι ιδιαίτερα υψηλά, αν και παρέμειναν κάτω από τα όρια κινδύνου που θέτει ο ΟΟΣΑ (Λιαρόπουλος, 2012).

Σύμφωνα με τη μελέτη του Βανδώρου (2013), η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού της χώρας έχει επιδεινωθεί σε σχέση με την περίοδο πριν από την κρίση, ενώ τα συνεχώς αυξανόμενα κρούσματα στον τομέα της ψυχικής υγείας συνδέονται άμεσα με τα κοινωνικοοικονομικά γεγονότα που συμβαίνουν στο Η Ελλάδα αυτές τις μέρες εμείς.

Οι συνεχείς αποστερήσεις κάνουν πολλά άτομα να βιώνουν επίσης συναισθήματα ενοχής, επειδή δεν είναι σε θέση να προσφέρουν στην οικογένειά τους τη δυνατότητα μιας ποιοτικής ζωής, ενώ παράλληλα τίθεται σε κίνδυνο η κοινωνική τους ταυτότητα. Μπροστά στους κοινωνικά αποκλεισμένους ορθώνεται μια σειρά αρνητικών συναισθημάτων, δεν έχουν προσδοκίες για η ζωή και διαπλάθουν μια μοιρολατρική στάση αποδεχόμενοι τον κοινωνικό αποκλεισμό (Καυτατζόγλου, 2006).

Έτσι στις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες εντάσσονται :

1. Μετανάστες
2. Παιδιά
3. Τρίτη ηλικία
4. Α.Μ.Ε.Α.
5. Άτομα εξαρτημένα από ουσίες
6. Γυναίκες

2.1.1.Μετανάστες

Η Ελλάδα κυρίως από το 1990 και μετά έχει μεταβληθεί σε χώρα υποδοχής μεταναστών τόσο από Ευρωπαϊκές χώρες όσο και από χώρες τρίτου κόσμου με την μετανάστευση να αποτελεί ένα διαχρονικό φαινόμενο παγκόσμιας κλίμακας, που επιφέρει επιπτώσεις σε όλες τις πτυχές της κοινωνικής οικονομικής ζωής εκείνων που εμπλέκονται στη διαδικασία αυτή.

Συγκεκριμένα η Ελλάδα βρέθηκε απροετοίμαστη να υποδεχτεί τους μεταναστευτικούς πληθυσμούς χωρίς υποδομές, χωρίς πολιτική και χωρίς ψυχολογική προετοιμασία (Πουλουπούλου, 2007).

Οι μετανάστες αυτοί είδαν την μετακίνησή τους ως λύτρωση στα δύσκολα προβλήματα, που αντιμετώπιζον στη χώρα τους. Αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα που εξαρχής διαφοροποιείται από το γηγενή πληθυσμό σε φυλετικό, γλωσσικό πολιτισμικό επίπεδο, όπου σε συνδυασμό με την αδιαφορία της εξουσίας, την καχυποψία των πολιτών, την καταπάτηση των δικαιωμάτων τους, την εκμετάλλευση της εργασίας τους, ενώ αξιοσημείωτο είναι ότι μεγαλώνει η εμφάνιση φαινομένων ρατσισμού και κοινωνικού αποκλεισμού, σύμφωνα με τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής επιτροπής ο κίνδυνος φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού είναι μεγαλύτερος στους μετανάστες και τα παιδιά τους σε σχέση με τους υπηκόους των χωρών υποδοχής (Σωτηρόπουλος 2017).

Η μετανάστευση χαρακτηρίζεται ως «απειλή για την εθνική ταυτότητα της χώρας υποδοχής και ως κίνδυνος για την κοινωνική της συνοχή, εφόσον αυτή έχει δομηθεί πάνω στο ιδεολόγημα της ομοιογένειας» (Δανουκάρα 2019)

Τα σημαντικότερα προβλήματα των μεταναστών είναι :

Η ελλιπής γνώση της ελληνικής γλώσσας, όπου αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα των μεταναστών, διότι δημιουργούνται προβλήματα επικοινωνίας με τα μέλη της κοινωνίας .

Υπάρχει δυσκολία όσον αφορά τα παιδιά των μεταναστών στην εκπαιδευτική κοινότητα, ενώ εμφανίζεται η ανεπαρκής γνώση των εκπαιδευτικών σε θέματα διαχείρισης της διαφορετικότητας, η μη παροχή εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας έχει ως αποτέλεσμα να αναγκάζονται να «γκετοποιηθούν» από το κοινωνικό σύνολο. Νιώθουν απομονωμένοι, εξαιτίας της γλώσσας με αποτέλεσμα να στερούνται του συνόλου της εκπαίδευσης. Η εκμάθηση της γλώσσας της χώρας υποδοχής είναι ένας βασικός παράγοντας που επηρεάζει την μελλοντική τους ένταξη (Σωτηρόπουλος, 2017).

Η ανεργία. Η πρόσβαση στην αγορά εργασίας είναι μείζον ζήτημα για την ένταξη των μεταναστών στο κοινωνικό σύνολο. Απασχολούνται σε χειρωνακτικές αγροτικές εργασίας, οικοδομές, σε δουλειές κατώτερες και ανθυγιεινές, τα ωράρια τους είναι εξοντωτικά, οι μισθοί χαμηλοί και πολλές φορές (σχεδόν πάντα) χωρίς ασφαλιστική κάλυψη, χωρίς ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ενώ δεν λείπει η απαξιοτική συμπεριφορά τόσο των εργοδοτών όσο και των υπόλοιπων εργαζομένων απέναντι τους (Κασιμάτη 2000).

Επιπρόσθετα, η κατοχή μιας θέσεως εργασίας, αποτελεί τον κύριο μηχανισμό της κοινωνικής τους ένταξης, όμως το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο σε συνδυασμό με την ελλιπή γνώση της ελληνικής γλώσσας δυσκολεύουν την εξασφάλιση μιας μόνιμης εργασίας.

Οι κακές συνθήκες διαβίωσης αποτελούν στοιχεία που οδηγούν στην καθημερινή ανασφάλεια και απομόνωση. Οι περισσότεροι στεγάζονται σε υποβαθμισμένες περιοχές σε παλιά σπίτια χωρίς ηλεκτρικό – νερό, τα οποία είναι απόρροια κυρίως της ανεργίας όπου εξασφαλίζουν ένα στερημένο επίπεδο ζωής για αυτούς. Η έλλειψη κρατικής μέριμνας έχει ως αποτέλεσμα τις άσχημες συνθήκες διαβίωσης, συνέπεια

των παρενεργειών του συνολικού αποκλεισμού από όλες τις κοινωνικές δραστηριότητες. Τα κριτήρια ενσωμάτωσης είναι η σταθερή εργασία, οι συνθήκες διαβίωσης, η μάθηση της γλώσσας, η συναναστροφή με τους γηγενείς, η συμμετοχή στην πολιτική ζωή. Παρόλα που η διαδικασία ενσωμάτωσης είναι επώδυνη όταν επιτευχθεί αυτή η διαδικασία, το όφελος και για τους ίδιους στους μετανάστες και για τη χώρα υποδοχής είναι μεγάλη.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, στην Ελλάδα εργάζονται περισσότερα από 900.000 άτομα με ελληνική υπηκοότητα. Συγκεκριμένα, εκτιμάται με ποσοστό 52,50% είναι από Αλβανία, το 8,3 Βούλγαροι, το 5,1 Ρουμάνοι και το 3,7 Πακιστανοί (www.statistics.gr).

Τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών συμπεραίνουν ότι τα παιδιά με γονείς χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου οδηγούνται στην πρόωγη διακοπή της μαθησιακής τους εκπαίδευσης, λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων, με αποτέλεσμα να καταλήγουν σε επαγγέλματα με χαμηλές αμοιβές, όπως οι γονείς τους. Ο τρόπος ζωής των μεταναστών δεν είναι συμβατός με την μορφή της κοινωνίας. Όπως όλοι τα μεταναστευτικά κύματα των προηγούμενων ετών, έτσι και τα αντίστοιχα που φθάνουν στον ελλαδικό χώρο έχουν έντονη αίσθηση της εθνικής τους ταυτότητας. Πολλοί από αυτούς, φεύγουν από την πατρίδα τους στην προσπάθεια εύρεσης καλύτερων συνθηκών διαβίωσης, κυρίως σε επαγγελματικό επίπεδο, ενώ τα τελευταία χρόνια οι πολεμικές αναταραχές που ταλανίζουν τις περιοχές της ανατολής, συμβάλλουν στη μαζική μετακίνηση πληθυσμών. Οι άνθρωποι αυτοί αισθάνονται ξεριζωμένοι από τα πάτρια εδάφη τους, επιδιώκοντας την διατήρηση της εθνικής και πολιτισμικής τους παράδοσης, ακόμα και στη νέα χώρα εγκατάστασης. Ωστόσο, πολλές φορές οι διαφορές αυτές σε επίπεδο πολιτισμικής ιδιοσυγκρασίας εντείνει τις κοινωνικές αναταραχές και συγκρούσεις με τους γηγενείς, εντείνοντας το χάσμα μεταξύ τους.

Ιδιαίτερα οι μετανάστες αποτελούν μια ευπαθή ομάδα και είναι απαραίτητη η προσαρμογή τους στη χώρα υποδοχής έτσι ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους και να μην απειληθεί η δημόσια υγεία της χώρας υποδοχής.

2.1.2. Παιδιά

Τα παιδιά αποτελούν την πιο ευάλωτη κοινωνική ομάδα που σε πολλές περιπτώσεις αποκλείονται από βασικές δραστηριότητες που ορίζουν την συμμετοχή τους στην κοινωνία. Τα παιδιά φέρουν διπλό βάρος καθώς βιώνουν έμμεσα από τους γονείς τους τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού. Παιδιά που ζουν τη βία, τη φτώχεια, και την κάθε είδους εκμετάλλευση, αναγκάζονται να ζουν στο περιθώριο. Τα παιδιά είναι το μέλλον αυτού του πλανήτη, έχουν δικαιώματα στην αξιοπρέπεια και στα ανθρώπινα δικαιώματα και αξίζουν τον σεβασμό και την προσοχή μας (Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του παιδιού)

Σε μια παιδοκεντρική προσέγγιση του κοινωνικού αποκλεισμού, ο Adelmanetal. (2003), κατάφεραν να αναδείξουν τη σύνδεση της εισοδηματικής φτώχειας και υλικής στέρησης , με την εκδήλωση περιορισμένων φιλοδοξιών σταδιοδρομίας και γενικότερες επιπτώσεις στη συναισθηματική ευημερία των παιδιών. Τα παιδιά βιώνουν έντονο τον κοινωνικό αποκλεισμό, που συχνά είναι απόρροια του κοινωνικού αποκλεισμού που υφίστανται οι γονείς τους, εκδηλώνοντας αυξημένα

συναισθήματα μοναξιάς και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Σε άλλες αντίστοιχες παιδοκεντρικές έρευνες συνδέεται η απόρριψη στις κοινωνικές σχέσεις των παιδιών, η συνεχής ματαιώση προσδοκιών και η αδυναμία επιτευγμάτων με συμπτώματα όπως χρόνιο στρες, κατάθλιψη, φόβο για bullying, έλλειψη κινήτρων για σχολική επιτυχία και βελτίωση, γενικευμένες χαμηλές προσδοκίες σε διάφορες πτυχές της ζωής, αλλά και έντονα συναισθήματα ηττοπάθειας και απαισιοδοξίας, στοιχεία που συμβάλλουν στην δημιουργία ψυχικά ευάλωτων πολιτών (Griggs&Walker, 2008; Ridge, 2003; Junonen&Graham, 2001). Την ίδια προσέγγιση υιοθέτησαν και οι Hutchison et al. (2007), που ταξινόμησαν τις αποκρίσεις των παιδιών στον κοινωνικό αποκλεισμό σε αντικοινωνικές και επιθετικές αποκρίσεις, συμβιβαστικές αντιδράσεις, παθητικές και ηττοπαθείς αποκρίσεις, που τα παιδιά υποβάλλονται σε αυτοαποκλεισμό, αποδεσμεύονται δηλαδή συναισθηματικά και κοινωνικά, στην προσπάθειά τους να προστατευτούν από τον στιγματισμό και την ψυχολογική πίεση που τους ασκείται από τον περίγυρο τους.

Όσον αφορά στην ελληνική πραγματικότητα η βιβλιογραφία δεν διαθέτει αρκετές διαθέσιμες έρευνες για να αξιολογηθούν οι επιπτώσεις του κοινωνικού αποκλεισμού των παιδιών στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης και των υψηλών ποσοστών ανεργίας. Βασικός λόγος για την κατάσταση αυτή αποτελεί η μεγάλη δυσκολία του εγχειρήματος η οποία έγκειται από το γεγονός ότι τα παιδιά είναι ευάλωτα και εξαρτώμενα υποκείμενα, που για την πρόσβαση σε αυτά και τις εμπειρίες τους χρειάζεται όχι μόνο η γονική συγκατάθεση, αλλά προσοχή στον τρόπο προσέγγισης, κατ' επέκταση την εμπειρία του ερευνητή.

Για την διασφάλιση των δικαιωμάτων των παιδιών, θεσπίστηκε η Σύμβαση των Δικαιωμάτων του παιδιού καθώς επίσης στην Ελλάδα και στο εξωτερικό υπάρχουν οργανώσεις, όπως το «Χαμόγελο του παιδιού, Unicef, μαζί για το παιδί» που έχουν πρωταρχικό σκοπό την προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών . με την βοήθεια της κοινωνίας και των κοινωνικών οργανώσεων, έτσι ώστε κάθε παιδί να έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να ζήσει, να ελπίζει, να έχει μια ποιοτική εκπαίδευση και να αναπτύξει την κοινωνική του ταυτότητα.

Επιπρόσθετα, όσον αφορά τα παιδιά σύμφωνα με το άρθρο 24παρ.1 της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα του παιδιού να απολαμβάνει το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας και να επωφελείται από τις υπηρεσίες ιατρικής θεραπείας και αποκατάστασης αναπήρων. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη επιδιώκουν να διασφαλίσουν ότι κανένα παιδί δεν θα στερείται το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες αυτές».

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Unicef, 1 δισεκατομμύριο παιδιά σε όλο τον κόσμο, δεν έχουν τις βασικές ανάγκες για τροφή και νερό ,βιώνουν τις επιπτώσεις της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού (Unicef 2012). Μια πρόσφατη έρευνα που δημοσιεύτηκε από την Eurostat καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά που ζουν σε συνθήκες φτώχειας είναι λιγότερο πιθανό να τα πάνε καλά στο σχολείο να έχουν ευημερία και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μείνουν άνεργα, φτωχά και κοινωνικά αποκλεισμένα.

2.1.3. Τρίτη ηλικία

Άλλη μια κοινωνικά ευπαθής ομάδα που επηρεάζεται από τον κοινωνικό αποκλεισμό είναι οι ηλικιωμένοι με πολλά προβλήματα και αυξημένες ανάγκες. Η γήρανση του πληθυσμού της Ευρώπης αποτελεί ένα από τα κυριότερα ζητήματα για τον 21^ο αιώνα.

Η Τρίτη ηλικία, που ανήκουν τα άτομα άνω των 65 ετών είναι μια περίοδος της ζωής που αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα όπως η απόρριψη και απρεπή συμπεριφορά των νέων, η οικονομική δυσχέρεια λόγω των χαμηλών συντάξεων. Η αποδυνάμωση των βιολογικών λειτουργιών και η μείωση του κοινωνικού κύρους έχει δημιουργήσει πολλά ψυχολογικά προβλήματα (μοναξιά, κατάθλιψη κ.α.). Την περίοδο αυτή, οι ηλικιωμένοι λόγω της αποστέρησης των κοινωνικό οικονομικών προνομίων που απολάμβαναν στο παρελθόν ωθούνται στο κοινωνικό αποκλεισμό. Παρότι οι ηλικιωμένοι αναγνωρίζονται ως ευπαθής κοινωνική ομάδα που αντιμετωπίζει αυξημένους κινδύνους αποκλεισμού, έχουν γίνει ελάχιστες προσπάθειες για να αναθεώρηση των υφισταμένων στοιχείων που σχετίζονται με τον αποκλεισμό τους.

Σύμφωνα με την χρονολογική αντίληψη για την ηλικία, οι Ηλικιωμένοι θεωρούνται ως μια ενιαία κοινωνική κατηγορία, που αντίθετα με άλλες κοινωνικές ομάδες δεν προσεγγίζονται βάσει διάφορων κοινωνικών μεταβλητών όπως φύλο, τάξη και πολιτισμική ιδιαιτερότητα. Αυτό ωστόσο οδηγεί στην δημιουργία διακρίσεων και κοινωνικών ανισοτήτων για τα Άτομα της Τρίτης Ηλικίας. Ο Hughes(1995) επισημαίνει πως η χρονολογική ηλικία αποτελεί «ένα πλαίσιο αντιλήψεων και στάσεων, το οποίο νομιμοποιεί τη χρήση της ηλικίας ως μέσο καθορισμού μιας συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας, αναπαριστά τα μέλη της με αρνητικούς στερεοτυπικούς όρους και έχει ως συνέπεια τη δημιουργία της ενίσχυσης του φόβου για την διαδικασία της γήρανσης και τον υποβιβασμό των μεγαλύτερων σε ηλικία ανθρώπων». Κατ' επέκταση τα γηρατειά συνδέονται με την αρνητική εικόνα της εξάρτησης, η οποία επέρχεται όταν τα ηλικιωμένα άτομα αποσύρονται από την ενεργό οικονομική δραστηριότητα και τη επίσημη απασχόληση. Δημιουργείται, δηλαδή, ένα αίσθημα ανασφάλειας εξαιτίας της απώλειας κοινωνικού κύρους και της έλλειψης, ή ακόμα και στέρησης, αυτονομίας.

Είναι ωστόσο ευκόλως αντιληπτό ότι οι διαφορές μεταξύ των Ηλικιωμένων δεν περιορίζονται μόνο στην οικονομική και κοινωνική τους θέση, αλλά και στη φυσική και οικογενειακή τους κατάσταση. Οι διαφορές αυτές απευθύνονται κυρίως στον προσδιορισμό των υλικών και άλλων αναγκών των οποίων η μη ικανοποίηση συμβάλλει στην διαταραχή του βιοτικού επιπέδου του Ηλικιωμένου Ατόμου, εντείνοντας παράλληλα και το βαθμό εξάρτησης του. Σκόπιμο είναι να διερευνήσουμε την έννοια της εξάρτησης. Ως εξάρτηση εννοούμε την κατάσταση εκείνη στην οποία όταν βρεθεί το άτομο χρήζει εξωτερικής παρέμβασης από άλλο άτομο ή φορέα ώστε να αποφευχθεί η πτώση του σε επίπεδα κάτω του κοινωνικά αποδεκτού, που κατ' επέκταση οδηγούν στον κοινωνικό του αποκλεισμό. Οι βασικές μορφές εξάρτησης των Ηλικιωμένων αναφέρονται στη φυσική εξάρτηση, η οποία προκύπτει από τη σωματική αδυναμία και την κατάσταση της υγείας, στην οικονομική εξάρτηση δηλαδή το μέγεθος του εισοδήματος σε χρήμα και είδος, το οποίο υποδεικνύει το βαθμό εξάρτησης ή ανεξαρτησίας του Ηλικιωμένου, στην κοινωνική εξάρτηση η οποία σχετίζεται με την διατήρηση της σχέσης των Ηλικιωμένων με την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και τέλος στην υποκειμενική ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων και επηρεάζεται από

ποικίλους παράγοντες. Ο Townsend (1986) υποστηρίζει ότι «η κοινωνία δημιουργεί το πλαίσιο των θεσμών και κανόνων μέσα στους οποίους αναφέρονται ή πράγματι κατασκευάζονται τα προβλήματα των Ηλικιωμένων». Δηλαδή η έννοια της δομημένης εξάρτησης σκοπό έχει να υιοθετηθούν πολιτικές από τους κρατικούς φορείς, οι οποίες να συμβάλλουν στην αποφυγή της εξάρτησης των Ηλικιωμένων Ατόμων και στην διατήρηση της αυτονομία τους. Η θεωρία της δομημένης εξάρτησης βασίζεται στην ευρύτερη αντίληψη του Townsend για την κοινωνική πολιτική «ως σύνολο μέτρων και θεσμών οι οποίοι μπορεί να προωθούν , να παρεμποδίζουν ή να καθυστερούν την κοινωνική μεταβολή»

Η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης και το χαμηλό εισόδημα αναγκάζουν τους ηλικιωμένους να καταφεύγουν για βοήθεια είτε στο οικογενειακό και ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον είτε σε κάποιο ίδρυμα. Η οικονομική κατάσταση των μεγαλύτερων ανθρώπων συντελεί πολύ σημαντικό παράγοντα για την ψυχική τους υγεία. Η έλλειψη επαρκούς σύνταξης οδηγούν συχνά στην απομόνωση και στην επιδείνωση της ποιότητας της ζωής τους (Κοτζαμάνης 1996). Επιπρόσθετα, όταν οι ηλικιωμένοι βγαίνουν από την παραγωγική διαδικασία βιώνουν συναισθήματα ανασφάλειας, άγχος και αποστερούνται την κοινωνική συμμετοχή και ευημερία που συμβάλει στην διατήρηση ικανοποιητικών συνθηκών ζωής των ηλικιωμένων ενηλίκων.

Μια επιπρόσθετη δυσκολία που έχουν να αντιμετωπίσουν οι ηλικιωμένοι είναι η αντιμετώπιση της ίδιας της κοινωνίας. Είναι σύνηθες η Τρίτη ηλικία να συνδέεται με αρνητικές προκαταλήψεις και στερεότυπα. Η αρνητική αντιμετώπιση που βιώνουν οι ηλικιωμένοι οδηγεί σε ένα ρατσιστικό μοντέλο, στο οποίο αποτελεί πρωταρχική ανάγκη η διαφώτιση των αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας και η αντιμετώπισή τους.

2.1.4.ΑμεΑ

Τα άτομα με αναπηρίες αποτελούν ένα αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνίας. Είναι οι πολίτες που παρουσιάζουν εκ γενετής ή επίκτητα δυσλειτουργικές σωματικής ή πνευματικής προέλευσης.

Η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των αναπήρων του Ο.Η.Ε. (Απόφαση της 9^{ης} Δεκεμβρίου 1975) όπου ως ανάπηρο χαρακτηρίζεται «κάθε πρόσωπο που είναι ανίκανο να αναλάβει μόνο του όλες ή μέρος των ατομικών και κοινωνικών φυσιολογικών αναγκών, λόγω μιας εκ γενετής ή όχι βλάβης των φυσικών ή διανοητικών ικανοτήτων του» (Στεργίου Α 1999).

Επίσης το των Υπουργών Συμβούλιο με ειδικές της Ε.Ε. ορίζει ως άτομα ανάγκες «τα άτομα με σοβαρές ανεπάρκειες, ανικανότητες ή μειονεξίες που οφείλονται σε σωματικές βλάβες συμπεριλαμβανόμενων των βλαβών των αισθήσεων ,ή σε διανοητικές ή ψυχικές βλάβες οι οποίες περιορίζουν ή αποκλείουν την εκτέλεση δραστηριότητας ή λειτουργίας η οποία θεωρείται κανονικά για τον άνθρωπο» (Παπάνης Ε. και άλλοι 2007).

Συγκεκριμένα, ως «άτομα με ειδικές ανάγκες» θεωρούνται: τυφλοί, κωφοί, παραπληγικοί, τετραπληγικοί, άτομα με κινητικές διαταραχές, άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, άτομα που πάσχουν από ψυχικές νόσους.

Τα άτομα με αναπηρία καθημερινά βιώνουν τον δικό τους Γολγοθά, καθώς αντιμετωπίζονται ως ανίσχυρα τμήματα ενός ιδεατού και δεδομένου πληθυσμού. Η απαρχή της έννοιας της αναπηρίας γίνεται με την αλλαγή στην υγεία του ατόμου είτε είναι σωματική ή πνευματική. Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφέρουμε ότι η «ανομοιογένεια» και η μοναδικότητα του καθενός είναι καθορισμένη από τη φύση και γι' αυτό το λόγο το κάθε άτομο θεωρείται ότι είναι μοναδικό.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, τα εν λόγω άτομα αποκλείονται από αγαθά και υπηρεσίες, που χαρακτηρίζονται ως κοινωνικά επιθυμητά, οδηγώντας στον κοινωνικό αποκλεισμό, ο οποίος εμποδίζει την ένταξη και ενσωμάτωση ως ισότιμα μέλη και στερεί τα ανθρώπινα δικαιώματα τους όπως εκπαίδευση, απασχόληση, ψυχαγωγία κ.α.

Η σχολική αποτυχία των ατόμων με ειδικές ανάγκες αποτελεί ένα φαινόμενο των ημερών μας. Η έλλειψη από πλευράς της πολιτείας, ενός ολοκληρωμένου σχεδιασμού, που να συνδυάζει τις ανάγκες με αναπηρία με την εκπαίδευση είναι μέρος της εκπαιδευτικής πραγματικότητας. Το φαινόμενο της σχολικής περιθωριοποίησης και του κοινωνικού αποκλεισμού ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι αναγκαίο να αντιμετωπιστεί έμπρακτα και να στεφθεί με επιτυχία. Αν και στο χώρο της εκπαίδευσης των αναπήρων έχουν γίνει σημαντικά βήματα τα τελευταία χρόνια, εξακολουθούν τα άτομα με αναπηρία να στερούνται το δικαίωμα στην εκπαιδευτική κοινότητα με αποτέλεσμα πολλές φορές να το εγκαταλείπουν ή να δέχονται υποδεέστερη ή υποβαθμισμένη εκπαίδευση (Παπαντης 2007).

Επιπρόσθετα, ο κοινωνικός αποκλεισμός των αναπήρων από την αγορά εργασίας έχει λάβει τεράστιες διαστάσεις. Οι κοινωνικές προκαταλήψεις, ο ρατσισμός, αλλά και η μη επαρκής επαγγελματική κατάρτιση οδηγούν στη διστακτικότητα πρόσληψης ατόμων με ειδικές ανάγκες, ιδιαίτερα οι επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα. Πολλές φορές υφίσταται και το πρόβλημα κατάλληλης υποδομής στους εργασιακούς χώρους έτσι ώστε να μπορεί να εξυπηρετεί τις ανάγκες των ατόμων αυτών στο χώρο εργασίας.

Δυστυχώς, η κοινωνία λαμβάνει τα εν λόγω προβλήματα με πρόχειρη και ευκαιριακή αντιμετώπιση. Θα πρέπει η πολιτεία να λάβει μέτρα για να διαμορφωθούν οι εκπαιδευτικές, εργασιακές, κοινωνικές και οικονομικές προϋποθέσεις που θα επιτρέψουν την πλήρη ένταξη τους και ενσωμάτωση στο παραγωγικό δυναμικό της χώρας (Κατσουλίδης 1999).

Η επικρατούσα κοινωνική στάση αποτελείται συνήθως από συναισθήματα οίκτου, αμηχανίας και αδιαφορίας με συνέπεια τα άτομα αυτά να αυτοπεριθωροποιούνται, να απομονώνονται και να αισθάνονται αίσθημα μειονεξίας. Δυστυχώς, η καθημερινότητα είναι μια διαρκής μάχη για να μπορούν να συμμετέχουν στις λειτουργίες της κοινωνίας. Μόνο θετικές συνέπειες μπορεί να προσφέρει η ένταξή τους στα κοινωνικά και οικονομικά δρώμενα.

2.1.5.Χρήστες Ναρκωτικών ουσιών

Τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα συνιστούν ένα κοινό φαινόμενο, που χαρακτηρίζει τη σύγχρονη εποχή. Είναι μια τεράστια επιδημία που τα άτομα αυτά είναι πολλαπλά

αποκλεισμένα από τα αγαθά και τις υπηρεσίες μιας κοινωνίας. Το αντικείμενο της τοξικομανίας είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα όπου σε αυτή τη μακάβρια πορεία τα σκήπτρα κρατούν τα νεότερα άτομα.

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, στη χώρα μας υπολογίζονται 400.000 με 500.000 χιλιάδες να κάνουν χρήση ναρκωτικών, καθώς επίσης σε πολύ υψηλά επίπεδα καταγράφονται και οι αιφνίδιοι θάνατοι, λόγω των ναρκωτικών ουσιών.

Οι λόγοι που κάνουν ένα νέο άτομο να στραφεί στη χρήση τοξικών ουσιών και να εξαρτηθεί από αυτές θα πρέπει να αναζητηθούν σε κοινωνικό και οικογενειακό επίπεδο. Μερικοί από αυτούς είναι :

-Η ανασφάλεια και ο φόβος, η μοναξιά, η κατάθλιψη, εξαιτίας των προβλημάτων που σχετίζονται με την φτώχεια και την οικονομική δυσπραγία

-Η έλλειψη συναισθηματικής στήριξης και επικοινωνίας από την κοινωνία, μια διαταραγμένη παιδική ηλικία

-Οι κοινωνικές ανισότητες που επικρατούν στις σχολικές κοινότητες, είναι ένας παράγοντας κινδύνου

-Η περιέργεια, η επιθυμία να εισχωρήσουν σε μία συγκεκριμένη ομάδα χωρίς να καταλαβαίνουν το κακό που προκαλούν στον εαυτό τους.

Οι εξαρτημένοι από ουσίες είναι συνήθως νεαρά άτομα, άτομα αγχώδη και συναισθηματικά ανώριμα που προσπαθούν να ξεφύγουν από τη δύσκολη πραγματικότητα. Οι χρήστες πιστεύουν στην αρχή ότι θα ελέγξουν την εξάρτηση όμως οι τοξικές ουσίες δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα με αποτέλεσμα να προκαλούν εξάρτηση και συνεχή χρήση του ναρκωτικού. Έτσι η αναπόφευκτη χρήση των τοξικών ουσιών βάζει σε κίνδυνο και την ίδια τη ζωή των εξαρτημένων.

Οι εξαρτώμενοι από ουσίες αντιμετωπίζουν δυσκολίες, όσον αφορά την πρόσβαση στη περίθαλψη λόγω της απροθυμίας να απευθυνθούν στις αρμόδιες υπηρεσίες ή λόγω του χαμηλού βαθμού εκπαίδευσης των ατόμων στις υπηρεσίες που δεν γνωρίζουν πώς να αντιμετωπίσουν τα άτομα αυτά.

Οι χρήστες καθώς είναι άτομα με ψυχικές διαταραχές, με αξεπέραστα προβλήματα στην ανθρώπινη επικοινωνία έχουν μια αρνητική κοινωνική εικόνα και εχθρικότητα από το γενικό πληθυσμό και τις δημόσιες υπηρεσίες.

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα των τοξικομανών είναι η εργασία. Λόγω της εγκατάλειψης του σχολείου, το μορφωτικό τους επίπεδο είναι χαμηλό με αποτέλεσμα να μην μπορούν να διεκδικήσουν μια θέση εργασίας και ακόμα μεγαλύτερη πρόσκληση των χρηστών είναι να διατηρήσουν μια θέση εργασίας για μεγάλο διάστημα. Είναι αναπόφευκτό λοιπόν, οι περισσότεροι εργοδότες να μην προσλαμβάνουν άτομα εξαρτημένα από ουσίες, καθώς η πλειοψηφία τους δεν έχουν καθαρό ποινικό μητρώο και εμπλέκονται σε παράνομες δραστηριότητες για να εξασφαλίσουν τη δόση τους με αποτέλεσμα να στιγματίζονται ως επικίνδυνοι και επιθετικοί.

Για ένα τόσο πολυδιάστατο φαινόμενο, απαιτούνται ενέργειες που άπτονται πολλών τομέων, όπως οι υπηρεσίες υγείας, οι φορείς παιδείας, οι αστυνομικές αρχές αλλά και ο καθένας ατομικά.

Οι διεθνείς συνθήκες του ΟΗΕ προβλέπουν για τα συμβαλλόμενα μέλη (μεταξύ των οποίων και η χώρα μας) ρυθμίσεις όπως αντί να διώκονται ποινικά τα άτομα αυτά για χρήση ουσιών, αντ' αυτού να υποβάλλονται σε θεραπεία. Στη χώρα μας ένας από τους σημαντικότερους φορείς είναι το Κέντρο Θεραπείας και Εξάρτησης Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), το οποίο βοηθά στη σωματική και ψυχική απεξάρτηση των ατόμων αυτών. Αναμφισβήτητα, τα άτομα αυτά δεν απολαμβάνουν τις καθημερινές χαρές της ζωής και δεν ευχαριστιούνται τίποτα στη ζωή τους, με αποτέλεσμα να βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση.

2.1.6. Γυναίκες

Οι περιθωριοποιημένες γυναίκες αναφέρονται σε γυναίκες που αποκλείονται από ευκαιρίες και πόρους που είναι διαθέσιμοι σε άλλους στην κοινωνία λόγω παραγόντων όπως το φύλο, η φυλή, η εθνικότητα, η σεξουαλικότητα, η θρησκεία και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Αυτές οι γυναίκες αντιμετωπίζουν συχνά μοναδικές προκλήσεις και διακρίσεις, συμπεριλαμβανομένης της φτώχειας, της περιορισμένης πρόσβασης στην εκπαίδευση και την υγειονομική περίθαλψη και περιορισμένες ευκαιρίες για πολιτική και οικονομική ενδυνάμωση. Σε πολλές κοινωνίες, οι περιθωριοποιημένες γυναίκες είναι συχνά αόρατες και οι φωνές και οι εμπειρίες τους δεν ακούγονται ή αντιπροσωπεύονται επαρκώς. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω περιθωριοποίηση και όξυνση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν.

Μετά την βιομηχανική επανάσταση και κυρίως τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο οι γυναίκες σταδιακά άρχισαν να αποκτούν παραπάνω δικαιώματα συγκριτικά με το παρελθόν. Εντούτοις τη σημερινή εποχή οι γυναίκες χαίρουν τους καρπούς των προγενέστερων γενεών. Πιο συγκεκριμένα μερικές βασικές διαφορές μεταξύ των εμπειριών των περιθωριοποιημένων γυναικών μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και σήμερα:

1. Πρόσβαση στην εκπαίδευση: Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, πολλές γυναίκες αντιμετώπισαν εμπόδια στην πρόσβαση στην εκπαίδευση, συμπεριλαμβανομένων νόμων που εισάγουν διακρίσεις και πολιτισμικών συμπεριφορών που θεωρούσαν τις γυναίκες ως λιγότερο ικανές ή λιγότερο αξίες εκπαίδευσης. Σήμερα, ενώ εξακολουθούν να υπάρχουν κάποια εμπόδια στην εκπαίδευση για τις περιθωριοποιημένες γυναίκες σε ορισμένα μέρη του κόσμου, η πρόσβαση στην εκπαίδευση έχει βελτιωθεί σημαντικά και πολλές χώρες έχουν νόμους και πολιτικές που στοχεύουν στην προώθηση της ισότητας των φύλων στην εκπαίδευση.
2. Ευκαιρίες απασχόλησης: Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, οι γυναίκες αντιμετώπισαν σημαντικές διακρίσεις στο χώρο εργασίας, συμπεριλαμβανομένων περιορισμένων ευκαιριών για απασχόληση, άνισης αμοιβής και περιορισμένης εκπροσώπησης σε ηγετικές θέσεις. Σήμερα, ενώ εξακολουθεί να υπάρχει μισθολογικό χάσμα μεταξύ των φύλων και άνιση εκπροσώπηση σε ηγετικές θέσεις, οι γυναίκες έχουν σημειώσει σημαντικά κέρδη στον εργασιακό χώρο και εισέρχονται όλο και περισσότερο σε μη παραδοσιακές σταδιοδρομίες.

3. Πολιτική εκπροσώπηση: Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, οι γυναίκες αντιμετώπισαν σημαντικά εμπόδια στην πολιτική εκπροσώπηση, συμπεριλαμβανομένων νόμων που εισάγουν διακρίσεις που περιορίζαν την ικανότητά τους να ψηφίζουν ή να διεκδικούν αξιώματα. Σήμερα, ενώ εξακολουθεί να υπάρχει σημαντικό χάσμα μεταξύ των φύλων στην πολιτική εκπροσώπηση, οι γυναίκες έχουν σημειώσει σημαντικά κέρδη και πολλές χώρες έχουν υιοθετήσει ποσοστάσεις ή άλλα μέτρα με στόχο την προώθηση της ισορροπίας των φύλων στους πολιτικούς θεσμούς.
4. Αναπαραγωγικά δικαιώματα: Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, πολλές γυναίκες αντιμετώπισαν περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αντισύλληψης και της ασφαλούς άμβλωσης. Σήμερα, ενώ εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικά εμπόδια στις υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας σε ορισμένα μέρη του κόσμου, πολλές χώρες έχουν υιοθετήσει νόμους και πολιτικές που στοχεύουν στην προώθηση της πρόσβασης σε υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας και στην προστασία των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων.

Συνολικά, ενώ έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην αντιμετώπιση της περιθωριοποίησης των γυναικών από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, υπάρχει ακόμη πολλή δουλειά που πρέπει να γίνει για να διασφαλιστεί ότι οι περιθωριοποιημένες γυναίκες έχουν ίσες ευκαιρίες και ίση μεταχείριση βάσει του νόμου. Η αντιμετώπιση της περιθωριοποίησης των γυναικών είναι μια συνεχής διαδικασία που απαιτεί τις προσπάθειες των κυβερνήσεων, των οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών και των ατόμων για να διασφαλίσουν ότι τα δικαιώματα και οι ευκαιρίες των γυναικών γίνονται σεβαστά και προστατεύονται.

Για τον λόγο αυτό, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τις εμπειρίες των περιθωριοποιημένων γυναικών και να εργαστούμε για τη δημιουργία περισσότερων και δίκαιων κοινωνιών που παρέχουν ίσες ευκαιρίες για όλους. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την υποστήριξη πολιτικών και προγραμμάτων που υποστηρίζουν τα δικαιώματα και την ευημερία των περιθωριοποιημένων γυναικών, την προώθηση της ισότητας των φύλων και την εργασία για τον τερματισμό των διακρίσεων και της βίας κατά των γυναικών.

Υπάρχει ένας αυξανόμενος όγκος ερευνών σχετικά με τις εμπειρίες των περιθωριοποιημένων γυναικών και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν, και αυτές οι πληροφορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ενημέρωση πολιτικών και προγραμμάτων που στοχεύουν στην προώθηση της ευημερίας και της ισότητάς τους. Μερικά παραδείγματα οργανώσεων που εστιάζουν στα δικαιώματα και τις εμπειρίες των περιθωριοποιημένων γυναικών περιλαμβάνουν την Οντότητα των Ηνωμένων Εθνών για την Ισότητα των Φύλων και την Ενδυνάμωση των Γυναικών (UN Women), το Διεθνές Κέντρο Έρευνας για τις Γυναίκες (ICRW) και την Ένωση για τα Δικαιώματα των Γυναικών στο Ανάπτυξη (AWID).

Οι γυναίκες αποτελούν μια ειδική κατηγορία πληθυσμού όπου λειτουργούν πολλές διακρίσεις εις βάρος τους. Η ύπαρξη διακρίσεων στις γυναίκες αποτελεί ένα συνηθισμένο φαινόμενο στην σημερινή εποχή και μια πραγματικότητα με διαρκώς αυξητικές τάσεις. Σε πολλές περιπτώσεις, οι γυναίκες αποκλείονται από την πλήρη συμμετοχή τους στον οικονομικό και κοινωνικό τρόπο ζωής που απολαμβάνουν οι περισσότεροι. Τα στοιχεία της Eurostata αποκαλύπτουν ότι οι γυναίκες είναι

απροστάτευτες μπροστά στην απειλή της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού με αποτέλεσμα στη διατήρηση των ανισοτήτων και τον προσδιορισμό της γυναικείας ταυτότητας στην κοινωνική ένταξη. Καταπάτηση ασφαλιστικών δικαιωμάτων, έλλειψη υποστήριξης κακοποιημένων γυναικών, ανισότητα αμοιβών σε σχέση με τους άντρες, είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που βιώνουν οι γυναίκες προσβάλλοντας την αξιοπρέπεια τους με αποτέλεσμα να οδηγούνται στην περιθωριοποίηση και στον κοινωνικό αποκλεισμό. Αναλυτικότερα οι δυσκολίες που βιώνουν οι κοινωνικά αποκλεισμένες γυναίκες είναι:\

1. Φτώχεια: Οι περιθωριοποιημένες γυναίκες πλήττονται συχνά δυσανάλογα από τη φτώχεια και δεν έχουν πρόσβαση σε πόρους που μπορούν να τις βοηθήσουν να βγουν από τη φτώχεια, όπως προγράμματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε έναν κύκλο φτώχειας που είναι δύσκολο να σπάσει.
2. Εκπαίδευση: Οι περιθωριοποιημένες γυναίκες συχνά στερούνται πρόσβασης σε προγράμματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης, γεγονός που μπορεί να περιορίσει την ικανότητά τους να βελτιώσουν την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση και να τις καταστήσουν πιο ευάλωτες στην εκμετάλλευση και την κακοποίηση.
3. Υγειονομική περίθαλψη: Οι περιθωριοποιημένες γυναίκες έχουν συχνά περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών αναπαραγωγικής υγείας, και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για προβλήματα υγείας λόγω φτώχειας, έλλειψης πρόσβασης σε καθαρό νερό και θρεπτικά τρόφιμα και περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.
4. Πολιτική και οικονομική ενδυνάμωση: Οι περιθωριοποιημένες γυναίκες συχνά αποκλείονται από τις πολιτικές και οικονομικές διαδικασίες λήψης αποφάσεων και δεν έχουν ευκαιρίες για ηγεσία και ενδυνάμωση. Αυτό μπορεί να περιορίσει την ικανότητά τους να επηρεάζουν αποφάσεις που επηρεάζουν τη ζωή και τις κοινότητές τους.
5. Βία: Οι περιθωριοποιημένες γυναίκες διατρέχουν συχνά υψηλότερο κίνδυνο για βία, συμπεριλαμβανομένης της ενδοοικογενειακής βίας, της σεξουαλικής βίας και της εμπορίας ανθρώπων. Αυτή η βία μπορεί να έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία και ευεξία τους.

Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τις εμπειρίες των περιθωριοποιημένων γυναικών και να εργαστούμε για τη δημιουργία περισσότερων και δίκαιων κοινωνιών που παρέχουν ίσες ευκαιρίες για όλους. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την υποστήριξη πολιτικών και προγραμμάτων που υποστηρίζουν τα δικαιώματα και την ευημερία των περιθωριοποιημένων γυναικών, την προώθηση της ισότητας των φύλων και την εργασία για τον τερματισμό των διακρίσεων και της βίας κατά των γυναικών.

Υπάρχει επίσης ανάγκη για περισσότερη έρευνα σχετικά με τις εμπειρίες των περιθωριοποιημένων γυναικών και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν, προκειμένου να ενημερωθούν πολιτικές και προγράμματα που στοχεύουν στην προώθηση της ευημερίας και της ισότητάς τους. Αυτή η έρευνα μπορεί να βοηθήσει να επιστήσει την προσοχή στα ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι περιθωριοποιημένες γυναίκες και να βοηθήσει στη δημιουργία λύσεων που αντιμετωπίζουν τις βαθύτερες αιτίες της περιθωριοποίησής τους.

Για τον περιορισμό του φαινομένου της περιθωριοποίησης των γυναικών έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες σε παγκόσμιο επίπεδο. Ανάμεσα στις χαρακτηριστικές προσπάθειες είναι ορισμένοι εκ των νομοθετικών στόχων της Ευρωπαϊκής Ένωσης με στόχο την καταπράυνση του φαινομένου. Αναλυτικότερα:

1. Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα: Αυτή η συνθήκη, η οποία έχει υπογραφεί από όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, προστατεύει τα δικαιώματα στη ζωή, την ελευθερία και την ασφάλεια του ανθρώπου. ελευθερία από βασανιστήρια και σκλαβιά· ελευθερία σκέψης, συνείδησης και θρησκείας· ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΕΚΦΡΑΣΗΣ; και το δικαίωμα συμμετοχής σε ελεύθερες εκλογές.
2. Ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ: Αυτό το έγγραφο, το οποίο εγκρίθηκε το 2000, καθορίζει τα θεμελιώδη δικαιώματα όλων των ανθρώπων στην Ευρωπαϊκή Ένωση, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, της ελευθερίας από διακρίσεις, του δικαιώματος στην εργασία και του δικαιώματος στην κοινωνική ασφάλεια.
3. Οι Οδηγίες της ΕΕ κατά των Διακρίσεων: Υπάρχουν πολλές Οδηγίες της ΕΕ που αντιμετωπίζουν τις διακρίσεις λόγω φύλου, φυλής, εθνικότητας, θρησκείας, σεξουαλικού προσανατολισμού και αναπηρίας, συμπεριλαμβανομένης της Οδηγίας για την Ίση Μεταχείριση και της Οδηγίας για τη Φυλετική Ισότητα. Αυτές οι οδηγίες αποσκοπούν στην εξάλειψη των διακρίσεων και στη διασφάλιση της ίσης μεταχείρισης στην απασχόληση, την κοινωνική προστασία και την πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες.
4. Η Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης: Αυτή η Σύμβαση, η οποία εγκρίθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης το 2011, στοχεύει στην πρόληψη και την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών και των κοριτσιών, συμπεριλαμβανομένης της ενδοοικογενειακής βίας, της σεξουαλικής βίας και της εμπορίας ανθρώπων. Απαιτεί από τα υπογράφοντα κράτη να λάβουν μέτρα για την πρόληψη της βίας κατά των γυναικών, την προστασία των θυμάτων και τη δίωξη των δραστών.

Εκτός από αυτούς τους νόμους, υπάρχει επίσης μια σειρά από πρωτοβουλίες και προγράμματα σε ευρωπαϊκό επίπεδο με στόχο την προώθηση της ισότητας και την προστασία των δικαιωμάτων των περιθωριοποιημένων γυναικών, συμπεριλαμβανομένου του Οργανισμού Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ, του Ευρωπαϊκού Ινστιτούτου για την Ισότητα των Φύλων και του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Γυναικών Αίθουσα.

Συνολικά, αυτοί οι νόμοι και οι πρωτοβουλίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της ισότητας και στην προστασία των δικαιωμάτων των περιθωριοποιημένων γυναικών στην Ευρώπη, και αποτελούν σημαντικό μέρος των προσπαθειών για τη δημιουργία κοινωνιών χωρίς αποκλεισμούς και δικαιοσύνης

Στο Ελληνικό Σύνταγμα το 1975 στο άρθρο 2 παραγρ. 4 αναφέρεται για πρώτη φορά ότι «Έλληνες και Ελληνίδες έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις». Οι ίσες ευκαιρίες είναι αναφαίρετο δικαίωμα όλων μας.

Μετά από πίεση των γυναικείων οργανώσεων οι γυναίκες καταφέρνουν να διεκδικήσουν το δικαίωμα, ανεξαρτήτου φύλλου, της απόλυτης ισότητας. Για να επιτευχθεί η ποθητή ισότητα, θα πρέπει να αναγνωριστεί ως σταθερός παράγοντας οι

διαφορετικές ταυτότητες, αξίες, και επιλογές ζωής των γυναικών και να μην αποτελούν πηγή διακρίσεων εναντίον τους.

Υποχρέωση των κυβερνήσεων είναι η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας του καθενός, η ανάγκη κάλυψης της υφιστάμενης έλλειψης προστασίας των γυναικών, η προώθηση της άσκησης των δικαιωμάτων τους.

Επιπλέον, η ευαλωτότητα στη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό συνδέεται με συγκεκριμένα γεγονότα στη ζωή μιας γυναίκας όπως το διαζύγιο, η μονογονεϊκότητα κ.α.

Το ευρωπαϊκό Δίκτυο έναντι στη φτώχεια αναφέρεται στη «εκθήλυνση της φτώχειας» όπου οι γυναίκες ανήκουν στα πιο εξασθενημένα, εξαρτώμενα και ανίσχυρα τμήματα του πληθυσμού.

Σύμφωνα με την Γενική Γραμματεία Ισότητας των φύλων έχει συμπεριλάβει στους στόχους που έχει θέσει βάσει του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την ισότητα των φύλων (Ε.Σ.Δ.Ι.Φ.) την συνύπαρξη της επαγγελματικής με την οικογενειακή ζωή των γυναικών.

Μέτρα που πρέπει να ληφθούν για την αντιμετώπιση του φαινομένου είναι η υποστήριξη της μητρότητας, η αύξηση της γυναικείας απασχόλησης, η οικονομική και ηθική στήριξη, η αναπροσαρμογή του συστήματος ασφάλισης και συνταξιοδότησης της γυναίκας.

2.1.7. Άστεγοι

Η περιθωριοποίηση και η έλλειψη στέγης συχνά συνδέονται στενά. Οι περιθωριοποιημένες ομάδες, όπως τα άτομα με αναπηρία, τα άτομα που βιώνουν τη φτώχεια και τα μέλη της κοινότητας LGBTQ+, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν άστεγοι λόγω διακρίσεων, έλλειψης πρόσβασης σε πόρους και υποστήριξη και άλλα συστημικά εμπόδια.

Η έλλειψη στέγης μπορεί επίσης να περιθωριοποιήσει περαιτέρω τα άτομα επιδεινώνοντας προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας, αυξάνοντας την έκθεση στη βία και την κακοποίηση και περιορίζοντας την πρόσβαση σε βασικές ανάγκες όπως τροφή, στέγη και υγειονομική περίθαλψη. Ως αποτέλεσμα, οι άστεγοι συχνά αγωνίζονται να βρουν σταθερότητα και μπορεί να βιώσουν έναν φαύλο κύκλο φτώχειας και περιθωριοποίησης.

Τα άτομα με αναπηρία είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην έλλειψη στέγης. Σε πολλές περιπτώσεις, μπορεί να δυσκολεύονται να βρουν εργασία ή επαρκή στέγαση λόγω διακρίσεων και έλλειψης προσβάσιμων επιλογών. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε οικονομική αστάθεια και σε μεγαλύτερο κίνδυνο να μείνουμε άστεγοι. Επιπλέον, η έλλειψη προσβάσιμων επιλογών στέγασης και υπηρεσιών υποστήριξης για άτομα με αναπηρία μπορεί να περιθωριοποιήσει περαιτέρω αυτόν τον πληθυσμό.

Η φτώχεια είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε περιθωριοποίηση και έλλειψη στέγης. Οι άνθρωποι που ζουν σε συνθήκες φτώχειας μπορεί να έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε οικονομικά προσιτή στέγαση, εκπαίδευση και υγειονομική περίθαλψη, καθιστώντας τους δύσκολο να σπάσουν τον κύκλο της φτώχειας και να επιτύχουν σταθερότητα. Επιπλέον, τα άτομα που βιώνουν

φτώχεια συχνά υπόκεινται σε διακρίσεις και μπορεί να αντιμετωπίσουν εμπόδια στην πρόσβαση σε κρατική βοήθεια και άλλα προγράμματα υποστήριξης.

Η LGBTQ+ κοινότητα βρίσκεται επίσης σε υψηλότερο κίνδυνο έλλειψης στέγης λόγω των διακρίσεων και της έλλειψης υποστηρικτικών πόρων. Πολλά άτομα LGBTQ+ μπορεί να αντιμετωπίσουν την απόρριψη από τις οικογένειές τους, οδηγώντας σε έλλειψη σταθερής στέγασης και υποστήριξης. Επιπλέον, ενδέχεται να αντιμετωπίσουν διακρίσεις όταν αναζητούν εργασία, υγειονομική περίθαλψη και άλλες ανάγκες, γεγονός που τους καθιστά δύσκολο να επιτύχουν σταθερότητα και να αποτρέψουν την έλλειψη στέγης.

Η έλλειψη στέγης μπορεί να έχει βαθιές επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία ενός ατόμου. Οι άστεγοι διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων μολυσματικών ασθενειών, χρόνιων παθήσεων και τραύματος. Επιπλέον, η έλλειψη πρόσβασης σε βασικές ανάγκες, όπως τα τρόφιμα και η υγιεινή, μπορεί να επιδεινώσει περαιτέρω αυτά τα προβλήματα υγείας.

Συμπερασματικά, η περιθωριοποίηση και η έλλειψη στέγης συνδέονται στενά, καθώς περιθωριοποιημένες ομάδες, όπως τα άτομα με αναπηρία, τα άτομα που βιώνουν τη φτώχεια και τα μέλη της κοινότητας LGBTQ+, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο έλλειψης στέγης λόγω συστημικών φραγμών και διακρίσεων. Οι συνέπειες της έλλειψης στέγης μπορεί να περιθωριοποιήσουν περαιτέρω τα άτομα, καθιστώντας τους δύσκολο να επιτύχουν σταθερότητα και να βελτιώσουν την υγεία και την ευημερία τους. Είναι ζωτικής σημασίας να αντιμετωπιστούν οι βαθύτερες αιτίες της περιθωριοποίησης και της έλλειψης στέγης και να παρέχουμε υποστήριξη και πόρους για την πρόληψη και τον τερματισμό της έλλειψης στέγης μεταξύ των περιθωριοποιημένων κοινοτήτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού στο χώρο της υγείας

Το 1991 το Παρατηρητήριο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (1991) ορίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό πρώτον και κυρίως όσον αφορά τη σχέση του με τα κοινωνικά δικαιώματα των ανθρώπων ως πολίτες και κατ' επέκταση το ορίζει ως άρνηση ή μη πραγματοποίηση ορισμένων θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Καβουνίδη, 2002). Σε καμία περίπτωση ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν θα πρέπει να συγχέεται με αντίστοιχα φαινόμενα κοινωνικής παθολογίας όπως η φτώχεια, η περιθωριοποίηση, φαινόμενα που μαστίζουν στις σύγχρονες κοινωνίες. Αντίθετα με τις προαναφερθείσες, ο κοινωνικός αποκλεισμός παρεμποδίζει την πρόσβαση σε κοινωνικά και δημόσια αγαθά, που κατ' επέκταση οδηγεί στην οικονομική ανέχεια και τη σταδιακή περιθωριοποίηση του ατόμου από το κοινωνικό σύνολο (Τσιάκαλος, 1998; Ψημμένος, 2007).

Η σημασία των δημόσιων παροχών και της απουσίας του κοινωνικού αποκλεισμού, διαφαίνεται από την ύπαρξη και γενικευμένη χρήση του όρου «δημόσιος πλούτος». Ως δημόσιος ,πλούτος ορίζεται το σύνολο των κοινωνικών αγαθών που παρέχονται στο γενικότερο σύνολο των πολιτών μιας χώρας. Ο δημόσιος τους χαρακτήρας, κατοχυρώνεται από τους συνταγματικούς χάρτες της πλειοψηφίας των χωρών. Είναι εμφανής η γενικευμένη αντίληψη, ότι υπάρχουν ορισμένα αγαθά, τα οποία θα έπρεπε να ήταν προσβάσιμα στο γενικότερο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια (Ζαννης, 2006). Εύλογα, προκύπτει πως η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού εμφανίζεται ως ιδιαίτερο φαινόμενο με την ισχυροποίηση της αντίληψης περί κοινωνικών δικαιωμάτων και υπάρχει μόνο στις κοινωνίες, στις οποίες υπάρχει, η αντίληψη της έννοιας του δημόσιου και κοινωνικού αγαθού (Καψάλης, 2003)

Ωστόσο, ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν αποτελεί μια μετρήσιμη κατάσταση, αλλά μια διαδικασία και παράλληλα το αποτέλεσμα της. Το μεγαλύτερο ζητούμενο που αναδύεται είναι η συστηματική αφαίρεση της προσβασιμότητας σε τέτοιες παροχές, όπως η αφαίρεση δυνατότητας πρόσβασης στην εκπαίδευση ή σε παροχές υγείας. Αναλυτικότερα, στον ελλαδικό χώρο υπάρχουν ορισμένες κοινωνικές και εθνικές ομάδες, που θα αναφερθούν παρακάτω, που παρατηρείται ότι είναι αποκλεισμένες από παροχές δημόσιες υγείας και κοινωνικών παροχών, που συνεπάγεται με την αφαίρεση ενός θεμελιώδους κοινωνικού δικαιώματος. Άλλωστε, αδιαμφισβήτητα η υγεία αποτελεί δικαίωμα και δημόσιο αγαθό. Εντούτοις, ο κοινωνικός αποκλεισμός από το αγαθό της υγείας ελλοχεύει τον κίνδυνο διόγκωσης του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού, αφού τα άτομα που πάσχουν από κάποια ασθένεια, αν δεν λάβουν την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη, υφίστανται περαιτέρω περιθωριοποίηση. Επιπροσθέτως, ο κοινωνικός αποκλεισμός συμβάλλει στην εκδήλωση ή διόγκωση των παθογενειών στο τομέα της υγείας, αφού ο κοινωνικός αποκλεισμός για παράδειγμα από τον εργασιακό χώρο, δύναται να οδηγήσει στην απουσία στέγης και κατ' επέκταση τη διαβίωση σε συνθήκες, που ευνοούν την εκδήλωση ασθενειών. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με την Κούτα και Μιτλεττον (2012) ο κίνδυνος της προσβολής της υγείας αποτελεί από μόνος του παράγοντας έναρξης της διαδικασίας του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ η ασθένεια πυροδοτεί την περιθωριοποίηση από άλλα κοινωνικά δικαιώματα, όπως εργασία ή εκπαίδευση, που ειδικά ο αποκλεισμός από τον εργασιακό χώρο, συμβάλλει στον αποκλεισμό από εγκαταστάσεις – δομές

ιατρικής αποκατάστασης και περίθαλψης. Πρόκειται, δηλαδή, για ένα φαύλο κύκλο που οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό των μελών της κοινωνίας και ιδίως της ομάδας που συγκαταλέγονται οι «κοινωνικά ευπαθείς ομάδες» του πληθυσμού, όπως θεωρούνται οι μετανάστες, ΑμεΑ, εθνικές μειονότητες.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία να διακριθεί σε τρεις βασικές κατηγορίες. Αρχικά, το οικονομικό μέσω της παρεμπόδισης του ατόμου να συμμετάσχει σε δραστηριότητες που θα του εξασφαλίσουν πρόσβαση στο κοινωνικό πλούτο, και κατ' επέκταση στην κοινωνική εξέλιξή του στις καπιταλιστικές κοινωνίες του Δυτικού κόσμου. Δεύτερον, στο νομικό πλαίσιο με την στέρηση βασικών νομικών δικαιωμάτων ή με διακρίσεις εις βάρος του ατόμου εξαιτίας ορισμένων εξωγενών κριτηρίων, που δεν θα έπρεπε να λειτουργούν επιβαρυντικά στα νομικά του δικαιώματα. Τέλος, το κοινωνικό επίπεδο και την πρόσβαση του ατόμου σε παροχές που αποτελούν κοινωνικά αγαθά, είτε αυτό είναι πρόσβαση στην εκπαίδευση είτε στον τομέα της υγείας. Ουσιαστικά ο κοινωνικός αποκλεισμός, λειτουργεί ως μια μορφή αποξένωσης του ατόμου, που εμφανίζει κατά κόρον σε μειονοτικές ομάδες, όπως είναι μετανάστες, πρόσφυγες ή ακόμα και γηγενείς που ανήκουν στις χαμηλότερες οικονομικές ομάδες. (Τσαούσης,1998). Εντούτοις, αν και οι φρενήρεις ρυθμοί της σύγχρονης εποχής έχουν εντείνει το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, δεν θα πρέπει να προσεγγιστεί ως μια πρωτοεμφανιζόμενη μορφή κοινωνικής παθογένειας.

Σύμφωνα με την Πετράκη (1998) και την Παπαδοπούλου (2002) ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να εντοπιστεί και στις παλαιότερες εποχές με μεγαλύτερη αυστηρότητα, ενώ αποτελούσε βασική αιτία εξαθλίωσης ολόκληρων κοινωνικών στρωμάτων. Πρόκειται για ένα διαχρονικό ζήτημα, που είχε ταλανίσει τις ανθρώπινες κοινωνίες πριν χρόνια. Παρ' όλα αυτά, επισημαίνουν ότι πρόκειται για μια αισιόδοξη, έως ουτοπική σκέψη, να εξασφαλίσουμε πλήρη ισότητα ανάμεσα σε όλα τα μέλη της κοινωνίας. Άλλωστε, βασικές αιτίες του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η μόνιμη ή μακροχρόνια ανεργία, φαινόμενο που διαιωνίζεται σε περιόδους οικονομικής κρίσεως και έντονης μεταβατικότητας, στοιχεία που χαρακτηρίζουν έντονα την Ελλάδα του 21^{ου} αιώνα. Παράλληλα, η μεταβολή από την πρόσληψη μη ειδικευμένων εργατών στην πρόσληψη εξειδικευμένου προσωπικού, για την ικανοποίηση των πολυδιάστατων αναγκών της σύγχρονης εποχής έχει συμβάλει στον εργασιακό κοινωνικό αποκλεισμό. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η αλλαγή της παραδοσιακής οικογενειακής δομής στην σύγχρονη πυρηνική οικογενειακή δομή, καταργώντας τις παραδοσιακές μορφές αλληλεγγύης. Επιπροσθέτως, η έντονη αστικοποίηση του 21^{ου} αιώνα προωθεί την ανάπτυξη ατομικιστικών συναισθημάτων, ενισχύοντας την απομόνωση και αποξένωση των ατόμων, ενώ ταυτόχρονα προωθείται η ανάπτυξη ανταγωνιστικών συναισθημάτων λόγω των ασφυκτικών και πρωτόγνωρα ανταγωνιστικών εργασιακών συνθηκών (Hynes, 2011). Τέλος, ειδικά στην Ελλάδα σημαντική αιτία κοινωνικού αποκλεισμού διαδραματίζει το έντονο κύμα νόμιμης και παράνομης μετανάστευσης. Η Ελλάδα, ως σταυροδρόμι τριών ηπείρων και πέντε θαλασσών αποτελούσε και αποτελεί το «λιμάνι» των λαών της Ασίας και Αφρικής. Οι έντονες αναταραχές σε θρησκευτικό και πολιτικό επίπεδο στις περιοχές αυτές, σε συνδυασμό με την επιθυμία εξασφάλισης ενός καλύτερου μέλλοντος στις χώρες της Δύσης, ωθεί τους ανθρώπους στην μετανάστευση. Εντούτοις, συχνά «εγκλωβίζονται» στην Ελλάδα, που αποτελεί τον συνδετικό κρίκο μεταξύ Ευρώπης και αυτών των ανθρώπων. Η πραγματικότητα

αυτή δημιουργεί πλήθος προβλημάτων τόσο στον τομέα της οικονομίας και της υγείας, όσο και της κοινωνικής ενσωμάτωσης.

Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού στο χώρο της υγείας δεν αποτελεί μια πρωτόγνωρη κοινωνική παθογένεια. Αποτελεί όμως ένα καίριο ζήτημα που χρήζει την προσηλωμένη προσπάθεια των υγειονομικών σε κάθε χώρα (Μπελετσιώτη, 2021). Ωστόσο, η έννοια της κοινωνικής ισότητας και πρόσβασης στις δομές υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το θέμα της κοινωνικής δικαιοσύνης και της εξάλειψης των κοινωνικών ανισοτήτων στον γενικό πληθυσμό. Πρόκειται για ζήτημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αφού και ο ίδιος ο Οργανισμός Παγκόσμιας Υγείας, ήδη από την ημερομηνία σύστασης του το 1940, έχει αναγνωρίσει την ισότητα των πολιτών τους (Φιλαλήθης, 2021). Μάλιστα, το 1946 ορίστηκε ίση κατανομή υπηρεσιών υγείας εξαλείφοντας τις οποιεσδήποτε συντρέχουσες φυλετικές, θρησκευτικές, κοινωνικές και οικονομικές διακρίσεις (Πετράκη, Δοξάκη & Γενετάκη, 2016). Σύμφωνα με τον Ματθαίου, πρόκειται για έννοιες που θα έπρεπε να ισχύουν χωρίς εξαιρέσεις σε κάθε χώρα, αφού θα συνδράμει στην ενίσχυση της ισότητας μεταξύ των ατόμων. Άλλωστε, ο τομέας της υγείας είναι αδήριτης σημασίας για όλα τα άτομα, εξού και δεν τίθεται θέμα διαφοροποίησης από το ζήτημα της ισότητας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει επισημάνει τη σημασία των αθέμιτων και άδικων ανισοτήτων που εκδηλώνονται στη κοινωνία (McCartney, Popham, McMaster & Cumbers, 2019). Επιπροσθέτως, ο Π.Ο.Υ. έχει θέσει υπό διερεύνηση κατά πόσο οι πολίτες έχουν άμεσο έλεγχο στην ποιότητα της υγείας τους.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η ισότητα στην υγεία διακρίνεται σε δύο υποκατηγορίες, Τον οριζόντιο τύπο που εμπεριέχει την ίση διαμοίραση της υγειονομικής φροντίδας με όρους ισότητας. Αναλυτικότερα, προϋποτίθεται ότι το ευρύτερο σύνολο του πληθυσμού οφείλει να έχει ίση πρόσβαση, ανεξαρτήτως μεταβλητές που σχετίζονται με τους γεωγραφικούς και κοινωνικούς δείκτες υγείας. Από την άλλη πλευρά, αντιπαρατίθεται η κάθετη ισότητα που εμπεριέχει μια συστηματική χρηματοδότηση με πιο εξειδικευμένο τρόπο, στοχεύοντας στην αναγνώριση των ειδικών αναγκών του εκάστοτε ασθενή από τις κρατικές δομές, ώστε να παρέχει όλες τις υπηρεσίες. Μάλιστα, ο κρατικός παράγοντας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο αφού οφείλει να διασφαλίζει τα δικαιώματα των πολιτών του, χωρίς να επηρεάζουν οι κρατικές παρεμβάσεις τα επιμέρους συστήματα υγείας (Mossa- Bashaetal, 2020).

Τα τελευταία χρόνια έχουν διεξαχθεί πλήθος μελετών με στόχο τη διερεύνηση των κοινωνικών ανισοτήτων εντοπίζοντας κατά γενική ομολογία διαφοροποιήσεις στην πρόσβαση στον τομέα της υγείας βάσει κοινωνικές, οικονομικές και γεωγραφικές μεταβλητές (Τσολακίδου, 2020). Σύμφωνα, με την Ξανθοπούλου (2011) η πλαισίωση των ανισοτήτων θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω της αύξησης των προσανατολισμένων εκπαιδευτικών πολιτικών. Ως βασικό πυλώνα θεωρεί πως κάθε χώρα οφείλει να έχει την αύξηση της προσβασιμότητας των πολιτών στις δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες και την αύξηση των ικανοποιημένων ληπτών υγείας, καθώς και την ίση αντιμετώπιση των πολιτών (Γκόγκος, 2021). Πρόκειται για μια ομόφωνη στάση που έχει υιοθετήσει διεθνής επιστημονική κοινότητα (Ασμενούδης, 2020), κάτι που διαφαίνεται από το άρθρο 34 που αναφέρεται στα θεμελιώδη δικαιώματα των κρατών, διαμηνύοντας την ανάγκη ίσης πρόσβασης στην πρόληψη, αλλά και στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Ψαθά, 2021).

Στην Ελλάδα, αδιαμφισβήτητο κοινωνικό αγαθό κάθε ανθρώπου αποτελεί το δικαίωμα πρόσβασης σε δομές ιατρικής περίθαλψης. Σύμφωνα με το προεδρικό διάταγμα 95/2000 (Απόφαση ΕΕΔΑ) «Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία και την Πρόνοια, που περιλαμβάνει τα εξής:

- Την προαγωγή, την προστασία, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου.
- -Την ισότητα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας και πρόνοιας στο κοινωνικό σύνολο και ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.
- -Τη προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.»

Παράλληλα, στην Ελλάδα η υγεία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα, αφού το κράτος λαμβάνει και υλοποιεί τα απαραίτητα εκείνα μέτρα ώστε να διασφαλίσει την προάσπιση της απρόσκοπτης άσκησης του δικαιώματος αυτού από τους δικαιούχου (Δάτογλου, 1985). Εντούτοις, τα τελευταία χρόνια είναι όλο και πιο αισθητό το αίσθημα του κοινωνικού αποκλεισμού ορισμένων κοινωνικών και εθνικών ομάδων από την πρόσβαση στο πανανθρώπινο αυτό δικαίωμα. Σημαντικό ρόλο στην παθογένεια αυτή έχει διαδραματίσει το μεγάλο μεταναστευτικό και προσφυγικό κύμα που έχει πυροδοτήσει το κλίμα της γενικής αστάθειας που επικρατεί σε παγκόσμια κλίμακα

Παρακάτω θα αναλυθεί πως ορισμένες κοινωνικές ομάδες είναι θύματα περιθωριοποίησης στον τομέα της υγείας.

3.1.1. Μετανάστες

Οι ευρωπαϊκές χώρες γνώρισαν ισχυρά κύματα μετανάστευσης μετά τη Διεθνή χρηματοπιστωτική κρίση του 2007-2008, αλλά και μετά την Ευρωπαϊκή μεταναστευτική κρίση του 2015. Παρόλα αυτά, μετά τις κρίσεις του 2007-2008 και του 2015, η μέση άποψη των πολιτών των κρατών της Ε.Ε. για τους μετανάστες δεν ήταν αρνητική (Dennison&Geddes, 2020). Η Ελλάδα ωστόσο είχε γνωρίσει αυτά τα κύματα πολύ νωρίτερα.

Η οικονομική εξέλιξη και ανάκαμψη της Ελλάδας μετά τις αναταραχές που ακολούθησαν το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, δεν θα μπορούσε να ήταν εφικτή χωρίς την ουσιαστική συμβολή των μεγάλων μεταναστευτικών ρευμάτων που εγκαταστάθηκαν στη χώρα. Μεταναστευτικά ρεύματα συνεχίζουν και καταφτάνουν στην ηπειρωτική και νησιωτική Ελλάδα ακόμα και σήμερα, ωστόσο η αδυναμία εφαρμογής μιας ολοκληρωμένης μεταναστευτικής πολιτικής οδηγεί στην εκδήλωση δυσλειτουργιών σε πλήθος τομέων. Μάλιστα, οι μετανάστες αποτελούν μία από τις πιο χαρακτηριστικές ομάδες που κοινωνικού αποκλεισμού, όχι μόνο σε κοινωνικές δραστηριότητες από ορισμένους εκ των γηγενών, αλλά και από τα ίδια τα κράτη στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης. Η πρόσβαση των μεταναστών στο ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί βασική παράμετρο της ένταξής τους στην ελληνική κοινωνία, της διασφάλισης της δημόσιας υγείας και του σεβασμού του ανθρώπινου δικαιώματος στην αξιοπρέπεια και τη ζωή.

Είναι σημαντικό να λάβουμε υπόψιν το γεγονός ότι ο αποκλεισμός στο χώρο της υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τη «στέρηση» του ανθρώπινου δικαιώματος στην εργασία. Αν και μεγάλο ποσοστό των μεταναστών που βρίσκονται στην Ελλάδα εργάζονται, στην πραγματικότητα μόνο ένα μικρό ποσοστό πληρώνει φόρους, ή εισφορές σε κοινωνικό ταμείο. Προφανώς, πέρα από το μερίδιο της ατομικής ευθύνης, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε την πραγματικότητα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι εργαζόμενοι στην σύγχρονη Ελλάδα, πόσο μάλλον οι μετανάστες. Οντας ήδη περιθωριοποιημένοι λόγω στερεοτυπικών διακρίσεων αναγκάζονται – πολλές φορές- να επωμιστούν μορφές εργασίας με μειωμένα ένσημα ή με μηδενικά, αφού η αδήλωτη εργασία για οικονομικά οφέλη αποτελεί πραγματικότητα της εποχής. Παρ' όλα αυτά, μπορούν να χρησιμοποιήσουν την δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη που εξασφαλίζει το κράτος, εφόσον καταφέρουν να ξεπεράσουν κάποιες από τις δυσκολίες που θα αναφερθούν. Το γεγονός, όμως, ότι δεν λαμβάνει το κράτος εισφορές μέσω της δηλωμένης εργασίας, λειτουργεί επιβαρυντικά στο δημόσιο ταμείο, χωρίς πιθανότητα γεφύρωσης των οικονομικών χασμάτων.

Στην πραγματικότητα, όπως θα διερευνήσουμε αργότερα, η πρόσβαση τους σε δομές δημόσιες υγείας είναι ελλιπής συγκριτικά με τους γηγενείς. Πρόκειται για μία οξύμωρη πραγματικότητα, αφού ο παραγκωνισμός της ιατρικής τους περίθαλψης αποτελεί απειλή για το γενικότερο σύστημα υγείας της χώρας υποδοχής. Βασικά προβλήματα που συναντούν οι μετανάστες στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης είναι οι περιορισμένη πρόσβαση στις παροχές υγείας, καθώς και οι χαμηλής ποιότητας μέριμνα που συχνά λαμβάνουν. Επιπροσθέτως, η ηλικιακή ομάδα που εντάσσονται οι μετανάστες φαίνεται να επηρεάζει την δυνατότητα παροχής ιατρικής περίθαλψης, αφού οι υπερήλικες φαίνεται να είναι πιο αποκλεισμένοι συγκριτικά με νεότερους ηλικιακά μετανάστες. Λαμβάνοντας υπόψιν το κόστος της ιατρικής περίθαλψης στον Δυτικό κόσμο, εξίσου περιθωριοποιημένοι είναι μετανάστες με χαμηλό εισόδημα και

που αδυνατούν αν εξασφαλίσουν μια μορφή ασφάλειας υγείας. Κατ' επέκταση τόσο οι ίδιοι όσο και τα παιδιά τους δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, δυσκολία που δεν έχουν να αντιμετωπίσει οι γηγενείς πληθυσμοί. Επίσης, οι μετανάστες με λιγότερα χρόνια διαμονής στη χώρα υποδοχής.

Σε καμία περίπτωση δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε το γεγονός ότι στις σύγχρονες πολυπολιτισμικές κοινωνίες, εξίσου ανασταλτικά λειτουργεί και η αδυναμία επικοινωνίας μεταξύ γηγενών και μεταναστών, αλλά και οι πολιτιστικές και εθιμοτυπικές διαφορές διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό εμπόδιο. Δεν είναι λίγες οι φορές που μετανάστες αδυνατούν να εμπιστευτούν το ιατρικό προσωπικό της χώρας υποδοχής, που η ιατρική περίθαλψη αντιτίθεται στις θρησκευτικές αντιλήψεις ή που ίδια η άγνοια των ασθενών εμποδίζει την ουσιαστική ιατρική περίθαλψη. Παράλληλα, η αδυναμία της γλωσσικής επικοινωνίας, όπως είναι εύλογο, επιβραδύνει τη διαδικασία παροχής ιατρικής περίθαλψης, αφού είτε δια ζώσης είτε τηλεφωνικός ασθενής-ιατρικό προσωπικό δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσουν ουσιαστικά, ή ακόμα και μερικές φορές επιτυχημένα. Ωστόσο, πιο σημαντικά προβλήματα εμφανίζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας, που η αδυναμία επικοινωνείας καθιστά σχεδόν αδύνατη την ίαση του ασθενή.

Για τους παραπάνω λόγους κρίνεται ζωτικής σημασίας η συστηματική προσπάθεια ενσωμάτωσης στις χώρες υποδοχής, η ισότιμη αντιμετώπιση και πρωτίστως ο περιορισμός των διακρίσεων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Άλλωστε, η ιατρική περίθαλψη αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα του ανθρώπου. Πρόκειται για ένα ζήτημα που στο πυρήνα του αποτελεί ζήτημα ανθρωπιάς και αλληλεγγύης, που είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την ευμάρεια όχι μόνο των μεταναστών, αλλά και του γηγενούς πληθυσμού. Αρκεί να αναλογιστεί κανείς ότι η πιθανότητα μεταναστών να επισκέπτονται σε συστηματική βάση έναν ιατρό είναι σημαντικά μικρότερη σχετικά με την αντίστοιχη ενός γηγενή κατοίκου.

Όσον αφορά στην Ελλάδα, το κοινωνικό δικαίωμα της υγείας θεωρείται πανανθρώπινο. Όλοι οι πολίτες, γηγενείς και μη, βρίσκονται υπό την φροντίδα και μέριμνα του κράτους, το οποίο επιδιώκει την υλοποίηση όλων των απαραίτητων μέτρων, που κρίνει το ίδιο αναγκαίο για την προάσπιση του δικαιώματος της δημόσιας υγείας. Ωστόσο, υπάρχει μια σαφής διάκριση ανάμεσα στους ομογενείς και τους αλλογενείς.

Αναλυτικότερα οι αλλογενείς, που εισέρχονται στη χώρα για την παροχή ιατρικής περίθαλψης, οφείλουν να έχουν έγγραφη εγκριτική απόφαση από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, με σκοπό την κοινοποίησή του στο αρμόδιο νοσοκομείο. Απόφαση αποκλειστικά εκδομένη από το Υπουργείο υγείας, που προβλέπει την ύπαρξη μόνο ενός συνοδού. Όσον αφορά τους αλλογενείς μετανάστες, οφείλουν να έχουν ένα ιατρικό βιβλιário υγείας ενός ασφαλιστικού φορέα. Επομένως θεωρητικά, οι μετανάστες διαθέτουν τα ίδια δικαιώματα ιατρικής περίθαλψης με τους Έλληνες κατοίκους. Ωστόσο, οι γενικές μαρτυρίες υποστηρίζουν πως οι υπηρεσίες υγείας δεν καλύπτουν επαρκώς όλες τις ανάγκες τους. Βασικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν είναι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής στα δημόσια νοσοκομεία, την αδυναμία επικοινωνίας ή το υψηλό κόστος της περίθαλψης.

Ανασταλτικά παράλληλα λειτουργεί η γραφειοκρατία που χαρακτηρίζει την Ελλάδα, όχι μόνο στη διαδικασία εξασφάλισης των απαραίτητων εγγράφων τους, όσο και

στην απλή παροχή ιατρικής περίθαλψης. Πολλοί από τους μετανάστες αποθαρρύνονται από την ώρα που χρειάζεται για να ολοκληρωθεί η γραφειοκρατική διαδικασία, ενώ κατά γενική ομολογία δεν γνωρίζουν πλήρως τις ιατρικές παροχές που δικαιούνται. Δεν είναι λίγες οι φορές που αισθάνονται πως το ιατρικό προσωπικό δεν είναι ευαισθητοποιημένο ως προς τις σύνθετες ανάγκες τους, αλλά και πιθανές πολιτισμικές διαφορές, υπογραμμίζοντας την ανάγκη συνεχούς επιμόρφωσής του.

Αξίζει να σημειωθεί ότι μετανάστες που δεν έχουν τα απαραίτητα έγγραφα στερούνται το δικαίωμα της ιατρικής περίθαλψης, τοποθετώντας του σε ακόμα πιο ευάλωτη θέση. Μόνο σε περιπτώσεις που το ιατρικό σύστημα κρίνει επείγουσες ή όταν θέτεται σε κίνδυνο η ίδια τους η ζωή έχουν πρόσβαση στο βασικό δικαίωμα της ιατρικής περίθαλψης. Οι υπηρεσίες αυτές μάλιστα παύουν να υπάρχουν, όταν η κατάσταση του ασθενή σταθεροποιηθεί. Άλλωστε, σύμφωνα με τη νομοθεσία οι ανασφάλιστοι μετανάστες δεν δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, καθώς το υπουργείο Υγείας θεωρεί τους παράνομους μετανάστες ως ένα από τα μείζονα προβλήματα των δημόσιων νοσοκομείων (Κοσμίδης, 2010; Κυριόπουλος & Σουλιώτης, 2002). Πέρα από το γεγονός ότι η στάση αυτή μπορεί να θεωρηθεί όχι μόνο ρατσιστική, αλλά και εγκληματική αφού αγνοεί το γενικότερο σύνολο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ωθεί τους αλλοδαπούς να αποφεύγουν την νοσοκομειακή περίθαλψη, αφού σε περίπτωση που το περιστατικό δεν κριθεί κρίσιμο, οι υπάλληλοι του νοσοκομείου είναι υποχρεωμένοι να καλέσουν τις αρμόδιες αστυνομικές αρχές για τις περαιτέρω νόμιμες συνέπειες (Κατρούγκαλος, 2001). Ο φόβος αυτός αναγκάζει ακόμα και τους βαριά νοσούντες να αποφεύγουν να ζητήσουν ιατρική περίθαλψη.

Παράλληλα, βασικός παράγοντας αποκλεισμού των μεταναστών από την ιατρική περίθαλψη είναι ο ιδιωτικός χαρακτήρας των ασφαλειών υγείας, που συνεπάγεται με την ιδιωτική οικονομική δαπάνη (Louckx, 2002). Η πλειονότητα των μεταναστών είναι ανασφάλιστοι, ακόμα και όσους έχουν καταφέρει να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα έγγραφα. Βασικό αίτιο της στάσης αυτής διαδραματίζει το γεγονός ότι οι μετανάστες οφείλουν να πληρώνουν οι ίδιοι έως και το 50% της συνολικής αξίας (Ψημμένος, 2008), κάτι το οποίο είναι σχεδόν αδύνατο να υλοποιηθεί από την πλειονότητα των μεταναστών, οι οποίοι αδυνατούν να καταλάβουν μια θέση εργασίας. Σε περίπτωση που κάποιος αποφασίσουν αν επωμιστούν το κόστος της νοσηλείας, συχνά εξωθούνται σε υπέρογκα χρέη (Louckx, 2002), συμβάλλοντας στην περίφημη ιατρική παγίδα, ένας όρος που χρησιμοποιείται για να επισημανθεί η φτώχεια που προκύπτει από την ανάγκη ιατρικής περίθαλψης (medical poverty trap) (Evans, 2001). Παράλληλα, οι περισσότεροι μετανάστες ειδικά στην Ελλάδα αναλαμβάνουν χειρωνακτικές θέσεις εργασίας ή ασχολούνται με εργασίες που πληρώνονται με μεροκάματα – συχνά χωρίς να δηλώνονται ως εργαζόμενοι, άρα χωρίς να μπορούν να λάβουν αναρρωτικές άδειες- πραγματικότητα που τους ωθεί να προτιμήσουν να μην λάβουν την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη, που μπορεί να αποδειχθεί οικονομικά επιζήμια όπως προαναφέρθηκε, ώστε να μην στερηθούν το απαραίτητο αυτό εισόδημα. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με έρευνες που διεξήχθησαν (Ψημμένος, 2008; Γιωτοπούλου, 1998) δεν είναι λίγοι οι μετανάστες οι οποίοι δεν γνωρίζουν την γεωγραφική θέση των νοσοκομείων της περιοχής ή δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα για να φθάσουν στους αντίστοιχες εγκαταστάσεις.

Νωρίτερα αναφερθήκαμε στην πεποίθηση των μεταναστών ότι αντιμετωπίζονται διαφορετικά από το νοσοκομειακό προσωπικό για λόγους που σχετίζονται με τα ιδιαίτερα τους πολιτισμικά, κυρίως, χαρακτηριστικά. Μάλιστα, ένα από τα προβλήματα που σύμφωνα με τον Ψημμένο (2008) αντιμετωπίζουν ορισμένοι εκ των ασφαλισμένων μεταναστών είναι οι διακρίσεις που υφίστανται, ή ακόμα και το επικοινωνιακό πρόβλημα. Βασικό πρόβλημα, αποτελεί το βιβλιάριο υγείας, το οποίο θεωρείται βασική προϋπόθεση για την ιατρική περίθαλψη των νόμιμων αλλοδαπών στην χώρα μας. Εντούτοις, η γραφειοκρατία επιβραδύνει την απόκτηση αυτού, αφού σημειώνεται μεγάλη καθυστέρηση από την ημερομηνία κατάθεσης των δικαιολογητικών για την ανανέωση των αδειών εργασίας και παραμονής μέχρι την τελική του έκδοση, γεγονός που μπορεί να αποβεί μοιραία για άτομα που χρήζουν να λάβουν την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη (Μαράτου, Γκαζόν, 2005).

Χάρη στο άρθρο 24 της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού, τα συμβαλλόμενα κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα του παιδιού να λαμβάνει όσο το δυνατόν το καλύτερο επίπεδο υγείας και ιατρικής περίθαλψης. Μάλιστα, εν αντιθέσει με τους ενήλικες μετανάστες στην Ελλάδα, οι ανήλικοι μετανάστες δεν χρειάζεται να βρίσκονται σε μια κρίσιμη κατάσταση υγείας για να νοσηλευτούν. Ο νόμος αυτός προστατεύει κατ' επέκταση και τις κυοφορούσες μητέρες, αφού η υγεία του βρέφους είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την υγεία της μητέρας. Ευλόγως, συμπεραίνουμε ότι ο νόμος προφυλάσσει τη κυοφορούσα σε περιπτώσεις επιπλοκών και τοκετού, αφού από το γράμμα του νόμου δεν καλύπτεται ο προγεννητικός έλεγχος, που στις σύγχρονες κοινωνίες θεωρείται ζωτικής σημασίας όχι μόνο για την εξασφάλιση της υγείας του εμβρύου, αλλά και της ίδιας της μητέρας.

Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθεί η οξύμωρη πραγματικότητα, ότι σε περίπτωση που κάποιος αλλοδαπός χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας ως έκτακτο περιστατικό μπορεί να λάβει ιατρική περίθαλψη δωρεάν, ενώ ένας ασφαλισμένος γηγενής θα πρέπει να συμβάλει με 25% των εξόδων των φαρμάκων και 10% της νοσηλείας (Δημητριάδου, 2011). Η επιβάρυνση των γηγενών με τα έξοδα ιατρικής περίθαλψης των παράνομων μεταναστών οξύνει το χάσμα μεταξύ μεταναστών-γγενών, ενισχύοντας τις ρατσιστικές εκδηλώσεις στη χώρα μας.

Μια ιδιαίτερη υποκατηγορία μεταναστών που είναι κοινωνικά περιθωριοποιημένοι είναι αυτοί που αιτούνται άσυλο. Βασική τροχοπέδη για την ιατρική περίθαλψη της συγκεκριμένης μειονοτικής ομάδας είναι η ελλιπής, μερικές φορές σχεδόν ανύπαρκτη, ενημέρωση των κρατικών υπηρεσιών όσον αφορά στο νομικό πλαίσιο και τα δικαιώματα των αλλοδαπών (Lenore Maderson, 1997). Την πρόσβαση στο σύστημα υγείας δυσχεραίνουν παράγοντες όπως η γραφειοκρατία, οι μεγάλες λίστες αναμονής, οι ανεπαρκείς υποδομές, οι ελλείψεις εξειδικευμένου προσωπικού, τεχνολογίας και εξειδικευμένων δομών (π.χ. διερμηνέων, διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών, ενημερωτικών φυλλαδίων κ.ά.- Καψάλης, 2005 και Ψημμένος, 2008 και Καψάλης 2003α).

Αναλυτικότερα, οι αιτούντες άσυλο κατά την αλληλεπίδραση τους με το κράτος έχουν ορισμένα ανθρώπινα δικαιώματα τα οποία προστατεύονται συνταγματικά τόσο από την εγχώρια νομοθεσία, όσο και το διεθνές δίκαιο. Αντιθέτως, η αντιμετώπιση των άτυπων μεταναστών εξακολουθεί να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κρατική αντιμετώπιση. Στην Ελλάδα, οι άτυποι μετανάστες στοχοποιούνται με

αφορμή την οικονομική κρίση, ενώ η θέση τους συνεχώς επιδεινώνεται (Βλαχάδη, 2009).

Σημαντικό ρόλο, πέρα από τις πολιτισμικές και ιδιοσυγκρασιακές διαφορές ανάμεσα στο ιατρικό προσωπικό και τους μετανάστες, διαδραματίζει το φράγμα της γλωσσικής επικοινωνίας. Ο Mason (2001) επισημαίνει την απουσία διερμηνέων στα δημόσια νοσοκομεία που έχει ως αποτέλεσμα να μην διασφαλίζεται η απαραίτητη ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, οι εργαζόμενοι υγείας, όντας συνήθως γηγενείς, αδυνατούν να κατανοήσουν τις δυσκολίες που βιώνουν οι μετανάστες. Παρατηρείται, δηλαδή, απουσία ενσυναίσθησης από πλευράς του ιατρικού προσωπικού, αφού δεν έχουν βιώσει αντίστοιχες κακουχίες και γραφειοκρατικές δυσκολίες (Κούτα, Μίτλετον, 2012). Η διαφορά αυτή μπορεί να λάβει διάφορες μορφές διακρίσεων, όπως απουσία σεβασμού, διαφορετική αντιμετώπιση, λιγότερο ζήλο παροχής ιατρικής περίθαλψης (Μακαρώνης, 2011; Κούτα, Μίτλετον, 2012).

3.1.2. Ευπαθείς Ομάδες

Εξίσου σημαντική είναι η αναφορά στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο πρόσφατος νόμος (4019/2011) «για την Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα», στις Ευπαθείς Κοινωνικά Ομάδες ανήκουν «οι κοινωνικές ομάδες πληθυσμού, των οποίων η συμμετοχή στην κοινωνική και οικονομική ζωή δυσχεραίνεται, είτε εξαιτίας κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων ή σωματικών ή ψυχικών διαταραχών, είτε εξαιτίας απρόβλεπτων γεγονότων, τα οποία επηρεάζουν την εύρυθμη λειτουργία της τοπικής ή ευρύτερα περιφερειακής οικονομίας».

και τον αποκλεισμό που βιώνουν στο χώρο της υγείας. Στη συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα η βιβλιογραφία, διακρίνει τις διακρίσεις αυτές σε δύο βασικές κατηγορίες. Αρχικά, στην διαφοροποίηση στα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας, και δευτερευόντως στην αδυναμία πρόσβασης και αξιοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

Οι ανισότητες πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών οφείλονται σε πλήθος παραγόντων. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι δημογραφικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτισμικοί και δομικοί παράγοντες του συστήματος υγείας. Οι διαφοροποιήσεις αυτές είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με βαθύτερα κοινωνικά ζητούμενα και παθογένειες, που παραγκωνίζουν θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα, όπως οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, της αλληλεγγύης και της ισότητας. Εξίσου σημαντικός παράγοντας είναι η αδυναμία κοινωνικής ενσωμάτωσης που βιώνουν οι ευπαθείς ομάδες, που ξεπερνούν τα ατομικά χαρακτηριστικά.

Αν και όπως προαναφέρθηκε οι παράνομοι μετανάστες έχουν πρόσβαση, υπό την ομπρέλα του έκτακτου ιατρικού περιστατικού, σε δομές δημόσιας υγείας δεν είναι ίδια η πραγματικότητα για μια σημαντική μερίδα του γηγενούς πληθυσμού. Τις τελευταίες δεκαετίες ο Δυτικός κόσμος βιώνει τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης, με τους δείκτες ανεργίας να έχουν λάβει πρωτόγνωρες διαστάσεις. Η Ελλάδα αποτέλεσε βασικό παράδειγμα χώρας που βίωσε έντονα την κρίση αυτή, με λογικό επόμενο πλήθος ανθρώπων να αδυνατούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά σε πλήθος υποχρεώσεων. Ένα από τα προβλήματα που ωστόσο δεν όφειλαν να αντιμετωπίζουν σε ένα κράτος πρόνοιας, που προασπίζει το δικαίωμα της ιατρικής περίθαλψης, είναι η πρόσβασή τους στα δημόσια νοσοκομεία.

Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες αναγκάζουν τους ανασφάλιστους και τους μη έχοντας δυνατότητα πληρωμής των εξόδων νοσηλείας, ωθούν τους ασθενείς να αποδεχτούν μια διαδικασία που θα μετατρέψει το οφειλόμενο ποσό σε οφειλές στο δημόσιο. Αναλυτικότερα, κατά την είσοδο του στο νοσοκομείο προπληρώνει ένα ποσό με υπεύθυνη δήλωση που υπογραμμίζει την αδυναμία οικονομικής ανταπόκρισης στην καταβολή του απαραίτητου κομίστρου. Παράλληλα, δεσμεύεται την αποπληρωμή του με επαυξημένο τόσο στην υπηρεσία οικία Δημόσια Οικονομική Υπηρεσία ΔΥΟ (Παπαθεοδώρου, 2011). Ο ίδιος νόμος χωρίζει τις ευπαθείς ομάδες σε δυο βασικές κατηγορίες:

- Στις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, τις ομάδες δηλαδή που η ένταξη τους καλύπτεται στην κοινωνική και οικονομική ζωή, δυσχεραίνεται από σωματικά και ψυχικά αίτια (άτομα με αναπηρίες, προβλήματα στη ψυχική υγεία, νοητική στέρηση, εξαρτημένα ή μη άτομα από ουσίες)
- Στις ειδικές ομάδες πληθυσμού, τις ομάδες δηλαδή που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση ως προς την ομαλή ένταξη τους σε πλήθος κοινωνικών δραστηριοτήτων, όπως είναι η αγορά εργασίας, δομές εκπαίδευσης και υγείας, εξαιτίας οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών αιτιών. Κατά κόρον στις ομάδες εντάσσονται ομάδες που υφίστανται διακρίσεις όπως είναι οι άνεργοι άνω των 50 ετών, οι γυναίκες άνεργες, αναλφάβητοι, κάτοικοι απομακρυσμένων περιοχών, πρώην τρόφιμοι φυλακών κ.λπ.

Στην πραγματικότητα, πλήθος ανασφάλιστων ανθρώπων αποφεύγουν να συμμετάσχουν στην προαναφερθείσα διαδικασία, γεγονός που συμβάλλει στην επιδείνωση της υγείας τους, αφού η εναλλακτική επιλογή είναι η επιβάρυνση των οικείων ατόμων τους με ένα ακόμα χρέος. Ωστόσο, το δικαίωμα στην δωρεάν ιατρική περίθαλψη για παράνομους μετανάστες πρόκειται για ελληνική πρωτοβουλία, ενώ το γεγονός ότι η Ελλάδα βρίσκεται εδώ και δεκαετίες στα πρόθυρα οικονομικής κατάρρευσης καθιστά το γεγονός αυτό ακόμα πιο οξύμωρο (Δημητρίου, 2011). Αφού η πρόσβαση σε νοσοκομειακές εγκαταστάσεις αποτελεί μια μικρογραφία της κοινωνικής οργάνωσης, εύκολα δύναται να αντιληφθεί κανείς ότι πρόκειται για μια μορφή κοινωνικού αποκλεισμού, λόγω του περιορισμού πρόσβασης σε ισότιμες ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Ο κοινωνικός αποκλεισμός αυτός, ευλόγως τείνει να οδηγήσει το άτομο στην όξυνση του προβλήματος υγείας, επιτείνοντας ακόμα περισσότερο τον κοινωνικό αποκλεισμό (Καψάλης, 2003).

Άλλωστε η υγεία ενός ατόμου είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις γενικότερες συνθήκες – κοινωνικές και μη που βιώνει-. Αρκεί να αναλογιστεί κανείς, ότι οι δυσχερείς καιρικές συνθήκες τις οποίες βιώνουν μετανάστες, που ζουν σε πρόχειρα καταλύματα, λειτουργούν επιβαρυντικά στα προϋπάρχοντα θέματα υγείας, ενώ εγκυμονεί ο κίνδυνος να προκύψουν νέα προβλήματα υγείας. Αν και δεν είναι σε θέση κανείς να εντοπίσει τον ακριβή λόγο, που προκύπτει το παραπάνω πρόβλημα, δηλαδή της κοινωνικής ανισότητας που βιώνουν μετανάστες αλλά και γηγενείς χαμηλότερης οικονομικής θέσης, ένα από τα βασικά αίτια είναι σίγουρα το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης σύμφωνα με την Hynes (2011). Στο πλαίσιο της παγκοσμιοποίησης και της ευ μεταβλητότητας που χαρακτηρίζει τον 21^ο αιώνα τόσο σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, κοινωνικές παθογένειες που θα έπρεπε να έχουν επιλυθεί οξύνονται. Τα ποσοστά μακροχρόνιας ανεργίας έχουν αυξηθεί με πρωτόγνωρους ρυθμούς, γεγονός που συνδέεται με τον αντίκτυπο της βιομηχανικής

επανάστασης που ενθάρρυνε την ανάδυση μη ειδικευμένων εργατών, γεγονός που στην εποχή της υπερ-εξειδίκευσης λειτουργεί επιβαρυντικά στο άτομο. Παράλληλα, η ριζική αλλαγή του μοντέλου της οικογένειας και η έλλειψη στήριξης από συγγενικά πρόσωπα, καθιστά την πρόσβαση σε ιδιωτικές ή «δημόσιες» δομές υγείας της Ελλάδας καθίσταται, όπως προαναφέρθηκε, σχεδόν αδύνατη (Τσίακαλος, 1998).

3.1.3. Ρομά

Στον ευρωπαϊκό χώρο ξεκίνησαν να προσεγγίζουν τους Ρομά κατόπιν της δημιουργίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και κυρίως επικεντρώθηκε η έρευνα σε αυτούς του ανατολικού μπλοκ, όπου εντοπίζεται η πλειονότητα του πληθυσμού τους (Ortonetal, 2019). Τα τελευταία χρόνια, αρκετοί ευρωπαϊκοί και διεθνείς οργανισμοί, καθώς και μη κυβερνητικοί φορείς, έχουν επικεντρωθεί στην περιθωριοποίηση που υφίσταται ο πληθυσμός των Ρομά. Βασικό μέλημά τους είναι η αντιμετώπιση των ανισοτήτων που έχουν να αντιμετωπίσουν οι περισσότεροι Ρομά σε τέσσερις βασικούς πυλώνες: τη στέγαση, την υγεία, την εκπαίδευση αλλά και την επαγγελματική τους απασχόληση (Slepickovaetal, 2020).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2009 «Υγεία και κοινότητα Ρομά: ανάλυση της κατάστασης στην Ευρώπη» από τον μη κερδοσκοπικό οργανισμό Fundaçión Secretaria do Gitano διαπιστώθηκε ότι: το 17.2% του ερευνητικού δείγματος της Ελλάδας χρειάστηκε ιατρική βοήθεια αλλά δεν την έλαβε. Το 60% του συγκεκριμένου δείγματος θεωρεί ότι οι λόγοι ήταν οικονομικοί. Το 2018 ο FRA (EUMIDIS II) αναφέρει ότι το 80% των Ελλήνων Ρομά ζει κάτω από τα όρια της φτώχειας, γεγονός που επηρεάζει και την υγεία της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας και την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες της. Μια κοινωνική ομάδα που επίσης παρουσιάζει δυσκολίες στην πρόσβασή της στις Υπηρεσίες Υγείας, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και γενικότερα στην Ευρώπη είναι οι Ρομά. Κατά κύριο λόγο αντιμετωπίζουν φραγμούς, κυρίως επειδή είναι ανασφάλιστοι και γεωγραφικά περιθωριοποιημένοι. Παράλληλα, καίριο ρόλο διαδραματίζει η ελλιπής πληροφόρηση, αλλά και οι γλωσσικοί και επικοινωνιακοί φραγμοί και ο ρατσισμός (European Roma Rights Centre, 2006) (Council of Europe and EUMC, 2003). Οι υγειονομικές ανισότητες που βιώνουν οι Ρομά που είναι μόνιμα εγκαταστημένοι στην Ευρώπη αποτελούν μια διαρκή και επίμονη πρόκληση για την παροχή των Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (Μαλαβάζος Θεοδόσιος, 2021). Σε έρευνα το 2019 από τον οργανισμό Roma Civil Monitor παρατηρήθηκε ότι η ευρωστία των Ελλήνων Ρομά επηρεάζεται από τις οικονομικές συνθήκες. Οι Έλληνες Ρομά κατηγοριοποιούνται στις ασθενέστερες τάξεις της ελληνικής κοινωνίας με αποτέλεσμα η παρεχόμενη φροντίδα υγείας να είναι υποδεέστερη του μέσου όρου του γενικού πληθυσμού στην Ευρώπη (Roma Civil Monitor, 2019).

Η διαθέσιμη βιβλιογραφία καταλήγει στο συμπέρασμα ότι καθοριστικός ρόλο στην κατάσταση υγείας των εθνικών μειονοτήτων διαδραματίζει η χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάστασή τους (Reijneveld, 2010). Πράγματι, πληθυσμοί όπως οι Ρομά που συχνά μετακινούνται σαν πληθυσμιακές ομάδες έχουν χαμηλό επίπεδο υγείας και χειρότερες συνθήκες ζωής εν συγκρίσει με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Παράλληλα, σημαντικό ρόλο στην υγεία ενός ατόμου διαδραματίζει η αυτοεκτίμησή τους. Σύμφωνα με τους Masseriaetal (2010) οι ανισότητες στον τομέα της υγείας οφείλονται στις γενικευμένες προκαταλήψεις μιας μερίδας του πληθυσμού για τους Ρομά καθιστώντας πιο δύσκολη την πρόσβασή τους στα εγχώρια νοσοκομειακά ιδρύματα, αφού από ψυχολογικής άποψης, ένα άτομο το οποίο αντιμετωπίζεται με πλήθος αρνητικών προκαταλήψεων προσεγγίζει με μεγαλύτερη επιφύλαξη τις κρατικές υπηρεσίες υγείας, Στην περίπτωση των Ρομά, πολλοί δεν επισκέπτονται τις δημόσιες δομές υγείας, για να αποφύγουν την αρνητική

αντιμετώπιση από το ιατρικό προσωπικό, γεγονός που εντείνει τον κοινωνικό αποκλεισμό από τον χώρο της υγείας.

Σύμφωνα με τη διαθέσιμη βιβλιογραφία (Reijneveld, 2010) ένας σημαντικός παράγοντας της κατά μέσου όρου χειρότερης υγείας των αλλοδαπών αποτελεί η χαμηλή τους κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ιδίως για τον αντρικό πληθυσμό των Ρομά. Βάσει της έρευνας των Rosicova et al (2016), η ανδρική θνησιμότητα – που είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με την αντίστοιχη των γυναικών- οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην χαμηλή αυτοεκτίμηση που συνδέεται με την δυσχερή τους οικονομική κατάσταση. Οι Ρομά που αδυνατούν να προσφέρουν τα απαραίτητα υλικά και μη εφόδια στις οικογένειές τους, παρουσιάζουν μειωμένα ποσοστά αυτοεκτίμησης, καθώς η εικόνα τους τόσο εντός και εκτός κοινότητας είναι για τους ίδιους αρνητικά χρωματισμένη.

Συμπερασματικά τα πιο βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πληθυσμοί των Ρομά δεν περιορίζονται μόνο στην πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη. Τόσο ο αποκλεισμός λόγω της απουσίας απαραίτητων επίσημων υγειονομικών εγγράφων, όσο και η γεωγραφική τους απομόνωση συμβάλλουν στον κοινωνικό τους αποκλεισμό. Επιπροσθέτως, τα βασικά τους ανθρώπινα δικαιώματα παραβιάζονται αφού έχει παρατηρηθεί πως το ιατρικό προσωπικό τους αντιμετωπίζει ως υποδεέστερες οντότητες, παραβιάζοντας το θεμελιώδες δικαίωμα παροχής ιατρικής περίθαλψης, όπως έχουν καθοριστεί από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Δικαιωμάτων των Ρομά (Földesetal, 2012).

Ένας παράγοντας που έχει θεωρηθεί από τους Fonesca et al (2020) ότι διαδραματίζει καθοριστικό παράγοντα στον κοινωνικό αποκλεισμό από την πλευρά των Ρομά είναι η κουλτούρα της εκπαίδευσής τους. Αναλυτικότερα, έχει σημειωθεί ότι άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο τείνουν να έχουν χειρότερες αλληλεπιδράσεις με τους ειδικούς στον χώρο της υγείας. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στις προκαταλήψεις και αναχρονιστικές πεποιθήσεις που διακινούνται, ειδικά σε κοινωνικές ομάδες που είναι στο σύνολο περιθωριοποιημένες. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι οι γυναίκες Ρομά, ειδικά για γυναικολογικής φύσεως θέματα, αποφεύγουν να εξετασθούν από κάποιον άντρα ιατρό, καθώς πηγαίνει ενάντια στις πολιτισμικές τους πεποιθήσεις, επιβαρύνοντας το οποιοδήποτε θέμα υγείας παρουσιάζουν. Η μη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας, ελλοχεύει πλήθος κινδύνων με πιο βασικούς την εξάπλωση μιας πιθανής ίωσης στο σύνολο του πληθυσμού, καθώς και την επιδείνωση των συμπτωμάτων της υγείας τους. Παράλληλα, η γενική μόρφωση όσον αφορά θέματα υγείας συμβάλλει, ώστε ο πληθυσμός να είναι πιο θετικός στο να δεχτεί την απαραίτητη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, καθώς η επιστήμη έχει παύσει να δαιμονοποιείται.

Η ελλιπής αυτή μόρφωση συμβάλλει στην εκδήλωση μεγάλων ποσοστών θνησιμότητας στους Ρομά, κυρίως βρεφικής, αλλά και τον αυξημένο επιπολασμό μεταδοτικών και χρόνιων ασθενειών, που σε ορισμένες περιπτώσεις δεν ταλανίζουν το γενικότερο κοινωνικό σύνολο ακόμα και αν υπάρχουν ομοιότητες στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση τους, άρα και κατ' επέκταση αντίστοιχες ευκαιρίες πρόσβασης σε δομές ιατρικής περίθαλψης. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει ότι οι Ρομά στην Ευρώπη είναι «ευάλωτοι στην κακή υγεία» (WHO, 2012). Ενώ το προσδόκιμο επιβίωσης στον γενικό πληθυσμό της Ευρώπης έχει

αυξηθεί από το 1990 ως σήμερα κατά 6 έτη, για τους Ρομά είναι ακόμα σε χαμηλά επίπεδα (OECD, 2016). Οι Ρομά έχουν προσδόκιμο ζωής 15- 20 χρόνια λιγότερα από τον εθνικό μέσο όρο (Holt., 2005; Ringold., 2005; Simko., 2010). Τα στοιχεία του ΟΗΕ δείχνουν ότι το 1/3 του πληθυσμού των Ρομά ηλικίας μεταξύ 35 ως 54 ετών αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας που περιορίζουν τις καθημερινές δραστηριότητές τους (McGarryetal, 2019).

Ωστόσο, για την ουσιαστική επίλυση του παραπάνω προβλήματος χρειάζεται περισσότερη μελέτη, ώστε να οργανωθούν όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα οι κρατικές υγειονομικές παρεμβάσεις. Μάλιστα, το γενικότερο χαμηλό υγειονομικό επίπεδο των Ρομά είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με κοινωνικά προσδιορισμένους παράγοντες, αλλά και τις ίδιες τους τις αντιλήψεις (Foldes&Covaci, 2011). Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι οι Ρομά βιώνουν συγκεκριμένες υγειονομικές ανισότητες, οι οποίες δεν είναι εφικτό να προσεγγισθούν βάσει μόνο των κοινωνικών και των οικονομικών αιτιών (Masseria, Mladovsky&HernándezQuevedo, 2010).

3.1.4. Χρήστες Ναρκωτικών Ουσιών

Μια ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα που συγκαταλέγεται στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, που υφίστανται κοινωνικό αποκλεισμό είναι οι χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών και κυρίως ναρκωτικών ουσιών. Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι άλλωστε το αποτέλεσμα της σχέσης των ατόμων και ομάδων που αποκλείουν, αλλά και αποκλείονται αποβλέποντας στην υπεράσπιση οποιασδήποτε μορφής συμφερόντων. Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού από μόνη της βασίζεται στη διάσπαση, αφού απομονώνει άτομα και ομάδες.

Στην περίπτωση των ναρκωτικών ουσιών οι χρήστες περιθωριοποιούνται, με αποτέλεσμα να απομακρύνονται από τα όρια της κοινωνικής ομάδας, γεγονός που συμβάλλει στην εκδήλωση φαινομένων ανομίας και παραβατικότητας, αντιθέτως με τα κοινωνικά ενταγμένα μέλη της κοινωνίας τα οποία συνεχίζουν να εξελίσσονται ομαλά στο πλαίσιο της ομάδας. Ο Barthes (1973) υποστηρίζει ότι το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού ενός τοξικομανή, αποτελεί τη συνιστώσα μιας προκατασκευασμένης κοινωνικής εικόνας, που αποτελεί προϊόν ιδεολογικής διαμάχης των διάφορων ομάδων που προσπαθούν να επιβάλουν τις δικές τους προβολές επάνω στις υπόλοιπες. Πρόκειται, δηλαδή, για μια φορτισμένη εικόνα και όχι για μια ορθολογικά διαμορφωμένη διάκριση, κατασκευασμένη από τις ισχυρότερες κοινωνικές ομάδες, που στην προσπάθειά τους να επιβληθούν στις πιο αδύναμες, καταφεύγουν στην δημιουργία στερεοτύπων με σκοπό να τους επιβληθούν με μεγαλύτερη επιτυχία.

Η διαμόρφωση των στερεοτύπων και των εικόνων έχει άμεση σχέση με τα όργανα που τα αναπαράγουν με σκοπό τη συντήρησή τους και την προώθησή τους στις μάζες. Καθοριστικό παράγοντα σε αυτό διαδραματίζει ο τύπος, ειδικά στον ελλαδικό χώρο που αποτελεί χώρο προπαρασκευής κοινωνικών στερεοτύπων. Ήδη από την δεκαετία του 1980 στην Ελλάδα ο τύπος έσπευσε να διαμορφώσει μία εικόνα που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Η εικόνα του τοξικομανή αποτελεί το αποτέλεσμα της επιβολής ισχύος από την κοινωνική ομάδα επιβολής σε αυτή της προβαλλόμενης. Στην ουσία αποτελεί την επιβολή ισχύος από την ομάδα διαμόρφωσης του στερεοτύπου προς την αδύναμη ομάδα που υφίσταται τον οποιονδήποτε χαρακτηρισμό. Ο τύπος παραπληροφορεί δημιουργώντας μία εικόνα αρνητική και ουδέποτε ουδέτερη.

Η εικόνα του τοξικομανούς αποτελεί όπλο στον πόλεμο των κοινωνικών ομάδων. Για παράδειγμα οι πρώτοι που θα κατηγορηθούν για την έκρηξη της αύξησης των τοξικομανών είναι οι βασικοί φορείς κοινωνικοποίησης, όπως η οικογένεια και το σχολείο. Οι συγκεκριμένες ομάδες μπαίνουν στο παιχνίδι κοινωνικού διαλόγου ορίζοντας η κάθε μία το ζωτικό χώρο για τον οποίο ευθύνεται. Όσες περισσότερες ομάδες εντάσσονται σε αυτό τον διάλογο τόσο περισσότερες απόψεις ακούγονται για την τοξικομανία και τους τοξικομανείς δημιουργώντας μία κατάσταση σύγχυσης και πανικού.

Ορισμένα εκ των βασικών στερεότυπων που προάγονται από τον τύπο για τους χρήστες των τοξικομανών σκοπεύουν στην καλλιέργεια του τρόμου στο γενικότερο πληθυσμό. Η τηλεοπτική προπαγάνδα μπορεί να διακριθεί σε τρεις βασικές κατηγορίες. Η πρώτη βασική κατηγορία είναι αυτή της παραπληροφόρησης ή της γενίκευσης ορισμένων φαινομένων. Αναλυτικότερα, οι ναρκομανείς κατηγοριοποιούνται στην ομάδα των εγκληματιών και προσεγγίζονται από το ευρύτερο σύνολο ως επικίνδυνος για την κοινωνική ευρυθμία. Παράλληλα, στιγματίζονται με την κατηγορία ότι έχουν AIDS, που αν και προφανώς ανήκουν στις ομάδες υψηλότερου ρίσκου δεν αποτελούν τη μοναδική ομάδα. Μέσω της παραπληροφόρησης αυτής δημιουργείται από τον Τύπο η εικόνα μιας κοινωνικής ομάδας που είναι όχι επικίνδυνη, αλλά και αδύνατον να θεραπευτεί. Σε δεύτερο επίπεδο ο Τύπος επιδιώκει να δημιουργήσει την εικόνα ότι οι ναρκομανείς είναι μια δύσμοιρη κοινωνική ομάδα που πάσχουν από κάποια μορφή ψυχικής ασθένειας και πρέπει να αντιμετωπίζονται ως άτομα με ειδικές ανάγκες. Τέλος το 3^ο επίπεδο προσέγγισης των ναρκομανών είναι αυτό της επίθεσης. Πιο συγκεκριμένα, οι τοξικομανείς θεωρούνται ως άξιοι της μοίρας τους και αποτέλεσμα ελαττωματικών οικογενειακών δομών που «απέτυχαν» στην ανατροφή ομαλών μελών της κοινωνία, εξού και οφείλουμε εμείς να μεριμνήσουμε για την μέριμνα των δικών μας παιδιών.

Αν και ο ίδιος ο τοξικομανής είναι ο πρώτος που έχει καταδικάσει τον εαυτό του μέσα από την χρήση των ουσιών, το περιβάλλον του και η κοινωνία εδραιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. Από τη στιγμή που ο τοξικομανής βγαίνει στο περιθώριο δεν έχει και τη δυνατότητα να υπερασπιστεί τον εαυτό του. Ο λόγος που αρθρώνεται είναι σπασμωδικός και φορτισμένος αρνητικά από την ταυτότητα του ομιλητή καθιστώντας τον ανυπόστατο. Γι' αυτό το λόγο το λεγόμενο «κοινωνικό κράτος» οφείλει να λάβει δράση και να διαφυλάξει την ταυτότητα και την αξιοπρέπεια των τοξικομανών. Τα δικαιώματά τους θα πρέπει να καθίστανται σεβαστά από το σύνολο της κοινωνίας. Όταν το κράτος σέβεται την ιδιαίτερη αυτή ομάδα είναι δεδομένο ότι και οι πολίτες του θα πράξουν ανάλογα.

Βασικό πρόβλημα που αντιμετώπιζε η πλειονότητα των τοξικομανών όσον αφορά στην πρόσβαση σε δομές υγείας είναι το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Αναλυτικότερα, μέχρι το 2011 η υπάρχουσα νομοθεσία έθετε σε κίνδυνο τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών να φυλακιστούν έως και ένα χρόνο σε περίπτωση που είχαν δοσολογία που δεν ξεπερνούσε το όριο που είχε θέσει η πολιτεία ως το όριο που είναι αποδεκτό για την προσωπική χρήση του ατόμου. Η διαπίστωση αυτή θα γινόταν λαμβάνοντας υπόψιν το είδος της ναρκωτικής ουσίας, της ποσότητας και της καθαριότητας της τοξικής ουσίας. Ο κίνδυνος αυτός πολλές φορές λειτουργούσε ως ανασταλτικός παράγοντας στην πιθανή απόπειρα τοξικομανών να απευθυνθούν σε κρατικούς φορείς της υγείας, λόγω του φόβου των

ποινικών διώξεων. Ωστόσο, με το προσχέδιο του Νέου Κώδικα για τα Ναρκωτικά η κατάσταση αυτή φαίνεται να αλλάζει, αφού πλέον σε περίπτωση που κάποιος χρήστης διαπιστωθεί ότι χρησιμοποιεί περιστασιακά ναρκωτικές ουσίες δεν κινδυνεύει πλέον με φυλάκιση. Η αποποινικοποίηση της κατοχής και προσωπικής χρήσης ναρκωτικών ουσιών, λειτουργεί ως ορόσημο στη μάχη ενάντια των ναρκωτικών, αφού ενθαρρύνει τους χρήστες -αφού πλέον δίνει δικαίωμα και στους φυλακισμένους- να ενταχθούν σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης.

Μολονότι μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1990 τα προγράμματα απεξάρτησης θέτανε ως βασική προϋπόθεση την εσωτερική διαμονή για τουλάχιστον ένας έτος, από τις αρχές του 21ου αιώνα η συνθήκη αυτή άλλαξε, με την οργάνωση προγραμμάτων που δίνουν τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να επιστρέφουν στις εστίες του για να διανυκτερεύσουν. Η τάση για δημιουργία όλο και πιο φιλικών συνθηκών για την έναρξη της διαδικασίας της αποτοξίνωσης, όλο και περισσότεροι άνθρωποι παρατηρείται ότι προθυμοποιούνται να ξεκινήσουν τον δύσκολο αυτόν αγώνα απαλλαγής από τον εθισμό τους στα ναρκωτικά. Πρόκειται άλλωστε για αδήριτο γεγονός ότι το Εθνικό Σχέδιο Δράσης έχει συνδράμει στην ουσιαστική και αποτελεσματική αντιμετώπιση της πρόκλησης για πάταξη της χρήσης και διακίνησης ναρκωτικών ουσιών. Μάλιστα, κατά τη δημοσίευση του 2008 ως βασικός στόχος τίθεται η ομαλή επανένταξη του χρήστη στις κοινωνικές δομές, γεγονός που δείχνει ότι η πολιτεία φαίνεται να εναντιώνεται στις πολιτικές του Τύπου δαιμονοποίησης των τοξικομανών.

3.1.5. Παιδιά

Τα περιθωριοποιημένα παιδιά συχνά αντιμετωπίζουν σημαντικές διαφορές στην πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, η οποία μπορεί να έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία τους. Βασικός παράγοντας περιθωριοποίησης των παιδιών ακόμα και από το σύστημα υγείας αποτελεί η φτώχεια αφού αποτελεί βασικό παράγοντα αποκλεισμού από διάφορα προνόμια όσον αφορά στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Κατ' αρχάς, τα περιθωριοποιημένα παιδιά ζουν συχνά στη φτώχεια και δεν έχουν πρόσβαση σε οικονομικά προσιτές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Μπορεί να μην έχουν πρόσβαση σε ασφάλιση υγείας ή να αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση στην περίθαλψη, όπως μεγάλους χρόνους αναμονής ή έλλειψη μεταφοράς.

Οξύμωρο είναι το γεγονός ότι ακόμα και όταν τα περιθωριοποιημένα παιδιά έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να λάβουν κατώτερη φροντίδα λόγω περιορισμένων πόρων και έλλειψης εκπαιδευμένων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στις κοινότητές τους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες διαγνώσεις, χαμένες ευκαιρίες για προληπτική φροντίδα και υψηλότερο κίνδυνο επιπλοκών στην υγεία. Δεν γίνεται επίσης να παραλείψουμε το στίγμα και διακρίσεις που μπορούν να βιώσουν, όταν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα εάν προέρχονται από μειονοτικές φυλετικές ή εθνοτικές ομάδες, έχουν αναπηρίες ή ανήκουν στην κοινότητα LGBTQ+. Αυτό μπορεί να τους αποθαρρύνει από το να αναζητήσουν φροντίδα και να οδηγήσει σε περαιτέρω προβλήματα υγείας.

Σημαντικό πρόβλημα που επίσης αντιμετωπίζουν τα περιθωριοποιημένα παιδιά είναι ότι είναι πιο πιθανό να βιώσουν τραύματα και ανεπιθύμητα συμβάντα στη ζωή, τα

οποία μπορεί να οδηγήσουν σε προβλήματα ψυχικής υγείας. Ωστόσο, μπορεί να αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως το στίγμα, η έλλειψη διαθεσιμότητας υπηρεσιών και η έλλειψη εκπαιδευμένων παρόχων.

Επιπροσθέτως, τα περιθωριοποιημένα παιδιά είναι πιο πιθανό να βιώσουν επισιτιστική ανασφάλεια και να μην έχουν πρόσβαση σε θρεπτικά τρόφιμα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υποσιτισμό και άλλα προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας, που μπορεί να έχουν μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία τους.

Συμπερασματικά, τα περιθωριοποιημένα παιδιά αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις όσον αφορά την πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, η οποία μπορεί να έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία τους. Η αντιμετώπιση αυτών των ανισοτήτων και η διασφάλιση ότι τα περιθωριοποιημένα παιδιά έχουν πρόσβαση στη φροντίδα που χρειάζονται είναι κρίσιμης σημασίας για την προώθηση της ισότητας στην υγεία και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας για όλα τα παιδιά.

3.1.6. Γυναίκες

Οι περιθωριοποιημένες γυναίκες αντιμετωπίζονται συχνά διαφορετικά στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη. Αυτοί οι φραγμοί μπορεί να περιλαμβάνουν περιορισμένους οικονομικούς πόρους, έλλειψη πρόσβασης σε εγκαταστάσεις και υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, διακρίσεις και στίγμα, καθώς και γλωσσικούς και πολιτισμικούς φραγμούς.

Για παράδειγμα, σε πολλές χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, οι περιθωριοποιημένες γυναίκες μπορεί να μην έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας και μπορεί να αντιμετωπίζουν πολιτιστικές συμπεριφορές και πρακτικές που τις εμποδίζουν να αναζητήσουν υγειονομική περίθαλψη. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να μην είναι σε θέση να αντέξουν οικονομικά το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης ή μπορεί να μην έχουν το χρόνο ή τους πόρους για να ταξιδέψουν σε μια μονάδα υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπλέον, οι περιθωριοποιημένες γυναίκες ενδέχεται να αντιμετωπίσουν διακρίσεις και στίγμα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης λόγω του φύλου, της φυλής, της εθνικότητας, της σεξουαλικότητας, της θρησκείας ή της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκή ή ακατάλληλη φροντίδα ή να τους εμποδίσει να αναζητήσουν καθόλου φροντίδα.

Είναι σημαντικό τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης να είναι χωρίς αποκλεισμούς και δίκαια και να αντιμετωπίζουν τις ειδικές ανάγκες των περιθωριοποιημένων γυναικών. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή πολιτιστικά ευαίσθητης και κατάλληλης για τη γλώσσα φροντίδας, την αντιμετώπιση πολιτιστικών στάσεων και πρακτικών που μπορεί να εμποδίσουν τις γυναίκες να έχουν πρόσβαση στην περίθαλψη και την εφαρμογή πολιτικών και προγραμμάτων που αντιμετωπίζουν τα οικονομικά εμπόδια που ενδέχεται να εμποδίσουν τις περιθωριοποιημένες γυναίκες να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.

Οι περιθωριοποιημένες γυναίκες στην Ελλάδα ενδέχεται να αντιμετωπίσουν μια σειρά από προκλήσεις και εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, όπως:

1. Έλλειψη πρόσβασης σε περίθαλψη: Ορισμένες περιθωριοποιημένες γυναίκες στην Ελλάδα, όπως αυτές που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, ενδέχεται να μην έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης λόγω οικονομικών περιορισμών ή έλλειψης διαθέσιμων εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης στις κοινότητές τους.
2. Γλωσσικοί και πολιτισμικοί φραγμοί: Οι γυναίκες που είναι μετανάστες, πρόσφυγες ή μέλη εθνοτικών μειονοτήτων ενδέχεται να αντιμετωπίσουν γλωσσικά και πολιτισμικά εμπόδια που τους δυσκολεύουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και την κατανόηση των αναγκών υγείας τους.
3. Έλλειψη πολιτιστικά ευαίσθητης φροντίδας: Οι περιθωριοποιημένες γυναίκες μπορεί να αντιμετωπίσουν διακρίσεις ή παραμέληση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης λόγω του φύλου, της φυλής, της εθνικότητας, του σεξουαλικού τους προσανατολισμού ή άλλων παραγόντων. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκή ή ακατάλληλη φροντίδα και να τους εμποδίσει να αναζητήσουν φροντίδα όταν τη χρειάζονται.
4. Προκλήσεις αναπαραγωγικής υγείας: Οι γυναίκες που βρίσκονται στο περιθώριο μπορεί να αντιμετωπίσουν προκλήσεις όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αντισύλληψης, της προγεννητικής φροντίδας και της ασφαλούς άμβλωσης. Μπορεί επίσης να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για ακούσια εγκυμοσύνη και σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις λόγω της περιορισμένης πρόσβασης σε εκπαίδευση και υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας.
5. Θέματα ψυχικής υγείας: Οι γυναίκες που είναι περιθωριοποιημένες μπορεί να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για προβλήματα ψυχικής υγείας λόγω εμπειριών φτώχειας, διακρίσεων, βίας και άλλων μορφών περιθωριοποίησης. Μπορεί να αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως η έλλειψη διαθέσιμων υπηρεσιών, η έλλειψη γνώσης σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και το στίγμα που σχετίζεται με την αναζήτηση φροντίδας ψυχικής υγείας.

Είναι σημαντικό για το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης να υιοθετήσει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για την αντιμετώπιση των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των περιθωριοποιημένων γυναικών, συμπεριλαμβανομένης της παροχής προσβάσιμης και πολιτισμικά ευαίσθητης περίθαλψης, της προώθησης της ισότητας των φύλων και της πολιτισμικής ευαισθησίας μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και της βελτίωσης της πρόσβασης σε πληροφορίες και υπηρεσίες υγείας. Η αντιμετώπιση των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των περιθωριοποιημένων γυναικών μπορεί να βελτιώσει τη συνολική υγεία και ευημερία τους και να συμβάλει στη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα.

Συνολικά, η διασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για τις περιθωριοποιημένες γυναίκες είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας τους και για την προώθηση της ισότητας και της ένταξης στην κοινωνία.

3.1.7. Άστεγοι

Η έλλειψη στέγης και η περιθωριοποίηση συχνά διασταυρώνονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με τα άτομα που είναι άστεγα και περιθωριοποιημένα να αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση σε επαρκή περίθαλψη. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά προβλημάτων υγείας και σε μειωμένη ποιότητα ζωής.

Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα άστεγα άτομα όσον αφορά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι η έλλειψη σταθερής στέγασης. Χωρίς μόνιμη διεύθυνση, μπορεί να είναι δύσκολο για τα άστεγα άτομα να παρακολουθούν τα ιατρικά τους αρχεία και να λαμβάνουν μετέπειτα φροντίδα. Επιπλέον, οι άστεγοι μπορεί να αντιμετωπίσουν εμπόδια στην πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης λόγω στιγματισμού, διακρίσεων και έλλειψης επιλογών μεταφοράς.

Τα άτομα που είναι περιθωριοποιημένα και άστεγα είναι επίσης πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν σύνθετα προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων χρόνιων παθήσεων, προβλημάτων ψυχικής υγείας και κατάχρησης ουσιών. Η έλλειψη πρόσβασης σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη και υπηρεσίες υποστήριξης μπορεί να επιδεινώσει αυτά τα προβλήματα και να δυσκολέψει τα άτομα να διαχειριστούν αποτελεσματικά την υγεία τους.

Επιπλέον, οι άστεγοι είναι συχνά ανασφάλιστοι και μπορεί να μην έχουν πρόσβαση σε οικονομικά προσιτές επιλογές υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερήσεις στην αναζήτηση περίθαλψης, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρότερα προβλήματα υγείας και υψηλότερο κίνδυνο νοσηλείας. Επιπλέον, οι άστεγοι μπορεί να μην έχουν πρόσβαση στα απαραίτητα φάρμακα και θεραπείες, με αποτέλεσμα την περαιτέρω υποβάθμιση της υγείας και της ευημερίας τους.

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των αστέγων και των περιθωριοποιημένων ατόμων, είναι σημαντικό να υιοθετηθεί μια ολιστική προσέγγιση που να αντιμετωπίζει τόσο τους φυσικούς όσο και τους κοινωνικούς παράγοντες που συμβάλλουν σε κακά αποτελέσματα υγείας. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή πρόσβασης σε σταθερή στέγαση, επιλογές μεταφοράς και υπηρεσίες υποστήριξης που μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να διαχειρίζονται αποτελεσματικά την υγεία τους.

Μια πολλά υποσχόμενη προσέγγιση είναι η ενοποίηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και στέγασης, επίσης γνωστή ως Στέγαση Πρώτα. Αυτή η προσέγγιση δίνει προτεραιότητα στην παροχή σταθερής στέγασης ως το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των αστέγων. Παρέχοντας ένα σταθερό και υποστηρικτικό περιβάλλον διαβίωσης, τα άτομα είναι καλύτερα εξοπλισμένα για να διαχειρίζονται την υγεία τους και να έχουν πρόσβαση στην απαραίτητη ιατρική περίθαλψη.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να παρέχουμε υποστήριξη και πόρους που μπορούν να βοηθήσουν τους άστεγους και τα περιθωριοποιημένα άτομα να ξεπεράσουν τα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει προγράμματα που παρέχουν επιλογές μεταφοράς, βοηθούν στην πρόσβαση σε ιατρικά αρχεία και παρέχουν υπηρεσίες διαχείρισης περιπτώσεων και υποστήριξης.

Παράλληλα, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστούν οι βαθύτερες αιτίες της περιθωριοποίησης και της έλλειψης στέγης, συμπεριλαμβανομένης της φτώχειας, των διακρίσεων και της έλλειψης πρόσβασης σε πόρους και υποστήριξη. Αντιμετωπίζοντας αυτές τις βασικές αιτίες, μπορούμε να μειώσουμε τον κίνδυνο έλλειψης στέγης και να διασφαλίσουμε ότι τα περιθωριοποιημένα άτομα έχουν πρόσβαση στη φροντίδα και την υποστήριξη που χρειάζονται για τη διαχείριση της υγείας τους και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Συμπερασματικά, η έλλειψη στέγης και η περιθωριοποίηση συχνά διασταυρώνονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με τα άτομα που είναι άστεγα και περιθωριοποιημένα να αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση σε επαρκή περίθαλψη. Προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης αυτών των ατόμων, είναι σημαντικό να ακολουθηθεί μια ολιστική προσέγγιση που να αντιμετωπίζει τόσο τους φυσικούς όσο και τους κοινωνικούς παράγοντες που συμβάλλουν σε κακά αποτελέσματα υγείας. Παρέχοντας πρόσβαση σε σταθερή στέγαση, υπηρεσίες υποστήριξης και αντιμετωπίζοντας τις βαθύτερες αιτίες της περιθωριοποίησης και της έλλειψης στέγης, μπορούμε να διασφαλίσουμε ότι όλα τα άτομα έχουν πρόσβαση στη φροντίδα και την υποστήριξη που χρειάζονται για τη διαχείριση της υγείας τους και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

3.2. Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού στο χώρο της υγείας επί Covid 19

Οι κορωνοϊοί είναι μία ομάδα ιών που προκαλούν ήπιες αναπνευστικές λοιμώξεις, αλλά όταν μεταλλάσσονται και εξαπλώνονται από τα ζώα στους ανθρώπους προκαλούν σοβαρές νόσους, όπως το Αναπνευστικό Σύνδρομο της Μέσης Ανατολής (MERS-CoV) και το Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο (SARS-CoV), αλλά και την νόσο COVID-19 (SARS-CoV-2), που την ανακήρυξε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) πανδημία στις 11 Μαρτίου 2020.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να γίνει ειδική αναφορά στα γενικά ευρήματα της πλειοψηφίας των επιδημιολόγων. Πιο συγκεκριμένα, συνδέουν τις μη μεταδοτικές ασθένειες, όπως ορισμένες που σχετίζονται με επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές, όπως η υπέρταση, ο διαβήτης και οι παθήσεις του κατώτερου αναπνευστικού, με κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, που σχετίζονται με την έλλειψη άσκησης, την παχυσαρκία, την ανθυγιεινή στέγαση, την ανθυγιεινή διατροφή, άγχος, επισφαλής διαβίωση και ανθυγιεινή εργασία. Οι τάξεις χαμηλού εισοδήματος έχουν αυξημένη εμφάνιση τέτοιων υποκείμενων ασθενειών (Ζήση, 2005), καθώς και αυξημένη επισφάλεια όσον αφορά τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας.

Κατ' επέκταση, τα κοινωνικά και οικονομικά ευάλωτα στρώματα του πληθυσμού αντιμετωπίζουν αυξημένη ευπάθεια στη μόλυνση. Επομένως, ο κίνδυνος μόλυνσης καθώς και ο κίνδυνος ακατάλληλης ή μη έγκαιρης αναγνώρισης και αντιμετώπισης της απειλής τείνουν να απειλούν κυρίως τις ασθενέστερες κοινωνικές τάξεις τόσο στις ευημερούσες όσο και στις φτωχές χώρες.

Όπως έδειξαν πρόσφατα γεγονότα, πράγματι η νόσος Covid-19 μολύνει κυρίως άτομα με ιστορικό τέτοιων υποκείμενων ασθενειών, καθώς και αντίστοιχες κοινότητες που εμποδίζονται να εφαρμόσουν περιοριστικά μέτρα - για παράδειγμα Ρομά ή μετανάστες - λόγω υπερπληθυσμού και έλλειψης πρόσβασης σε ιατρικά προϊόντα φροντίδα και ανησυχία για την επιτάχυνση του ρυθμού εξάπλωσης και μόλυνσης σε αυτές τις κοινωνικές ομάδες και κοινότητες.

Όσον αφορά στον Covid- 19, αν και μορφές κορωνοϊού είχαν εμφανιστεί και στο παρελθόν, όπως το 2003 στην Κίνα , αλλά και το 2012 στην Αραβική Χερσόνησο οι θάνατοι δεν ξεπέρασαν σε καμία περίπτωση τους 1000 (World Health Organization, 2021). Για το λόγο, αυτό ίσως τα κράτη και δεν ήταν προετοιμασμένα για την μορφή του κορωνοϊού που εμφανίστηκε στις αρχές του 2020. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που προέκυψαν, πέρα από το αυξημένο αριθμό θανάτων, ήταν η επιβάρυνση των Συστημάτων Υγείας, καθώς δέχτηκαν ιδιαίτερη πίεση στην προσπάθεια τους να ανταποκριθούν στις επείγουσες αλλά και πρωτόγνωρες καταστάσεις, χωρίς ωστόσο να παραμεληθούν τα τακτικά ραντεβού και τα χρόνια νοσήματα, με γνώμονα πάντα την αποφυγή του συνωστισμού, ώστε να αποφευχθεί η διασπορά του Covid- 19.

Τα πλέον συνήθη προβλήματα που δημιουργήθηκαν αυτή τη περίοδο ήταν οι καθυστερήσεις στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, λόγω λιγότερων και με μεγαλύτερη χρονική απόσταση ραντεβού και η ακύρωση των περισσότερων προγραμματισμένων χειρουργείων. Στα κέντρα υγείας, υπήρξε κατάργηση υπηρεσιών και κυρίως μετατροπή τους καταρχάς σε διαγνωστικά κέντρα ανίχνευσης αντισωμάτων του νέου κορωνοϊού SARS-CoV-2 και από το τέλος του 2020 σε εμβολιαστικά κέντρα. Άλλα προβλήματα την περίοδο αυτή ήταν η έλλειψη πόρων και οι περιορισμοί μετακίνησης. Ο κρατικός μηχανισμός πρέπει επιπρόσθετα να εξασφαλίζει ότι οι ευπαθείς ομάδες αλλά και όλοι οι πολίτες θα έχουν ίση πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (Myers, Tham, Yin, Cohodes, Thursby, Thursby, Schiffer, Walsh, Lakhani&Wang, 2020).

Ένα από γεγονότα που ανάδειξε η πανδημία ήταν το γεγονός ότι το Εθνικό σύστημα Υγείας χρήζει άμεσης βελτίωσης. Ένα από τα προβλήματα του κοινωνικού αποκλεισμού στο χώρο της υγείας, αποτελεί η γεωγραφική θέση που βρίσκονται οι ασθενείς. Οι πόροι και το προσωπικό Υγείας είναι άνισα κατανομημένα στη χώρα. Παραδείγματος χάρη, η αναλογία των ιατρών το 2014 κυμαινόταν στους 2,9 ανά 1000 κατοίκους στην Κεντρική Ελλάδα, ενώ στους 8,6 ανά 1000 κατοίκους στην Αττική (ΕΛΣΤΑΤ, 2016). Σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση, η Ελλάδα έχει την υψηλότερη αναλογία ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό εκ των οποίων μόνο το 6% είναι γενικοί ή οικογενειακοί γιατροί, αλλά ταυτόχρονα έχει την χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τον πληθυσμό (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017)

Ορισμένες ομάδες που ήταν ήδη κοινωνικά αποκλεισμένες από τον τομέα της υγείας, κατά τη διάρκεια του Covid-19 αντιμετώπισαν περαιτέρω δυσκολίες στους αιτούντες ασύλου, στους πρόσφυγες και στους μετανάστες. Μάλιστα, τα κρούσματα αντίστοιχα μεταδοτικών ασθενειών τείνουν να διογκώνουν το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, αφού οξύνουν παράγοντες κοινωνικής ανισότητας στο χώρο της υγείας, λόγω του ρατσισμού και της ξενοφοβίας.

Επιπλέον, η νέα πραγματικότητα του Covid-19 προκάλεσε ευμεταβλητότητα στον εργασιακό χώρο, ωθώντας πλήθος επιχειρήσεων στην πτώχευση. Ως αποτέλεσμα, αυξήθηκε το ποσοστό ανεργίας παγκοσμίως, διογκώνοντας τον κοινωνικό αποκλεισμό λόγω οικονομικών παραγόντων. Σύμφωνα μάλιστα με την Unicef (2022) περίπου 100 εκατομμύρια παιδιά έχουν βυθιστεί πλέον σε πολυδιάστατη φτώχεια, δυσχεραίνοντας τη δυνατότητα πρόσβασης τους σε τομείς υγείας.

Επιπροσθέτως, Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισήμανε ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 τα ΑμεΑ αντιμετωπίζουν υψηλή πιθανότητα νόσησης καθώς αντιμετωπίζουν εμπόδια για την εφαρμογή των μέτρων προσωπικής υγιεινής, επειδή πολλοί χώροι υγιεινής δεν είναι προσβάσιμοι ή έχουν ακατάλληλο νιπτήρα ή γιατί δεν δύνανται να τρίψουν τα χέρια τους. Σχετικά με την πληροφόρηση, έγινε σύσταση στις κυβερνήσεις να διασφαλίσουν ότι η ενημέρωση και οι πληροφορίες για την δημόσια υγεία θα είναι προσβάσιμες για όλους, υιοθετώντας στις ανακοινώσεις και στις συνεντεύξεις υποτιτλισμό και μετάφραση στη νοηματική, αλλά και μετατροπή όλου του διαθέσιμου υλικού σε αναγνώσιμο για όλους της Ε.Σ.Δ.Α. επικαλούμενες «δημόσιο κίνδυνο, εν είδει απειλής για τη ζωή του έθνους».

3.2.1. Τρίτη ηλικία και επίδραση του Covid-19

Μία από τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες που αποκλείστηκαν κυρίως κατά την περίοδο του κορωνοϊού είναι αυτοί οι ηλικιωμένοι που έχουν εισαχθεί σε οίκους ευγηρίας πριν ή κατά τη διάρκεια του Covid-19. Ο ηλικιωμένος πληθυσμός κατά τη διάρκεια της πανδημίας υφίσταται τεράστια πίεση, αλλά κυρίως εκείνοι που βρίσκονταν εγκαταστημένοι σε εγκαταστάσεις υποβοηθούμενης διαβίωσης και μακροχρόνιας φροντίδας. Παρά τις προσπάθειες των κυβερνήσεων να προστατέψουν τη συγκεκριμένη ευπαθή ομάδα, αυξανόμενος αριθμός μολυσματικών κρουσμάτων σε δομές φροντίδας ηλικιωμένων στην Κίνα, τη Νότια Κορέα, την Ιταλία, την Ισπανία, τις ΗΠΑ, τον Καναδά, την Αυστραλία, τη Γερμανία, τη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο δείχνει ότι αυτές οι εγκαταστάσεις φιλοξενίας διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να αντιμετωπίσουν την εξάπλωση του COVID-19 (Williamson, 2020). Ιδιαίτερα οξύμωρο ήταν το γεγονός ότι σε ευρωπαϊκές χώρες που η εξάπλωση του ιού ήταν ραγδαία – όπως Ιταλία- σημειώθηκε απότομη αύξηση των κρουσμάτων στους οίκους ευγηρίας.

Οι ένοικοι μονάδων φροντίδας έχουν υψηλό επιπολασμό λειτουργικής εξάρτησης, γνωστικής εξασθένησης, πολυνοσηρότητας, αδυναμίας, πολυφαρμακίας και συμπτωμάτων συμπεριφοράς (Gordon, et al., 2014). Παράλληλα, οι ηλικιωμένοι έχουν να αντιμετωπίσουν το αίσθημα της απομόνωσης και στέρησης επαφής με τους δικούς τους ανθρώπους, που συχνά λόγω των φρενηρών ρυθμών της καθημερινότητας αδυνατούν να επωμιστούν την μέριμνά τους, πλέον είχαν να αντιμετωπίσουν και το φόβο της ασθένειας. Λόγω της ταχείας εξάπλωσης του ιού, πλήθος συστημάτων υγείας κατέρρευσαν ολοκληρωτικά, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας των ηλικιωμένων γνώρισε πρωτόγνωρα ποσοστά. Ο Covid-19 σύμφωνα με την έκθεση των Ηνωμένων Εθνών (United Nations, 2020), ανέδειξε ένα γενικευμένο πρόβλημα για το οποίο η κοινωνία εθελουφλούσε, την ποιότητα των εγκαταστάσεων των δομών αυτών, καθώς και την παραμέληση ή ακόμα και κατάχρηση των ηλικιωμένων στις μονάδες αυτές.

Ο υψηλός κίνδυνος για τους ηλικιωμένους και τις μονάδες φροντίδας απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή για την αντιμετώπιση της ευπάθειάς τους και την ελαχιστοποίηση τυχόν

πιθανών κινδύνων. Οι λόγοι για τον υψηλό κίνδυνο είναι οι εξής (World Bank, 2020): α) ο COVID - 19 είναι ένας νέος και υψηλής μεταδοτικότητας ιός με υψηλή απειλή θανάτου για τους ηλικιωμένους· β) οι οικιστικές εγκαταστάσεις έχουν μεγαλύτερη πυκνότητα πληθυσμού, γ) οι περισσότεροι κάτοικοι έχουν χρόνιες ασθένειες, δ) οι φροντιστές μπορεί να είναι μια πηγή μόλυνσης από τον COVID - 19, ε) το προσωπικό και οι πόροι ενδέχεται να είναι ανεπαρκείς για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID - 19.

Ανεξάρτητα από τον κίνδυνο που βίωναν οι ηλικιωμένοι, όπως και ο υπόλοιπος πληθυσμός, να προσληφθούν από τον ιό και να τεθούν σε κίνδυνο, οι ηλικιωμένοι απειλήθηκαν ιδιαίτερα όσον αφορά στην ψυχολογική τους ευμάρεια. Το lockdown που επιβλήθηκε σε πλήθος χωρών ενίσχυσε τις αντιλήψεις και τους φόβους της τρίτης ηλικίας για τον θάνατο και τις ασθένειες. Ακόμα και μετά την άρση των μέτρων της καραντίνας, αν και οι υπόλοιπες κοινωνικές ομάδες σταδιακά άρχισαν να επιστρέφουν στην καθημερινότητά τους, η διατήρηση των μέτρων προστασίας των οίκων ευγηρίας συνέχισαν να υπάρχουν, κάποιες φορές με μεγαλύτερη ελαστικότητα, ενώ άλλες με αντίστοιχη αυστηρότητα με την εποχή του 1^{ου} lockdown. Η πραγματικότητα αυτή σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ, 2020), θα εντείνει το αίσθημα της κοινωνικής απομόνωσης. Η απομόνωση σαν κατάσταση, ωστόσο, συνδέεται άμεσα με άλλες μορφές παθογενειών που δύνανται να ταλανίσουν το άτομο. Αναλυτικότερα, η απομόνωση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κατάθλιψη, το άγχος και τη γνωστική εξασθένηση, ενώ παράλληλα μειώνει τους παράγοντες ανθεκτικότητας όπως η αυτοεκτίμηση, η αίσθηση του σκοπού και το αίσθημα αξίας (Novotney, 2019). Αρνητική επίδραση στην ψυχολογία των ηλικιωμένων διαδραματίζει επίσης ο Τύπος. Όπως προαναφέρθηκε στην επίδραση του Τύπου στην εικόνα των τοξικομανών, η γνωστή και ως 4^η εξουσία δύναται να καλλιεργήσει πλήθος συναισθημάτων και αντιλήψεων στους δέκτες της. Πιο συγκεκριμένα, η συνεχής αναφορά στα συνεχώς αυξανόμενα ποσοστά ηλικιωμένων ανθρώπων που απεβίωσαν εξαιτίας της πανδημίας, συμβάλλει στην ενίσχυση του φόβου που βιώνουν οι ηλικιωμένοι, αφού άλλωστε αυτοπροσδιορίζονται ως «σε κίνδυνο». Ταυτόχρονα, η παροχή υπερβολικά απλουστευμένων μηνυμάτων ενέχει τον κίνδυνο να σχηματιστούν στερεότυπα «των ευάλωτων» στα μάτια της πλειοψηφίας και των ίδιων των «ευάλωτων». Αυτό έχει το ατυχές αποτέλεσμα της μείωσης της ανθεκτικότητας ή περιθωριοποίησης της στερεότυπης ομάδας από την ευρύτερη κοινωνία (Webb, 2020).

Η πραγματικότητα ωστόσο παραμένει αδιαμφισβήτητη. Οι ηλικιωμένοι αποτελούν πλέον, χάρις τις ραγδαίες εξελίξεις στον επιστημονικό τομέα, ένα από τα μεγαλύτερα πληθυσμιακά ποσοστά σε κάθε αναπτυγμένη χώρα της Δύσης. Εντούτοις, η παρουσία συννοσηρών καταστάσεων τους κάνει πιο επιρρεπείς σε νέες λοιμώξεις και στη συνοδευτική ψυχολογική δυσφορία (Andreas, et al., 2017). Παράλληλα, ακόμα και υπό ομαλές συνθήκες, που δεν σχετίζονται με την πανδημία, οι ηλικιωμένοι τείνουν να είναι πιο επιρρεπείς στο φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, ωστόσο εντάθηκε το φαινόμενο αυτό κατά τη περίοδο του Covid-19 (Armitage, et al., 2020). Κατά μέσο όρο οι ηλικιωμένοι έχουν ένα στενό κύκλο ανθρώπων – είτε είναι φίλοι είτε οικογένεια- με τον οποίο έρχονται σε καθημερινή ή έστω τακτική αλληλεπίδραση. Οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με συνομήλικους αποτελούν καίριο μέρος της καθημερινότητάς τους ειδικά κατά τη συνταξιοδότηση, και αυτό έχει δεχθεί δραστική αναστάτωση με την κατάλληλη συμβουλή για την κοινωνική απόσταση.

Επιπροσθέτως, λόγω της συμβουλής για κοινωνική απομόνωση οι ηλικιωμένοι αντιμετώπισαν ιδιαίτερες προκλήσεις όσον αφορά στην πρόσβαση σε φαρμακεία και δομές ιατρικής περίθαλψης για διάφορους λόγους. Ένας από αυτούς ήταν

αδιαμφισβήτητα η δυνατότητα μετακίνησης, αφού ηλικιωμένοι που κατέφευγαν στη χρήση Μέσων Μαζικής Μεταφοράς (Μ.Μ.Μ.), εξαιτίας του φόβου της πανδημίας απέφευγαν κατηγορηματικά τη χρήση των Μ.Μ.Μ.. Εάν τα άτομα αυτά αδυνατούν να αποκτήσουν τακτική πρόσβαση στην κατάλληλη φαρμακευτική περίθαλψη, είναι βέβαιο ότι θα υποστούν υποτροπές ή επιδείνωση της ψυχικής τους κατάστασης. Ιδιαίτερα για τη ψυχική τους υγεία, όπως έχει επισημανθεί, το συνεχές άγχος και στρες που τους δημιουργείται από τη συνεχή πληροφόρηση – μερικές φορές υπερπληροφόρηση ή παραπληροφόρηση- μπορεί να κριθεί μοιραίο για τους ηλικιωμένους (Depoux, et al., 2020). Τα περισσότερα μέσα ενημέρωσης υπογραμμίζουν τα αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας του COVID - 19 σε ηλικιωμένους. Ο αυξανόμενος αριθμός θανάτων μπορεί να προκαλέσει επεισόδια άγχους, χαμηλή διάθεση και διαταραχές ύπνου. Αυτό, με τη σειρά του, μπορεί να έχει γενικά επιζήμια επίδραση στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (Philip&Cherian, 2020).

3.2.2. ΑμεΑ και επίδραση του Covid-19

Η πανδημία του COVID-19 είχε βαθύ αντίκτυπο στις ζωές των ατόμων με αναπηρία, επιδεινώνοντας πολλές από τις υπάρχουσες προκλήσεις υγείας και κοινωνικές προκλήσεις που ήδη αντιμετώπιζαν. Μερικές από τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας περιλαμβάνουν:

Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη: Τα άτομα με αναπηρία αντιμετώπισαν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Έχουν αγωνιστεί να λάβουν ιατρική φροντίδα ρουτίνας, συμπεριλαμβανομένης της προληπτικής φροντίδας και της διαχείρισης χρόνιων παθήσεων, λόγω του κλεισίματος πολλών εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης και της ιεράρχησης της περίθαλψης COVID-19.

Έλλειψη ΜΑΠ¹ και κίνδυνος έκθεσης: Τα άτομα με αναπηρίες που βασίζονται σε προσωπικό φροντίδας και βοηθούς υγείας στο σπίτι για την καθημερινή φροντίδα διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο έκθεσης στον COVID-19, καθώς αυτοί οι εργαζόμενοι συχνά δεν μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε επαρκή ατομικό προστατευτικό εξοπλισμό (ΜΑΠ). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα πολλά άτομα με αναπηρία να απομονώνονται στα σπίτια τους χωρίς τη φροντίδα που χρειάζονται, θέτοντας σε κίνδυνο τη σωματική και ψυχική τους υγεία.

Αυξημένη κοινωνική απομόνωση: Τα άτομα με αναπηρία έχουν βιώσει αυξημένη κοινωνική απομόνωση κατά τη διάρκεια της πανδημίας, καθώς πολλά κοινοτικά κέντρα

¹Το ΜΑΠ σημαίνει Μηχανισμός Ατομικής Προστασίας. Αναφέρεται σε εξοπλισμό που χρησιμοποιείται για τη μείωση της έκθεσης σε διάφορους κινδύνους. Χρησιμοποιείται σε διάφορες βιομηχανίες, όπως οι κατασκευές, η κατασκευή και η υγειονομική περίθαλψη, για την προστασία των εργαζομένων από πιθανούς κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια.

Στο πλαίσιο της πανδημίας COVID-19, τα ΜΑΠ περιλαμβάνουν αντικείμενα όπως μάσκες, γάντια, ασπίδες προσώπου, ρόμπες και άλλα προστατευτικά ρούχα που μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο έκθεσης στον ιό. Τα ΜΑΠ είναι ζωτικής σημασίας για την προστασία των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, των ατόμων με αναπηρίες και άλλων ευάλωτων πληθυσμών από την έκθεση στον ιό και για τη διασφάλιση της συνεχούς παροχής βασικής φροντίδας και υπηρεσιών.

Τα ΜΑΠ διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της εξάπλωσης του COVID-19 και στη διατήρηση της ασφάλειας των ατόμων και των κοινοτήτων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και άλλοι οργανισμοί υγείας έχουν εκδώσει κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την κατάλληλη χρήση των ΜΑΠ για να διασφαλίσουν την αποτελεσματικότητά τους και να αποτρέψουν την πιθανότητα βλάβης

και ομάδες υποστήριξης έχουν κλείσει και οι προσωπικές επισκέψεις με φίλους και οικογένεια έχουν γίνει πιο δύσκολες. Αυτό έχει οδηγήσει σε αυξημένα συναισθήματα μοναξιάς και άγχους, τα οποία μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη συνολική υγεία και ευεξία.

Δυσκολία πρόσβασης σε βασικές προμήθειες: Τα άτομα με αναπηρία που βασίζονται σε βοηθητικές συσκευές, όπως αναπηρικά καροτσάκια και σκούτερ κινητικότητας, αντιμετώπισαν δυσκολίες πρόσβασης σε βασικές προμήθειες και συντήρηση κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Πολλοί προμηθευτές και υπηρεσίες επισκευής έχουν μειώσει το ωράριο λειτουργίας τους ή έχουν κλείσει εντελώς, καθιστώντας δυσκολότερο για τα άτομα με αναπηρία να διαχειριστούν τις ανάγκες κινητικότητάς τους.

Οικονομικές δυσκολίες: Τα άτομα με αναπηρία έχουν επηρεαστεί δυσανάλογα από τις οικονομικές συνέπειες της πανδημίας, καθώς πολλοί έχουν χάσει τη δουλειά τους ή έχουν δει τις ώρες τους να μειώνονται. Αντιμέτωπισαν επίσης πρόσθετη οικονομική πίεση λόγω του αυξημένου κόστους για βασικές προμήθειες και υπηρεσίες, όπως ΜΑΠ και υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι.

Έλλειψη στέγασης σε εικονικά περιβάλλοντα: Η στροφή σε εικονικά περιβάλλοντα, όπως η απομακρυσμένη εργασία και τα διαδικτυακά μαθήματα, δεν ήταν προσβάσιμη σε πολλά άτομα με αναπηρίες, ιδιαίτερα σε άτομα με κινητικά προβλήματα ή προβλήματα ακοής. Αυτό έχει οδηγήσει σε πρόσθετα εμπόδια στην πρόσβαση στην απασχόληση, την εκπαίδευση και τις κοινωνικές ευκαιρίες.

Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, είναι σημαντικό για τους υπεύθυνους χάραξης της πολιτικής και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να δώσουν προτεραιότητα στις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία κατά τη διάρκεια των προσπαθειών αντιμετώπισης της πανδημίας και ανάκαμψης. Αυτό περιλαμβάνει την αύξηση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, τη βελτίωση της πρόσβασης σε ΜΑΠ, την αντιμετώπιση των οικονομικών επιπτώσεων της πανδημίας, τη βελτίωση της προσβασιμότητας σε εικονικά περιβάλλοντα και την αύξηση της υποστήριξης για κοινωνική και συναισθηματική ευημερία. Λαμβάνοντας μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας και των κοινωνικών αναγκών των ατόμων με αναπηρία κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, μπορούμε να συμβάλουμε στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και στη βελτίωση της συνολικής υγείας και ευημερίας αυτού του πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Μηχανισμοί και πολιτικές στήριξης των ομάδων κοινωνικού αποκλεισμού

Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού πρόκειται για μια δυσμενή πραγματικότητα της εποχής μας, που συνεχίζει και ταλανίζει τόσο τα άτομα όσο και τους κρατικούς μηχανισμούς υγείας, που καλούνται συνεχώς να προσαρμόζονται και να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα αυτή. Πραγματικότητα που κάνει εμφανή την ανάγκη και πολιτική στήριξη των ομάδων που υφίστανται κοινωνικό αποκλεισμό

Ωστόσο, η δημιουργία μηχανισμών στήριξης των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων δεν αποτελεί πρωτόγνωρη επιταγή των οργανωμένων κοινωνιών της Δύσης. Αναλυτικότερα, το 1872 θεωρείται σημείο αναφοράς για την ίδρυση του κοινωνικού κράτους, αφού ιδρύθηκε ο Σύνδεσμος Κοινωνικής Πολιτικής στη Γερμανία που διεκδικούσε την κατοχύρωση των βασικών δικαιωμάτων των εργατών της βιομηχανικής Γερμανίας, στοχεύοντας στην αναβάθμιση τόσο της ποιότητας εργασίας και εκμετάλλευσής τους, όσο και των δικαιωμάτων και παροχών τους. Παράδειγμα που αναδεικνύει πως η ανάγκη περιορισμού του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού ήδη από τον 19^ο αιώνα. Οι αγώνες και οι διεκδικήσεις αυτές συνέχισαν και πήραν πρωτόγνωρες διαστάσεις. Ο Μπίσμαρκ θέτει τα θεμέλια της δημιουργίας του συστήματος κοινωνικής προστασίας, ενώ η κοινωνική πολιτική αποτελεί το φλέγον ζήτημα τις πρώτες δεκαετίες μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, κυρίως εξαιτίας της ενίσχυσης του κρατικού παρεμβατισμού, την ενδυνάμωση του ρυθμιστικού ρόλου του κράτους και την δόμηση των θεσμών του κοινωνικού κράτους.

Στο σημείο αυτό αξίζει να γίνει αναφορά στον όρο κοινωνικό κράτος. Πρόκειται για μια ορολογία που άρχισε να χρησιμοποιείται και να επικρατεί στις ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης μεταπολεμικά, με βασικό σημείο αναφοράς την ιστορικά καθορισμένη μορφή του κράτους που χαρακτηρίζεται από τη διεύρυνση των κοινωνικών λειτουργιών του, κυρίως στο πεδίο της κοινωνικής αναπαραγωγής. Αναλαμβάνει, δηλαδή, την ικανοποίηση των αναγκών του ατόμου στους βασικούς τομείς της υγείας, της εκπαίδευσης, της ασφάλισης και της προστασίας των πολιτών στηριζόμενοι σε δύο βασικούς πυλώνες. Αρχικά, στην ανάπτυξη των κρατικών μηχανισμών που δύνανται να εξασφαλίσουν την παροχή αντίστοιχων υπηρεσιών και στη συνέχεια ρυθμίζοντας την παροχή των υπηρεσιών αυτών που παρέχονται στον ιδιωτικό τομέα, αποσκοπώντας στην προστασία των πολιτών της. Βασική προϋπόθεση της εύρυθμης λειτουργίας του συγκεκριμένου κράτους αποτελεί η διασφάλιση της δίκαιης κατανομής του πλούτου, των προνομίων και των υπηρεσιών. Στηρίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, διασφαλίζοντας την αλληλεγγύη, τη συλλογική δράση, αμβλύνοντας πλήθος κοινωνικών ανισοτήτων.

Αξίζει να διερευνηθούν, ωστόσο, το σύνολο των παραγόντων που επηρέασαν τη διαμόρφωση των βάσεων του κοινωνικού κράτους, που επηρέασε την πορεία του μέχρι τη σημερινή εποχή. Αρχικά, παράλληλα με την βιομηχανική επανάσταση ενισχύθηκε το καπιταλιστικό μοντέλο. Παράλληλα, μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο προωθήθηκε η ιδέα της δημιουργίας μια ελεύθερης παγκόσμιας αγοράς, που μετασχημάτισε τις ανάγκες και τις συνθήκες της συλλογικής ρύθμισης. Την ίδια περίοδο έκαναν την εμφάνισή τους στον δυτικό κόσμο τα κοινωνικά και συνδικαλιστικά κινήματα που διεκδικούσαν την ικανοποίηση βασικών αιτημάτων,

την κατοχύρωση των ατομικών και συλλογικών δικαιωμάτων, αλλά και την κοινωνική συναίνεση. Η ανάδειξη τέτοιων κινημάτων συνέβαλε στην προβολή ιδεών και αρχών που επιδιώκουν την διεύρυνση των κοινωνικών λειτουργιών και τις ευθύνες του κράτους απέναντι στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Διακαές ζήτημα του κοινωνικού κράτους αποτελεί και ο διακανονισμός των τρόπων λειτουργίας του κράτους και ο χρόνος διεκπεραίωσης των γραφειοκρατικών διαδικασιών, που σχετίζονται με τις διοικητικές δομές του κράτους. Εξίσου, σημαντικό παράγοντα αποτέλεσε η σχέση του κράτους με τον θεσμό της κοινωνικής αναπαραγωγής και η γενικότερη πίεση που άσκησε η οργανωμένη μάζα που αποσκοπούσε στην ικανοποίηση των συμφερόντων τους μέσα από τις λειτουργίες του κράτους.

Εντούτοις, με την πάροδο των χρόνων παρατηρείται το κοινωνικό κράτος συρρικνώνεται, ενώ όπως προαναφέραμε, υπάρχουν όλο και περισσότερες κοινωνικές ομάδες που ωθούνται στον κοινωνικό αποκλεισμό, όπως ο χώρος της εκπαίδευσης και της υγείας. Βασική ευθύνη στην πραγματικότητα αυτή αποτελεί η στάση των κυβερνήσεων, των οποίων οι αποφάσεις υποβαθμίζουν την κοινωνική συνοχή και αλληλεγγύη. Κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζει η προσβασιμότητα και η ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών, των οποίων το κόστος συνεχώς αυξάνεται. Βασικός στόχος της επιδίωξης αυτής είναι η συρρίκνωση των διαφορών ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες, καθιστώντας ανεκτή ακόμα και τη μεγάλη διαφορά εισοδημάτων, εξασφαλίζοντας τις απαραίτητες κοινωνικές παροχές χωρίς να χρειαστεί να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα. Δεύτερος σημαντικός παράγοντας είναι η εξισορρόπηση του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Βασικό μέλημα, είναι ακόμα και οι άνθρωποι που δεν μπορούν να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα να μπορούν να εξασφαλίσουν ποιοτικές δημόσιες υπηρεσίες.

Για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης προσπαθούν να εφαρμόσουν ορισμένες πολιτικές. Για την επίτευξη αυτού του στόχου οφείλουν σε να αναθεωρήσουν τον τρόπο προσέγγισης των υπηρεσιών δικτύου, όπως είναι οι μεταφορές, η ενέργεια, η τεχνολογία της πληροφορίας, η ουσιαστική μείωση των επιμέρους ανισοτήτων και την προώθηση της κοινωνικής ένταξης των κοινωνικά αποκλεισμένων κοινωνικών ομάδων. Βασικό μέλημα για την αντιμετώπιση αυτής της μορφής κοινωνικού αποκλεισμού θεωρείται πως είναι η καταπολέμηση του υψηλού ποσοστού φτώχειας, αφού όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν ο Οικονόμου και Φερόνας (2006) «η εξάλειψη της φτώχειας είναι η κινητήρια δύναμη πίσω από τις περισσότερες προσπάθειές της». Πρόκειται μάλιστα για βασικό μέλημα της Παγκόσμιας τράπεζας της οποίας βασικός άξονας είναι η καταπολέμηση των κοινωνικών ζητημάτων μέσω της οικονομικής διαχείρισης και της ανάπτυξης, στηριζόμενοι σε δύο καίριες παρεμβάσεις που σκοπεύουν να αμβλύνουν τις υπάρχουσες οικονομικές διαφορές. Κατ' αρχάς στοχεύει στην αύξηση του επενδυτικού Κεφαλαίου, ενώ ταυτόχρονα θέλει να παρακινήσει τις χαμηλότερες οικονομικές τάξεις να ενασχοληθούν με την κοινωνική και πολιτική ζωή.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα η καταπολέμηση της φτώχειας, και κατ' επέκταση του κοινωνικού αποκλεισμού δύναται να επιτευχθεί μέσα από την επίτευξη ορισμένων στόχων. Σημαντική θεωρείται η υγεία και ασφάλιση της υγείας, η επαγγελματική εκπαίδευση – κατάρτιση, αλλά και η εξειδίκευση στην εποχή μας. Καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η συνταξιοδότηση και η πρόνοια των ηλικιωμένων, καθώς και η ασφάλιση των ανέργων που ανήκουν στο κοινωνικό σύνολο.

Παράλληλα, στοχεύει στην δημιουργία ορισμένων δικτύων ασφαλείας, την υλοποίηση δημόσιων έργων, την ενδυνάμωση των κοινωνικών ταμείων, καθώς και την εκκίνηση μικρών - χρηματοοικονομικών προγραμμάτων.

Πέρα όμως από την Παγκόσμια Τράπεζα, ένας άλλος οργανισμός που έχει ασχοληθεί με το ζήτημα της φτώχειας, αναγνωρίζοντας τον καθοριστικό της ρόλο στον κοινωνικό αποκλεισμό της πλειονότητας των ανθρώπων είναι η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας (Δ.Ο.Ε.). Αναγνωρίζοντας την επιτακτική ανάγκη καταπολέμησης της φτώχειας η Δ.Ο.Ε ενθάρρυνε την υιοθέτηση μιας πολιτικής καταπολέμησης της φτώχειας, την οποία άλλωστε ορίζει ως «το δομικό αποτέλεσμα αποτυχιών και αναποτελεσματικών οικονομικών και κοινωνικών συστημάτων. Συνιστά προϊόν ανεπαρκών πολιτικών απαντήσεων, χρεοκοπημένης πολιτικής φαντασίας και ανεπαρκούς διεθνούς υποστήριξης». Βασική στοχοθεσία της Δ.Ο.Ε είναι η δυνατότητα αναγνώρισης των δυνατοτήτων των φτωχών να ασκούν και να αναγνωρίζουν τα κοινωνικά τους δικαιώματα, η διεύρυνση της κοινωνικής προστασίας, η πλήρης απασχόληση μέσα από την δημιουργία θέσεων εργασίας, ευκαιριών για επενδύσεις και επιχειρηματικότητα που θα παρέχει αξιοπρεπή διαβίωση στα άτομα και τέλος την καλλιέργεια του γόνιμου διαλόγου. Μέσω της παραπάνω στοχοθεσίας προκύπτει ότι βασικοί άξονες της πολιτικής του Δ.Ο.Ε αποτελεί η καταπολέμηση των κοινωνικών ζητημάτων που ταλανίζουν την κοινωνία. Αναλυτικότερα, καίριο παράγοντα αποτελεί η ανάπτυξη των δεξιοτήτων των ατόμων για την επίτευξη ενός βιώσιμου επιπέδου ζωής. Παράλληλα, την ενθάρρυνση των επενδύσεων για να δημιουργηθούν θέσεις απασχόλησης και επενδύσεις κυρίως σε επίπεδο κοινοτικής επιχειρηματικότητας, μέσω της οποίας ενθαρρύνονται οι μικροοικονομικές δράσεις σε κοινοτικό επίπεδο. Κατ' επέκταση, δίνεται η ευκαιρία στους φτωχότερα να εξασφαλίσουν το απαραίτητο κεφάλαιο για την ανάπτυξη των επιχειρηματικών τους δράσεων. Εξίσου σημαντικός στόχος είναι ο περιορισμός των διακρίσεων, αλλά και της κατάργησης της παιδικής εκμετάλλευσης και εργασίας. Τέλος, στοχεύει στην διασφάλιση του ελάχιστου βασικού εισοδήματος, βασικής κοινωνικής προστασίας, βασικού επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Από τα πάνω συμπεραίνουμε ότι υπάρχει μια γενικευμένη προσπάθεια της καταπολέμησης της φτώχειας, που αποτελεί βασικό αίτιο του κοινωνικού αποκλεισμού στις σύγχρονες κοινωνίες. Ιστορικά από το 1974 έως το 1994 η Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα έχει εφαρμόσει μια σειρά δοκιμαστικών σχεδίων και προγραμμάτων, με στόχο την καταπολέμηση και τον περιορισμό της φτώχειας, και κατ' επέκταση του κοινωνικού αποκλεισμού. Ωστόσο, η απουσία της αντίστοιχης νομικής βάσης δημιούργησε εμπόδια στην εν λόγω δράση.

Στην Κοπεγχάγη πραγματοποιήθηκε Σύνοδος το έτος 1995, σχετικά με την Κοινωνική Ανάπτυξη, ο ΟΗΕ παρουσίασε τις θέσεις του στο κοινό, εστιάζοντας στη συνέχεια στη Διακήρυξη της Χιλιετίας και στην υιοθέτηση το 2000 των Αναπτυξιακών Στόχων της. Ο Οργανισμός εστιάζοντας στη δημιουργία ομάδων στις οποίες υπήρχε συμμετοχή της κοινής γνώμης λειτουργεί και δραστηριοποιείται για την μείωση των αποτελεσμάτων των συγκεκριμένων κοινωνικών φαινομένων περιθωριοποίησης και αποκλεισμού.

Το 1999 υπογράφηκε η Συνθήκη του Άμστερνταμ που κατοχύρωνε την εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού ως στόχο της κοινοτικής κοινωνικής πολιτικής. Στη

συνέχεια, το 2000 ξεκίνησε η εφαρμογή της Στρατηγικής της Λισαβόνας, η οποία δημιούργησε μηχανισμό εποπτείας και συντονισμού, με στόχο τη μέτρηση του γενικευμένου ποσοστού της φτώχειας στηριζόμενο σε ένα σύνολο δεκτών, αλλά και την παροχή κατευθυντήριων οδηγιών για τη δημιουργία μηχανισμών παρέμβασης και περιορισμού του φαινομένου από το σύνολο των Ευρωπαϊκών κρατών.

Καθοριστικός παράγοντας στην απόπειρα καταπολέμησης του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελεί η στρατηγική «Ευρώπη 2020». Πρόκειται για το τρέχον θεματολόγιο μεταρρυθμίσεων της ΕΕ για την ανάπτυξη και την απασχόληση. Η "Ευρώπη 2020" είναι η αναπτυξιακή στρατηγική της ΕΕ για μια έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς οικονομία. Αυτές οι τρεις αλληλοσυμπληρούμενες προτεραιότητες θα βοηθήσουν την ΕΕ και τα κράτη-μέλη της να επιτύχουν υψηλά επίπεδα απασχόλησης, παραγωγικότητας και κοινωνικής συνοχής. Πιο συγκεκριμένα, η Ένωση έθεσε πέντε φιλόδοξους στόχους –για την απασχόληση, την καινοτομία, την εκπαίδευση, την κοινωνική ένταξη και το κλίμα/ενέργεια– προς επίτευξη μέχρι το 2020. Κάθε κράτος-μέλος έχει υιοθετήσει τους δικούς του εθνικούς στόχους σε κάθε έναν από αυτούς τους τομείς. Συγκεκριμένες δράσεις τόσο σε επίπεδο ΕΕ όσο και σε εθνικό επίπεδο στηρίζουν τη στρατηγική αυτή. Βασισμένη σε ένα μακροπρόθεσμο όραμα, αυτή η γενική στρατηγική προτάθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και συμφωνήθηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο τον Ιούνιο του 2010.

Αποστολή της είναι να βοηθήσει την Ευρώπη να ανακάμψει από την κρίση, και να μετατραπεί σε μια έξυπνη, διατηρήσιμη και χωρίς αποκλεισμούς οικονομία με υψηλά ποσοστά απασχόλησης, παραγωγικότητας και κοινωνικής συνοχής και να εδραιώσει την ΕΕ ως παράγοντα της παγκόσμιας διακυβέρνησης.

Η "Ευρώπη 2020" είναι η αναπτυξιακή στρατηγική της ΕΕ για μια έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς οικονομία. Αυτές οι τρεις αλληλοσυμπληρούμενες προτεραιότητες θα βοηθήσουν την ΕΕ και τα κράτη-μέλη της να επιτύχουν υψηλά επίπεδα απασχόλησης, παραγωγικότητας και κοινωνικής συνοχής. Πιο συγκεκριμένα, η Ένωση έθεσε πέντε φιλόδοξους στόχους –για την απασχόληση, την καινοτομία, την εκπαίδευση, την κοινωνική ένταξη και το κλίμα/ενέργεια– προς επίτευξη μέχρι το 2020. Κάθε κράτος-μέλος έχει υιοθετήσει τους δικούς του εθνικούς στόχους σε κάθε έναν από αυτούς τους τομείς. Συγκεκριμένες δράσεις τόσο σε επίπεδο ΕΕ όσο και σε εθνικό επίπεδο στηρίζουν τη στρατηγική αυτή. Οι πέντε στόχοι της στρατηγικής «Ευρώπη 2020» της ΕΕ για το 2020 είναι:

1. Απασχόληση του 75% της ηλικιακής κατηγορίας 20-64 ετών.
2. Έρευνα και Ανάπτυξη Το 3% του ΑΕΠ της ΕΕ πρέπει να επενδύεται στην Έρευνα και την Ανάπτυξη.
3. Κλιματική αλλαγή και ενεργειακή βιωσιμότητα Μείωση των εκπομπών αερίων του θερμοκηπίου κατά 20% (ή και 30%, εφόσον οι συνθήκες το επιτρέπουν) σε σχέση με το 1990 Εξασφάλιση του 20% της ενέργειας από ανανεώσιμες πηγές Αύξηση κατά 20% της ενεργειακής απόδοσης.
4. Εκπαίδευση Μείωση των ποσοστών πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου κάτω από 10% Ολοκλήρωση τριτοβάθμιων σπουδών τουλάχιστον για το 40% της ηλικιακής κατηγορίας 30-34 ετών.

5. Καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού Μείωση τουλάχιστον κατά 20 εκατομμύρια των ατόμων που βρίσκονται ή κινδυνεύουν να βρεθούν σε κατάσταση φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού.

Η στρατηγική «Ευρώπη 2020» αξιοποιεί τα διδάγματα της στρατηγικής της Λισαβόνας, με την αναγνώριση των πλεονεκτημάτων της (π.χ. οι σωστοί στόχοι για την ανάπτυξη και τη δημιουργία θέσεων εργασίας) και την αντιμετώπιση των αδυναμιών της (π.χ. έλλειψη εφαρμογής). Η τρέχουσα στρατηγική επιδιώκει ένα νέο είδος ανάπτυξης (έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς), μια προσέγγιση προσαρμοσμένη σε κάθε επιμέρους χώρα και βασίζεται στην ισχυρότερη διοίκηση, με στόχο την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και περιορισμό του κοινωνικού αποκλεισμού.

Από την παραπάνω προσπάθεια της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμπεραίνεται ότι η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού διαδραματίζει μία από τις κυριότερες προκλήσεις της. Η πρόκληση αυτή δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με την παροχή καλύτερης βοήθειας στα άτομα που αποκλείονται ή κινδυνεύουν να αποκλειστούν από την εργασία, αλλά απαιτεί δραστικά μέτρα για την άρση των εμποδίων στην κοινωνική ένταξη, αποσκοπώντας στην ουσιαστική και ριζική καταπολέμηση της κοινωνικής αυτής παθογένειας. Το άρθρο 151 της Συνθήκης για τη λειτουργία της ΕΕ κάνει την καταπολέμηση του αποκλεισμού. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ουσιαστικά συμπληρωματικά και υποστηρικτικά ενισχύει τις πολιτικές των κρατών για την κοινωνική ένταξη και την κοινωνική προστασία των μελών της, σύμφωνα με την «Ευρώπη 2020», αφού αποτελεί την πλέον έξυπνη λύση καταπολέμησης της ανεργίας και της φτώχειας.

4.1.1. Αντιμετώπιση κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα

Η ελληνική νομοθεσία μέσω του συντάγματος της ήδη από το 1975, όπως και οι υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, έχει συμπεριλάβει έναν κατάλογο των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων το άτομου. Στόχος του καταλόγου αυτού είναι μέσω της αναφοράς στα δικαιώματα της κοινωνικής πρόνοιας, να προστατευθούν οι ευάλωτες και κοινωνικά περιθωριοποιημένες πληθυσμιακές ομάδες. Πρόκειται λοιπόν για συνταγματικές κατοχυρώσεις που αποσκοπούν όσο το δυνατόν περισσότερο στην βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των πολιτών, αν και στις τροπολογίες γίνεται αναφορά στην υποχρεωτική μέριμνα με σκοπό την εξασφάλιση του «ελάχιστου», δηλαδή την κάλυψη των βασικών αναγκών που δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να συγχέεται με την απόπειρα βελτίωσης της ποιότητας ζωής.

Πιο αναλυτικά, το ελληνικό σύνταγμα προβλέπει την κοινωνική μέριμνα και προστασία των πολιτών της, και ειδικότερα των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, μέσω των παραγράφων 2, 3 και 6 του 21ου άρθρου του Συντάγματος, όπως προέκυψε μετά την Αναθεώρηση, ως μέρος του γενικού δικαιώματος του ανθρώπου για κοινωνική πρόνοια. Από αυτό το άρθρο προκύπτουν μεμονωμένες εμφανίσεις με αποδέκτες επιμέρους πληθυσμιακών ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, μέσω των διατάξεων αυτών τα όργανα του κράτους αναλαμβάνουν να νομοθετούν και να εφαρμόζουν τους κανόνες δικαίου, ιδίως σε περιπτώσεις άσκησης διακριτικής ευχέρειας από τη διοίκηση ή ερμηνείας αόριστων εννοιών, κατά τρόπο σύμφωνο με τις απαιτήσεις της. Επιπλέον, το άρθρο 21 κατοχυρώνει την υποχρέωση του νομοθέτη να λαμβάνει εξειδικευμένα μέτρα για την ανακούφιση ατόμων και κοινωνικών ομάδων, σε θέματα κοινωνικής πρόνοιας (Μανιτάκης, 1998).

Ειδική αναφορά γίνεται στα άτομα που χρήζουν ειδικής φροντίδας από τους κρατικούς φορείς, δηλαδή όσους πάσχουν από ανίατη σωματική ή πνευματική νόσο. Η συνταγματική εντολή επιβάλλει στον κοινό νομοθέτη να συγκεκριμενοποιήσει τις προϋποθέσεις και τις τεχνικές την εν λόγω προνοιακής προστασίας, ενώ παράλληλα διευκρινίζονται ως αποδέκτες της συνταγματικής εντολής όσοι πάσχουν από αναπηρία (Λεβέντης, Κρεμάλης, Κοντιάδης, 1997). Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί ότι το άρθρο αυτό λειτουργεί ως μια αισιόδοξη συνταγματική πρόοδος για την Ελλάδα, αφού αντίθετα με τις υπόλοιπες βιομηχανικές χώρες της Δύσης η Ελλάδα μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο δεν προχώρησε στην ανάπτυξη και εξέλιξη του κράτους πρόνοιας. Την άποψη αυτή υποστηρίζει ο Αλέξανδρος Αφουνεξίδης που ισχυρίζεται πως «Η αναγκαστική επιβίωση και συστηματοποίηση παραδοσιακών μορφών άτυπης πρόνοιας (οικογένεια, αλληλοβοήθεια, άτυπες μορφές εργασίας), σε συνδυασμό με το χαρακτήρα της ελληνικής οικονομίας, ουσιαστικά επέτρεψαν την ανάπτυξη του συνόλου της κοινωνίας δίχως την παροχή οργανωμένης βοήθειας από το κράτος». Αντιθέτως, το κράτος πρόνοιας λειτούργησε ως δικλείδα ασφάλειας για το υπόλοιπο Δυτικό μπλοκ, χωρίς όμως να υπάρχει αντίστοιχη κινητικότητα για να ανταποκριθεί η χώρα στην επιτακτική ανάγκη ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους δικαίου.

Από πολύ νωρίς μπορούν να διακριθούν ορισμένες αποσπασματικές προσπάθειες προσέγγισης του φαινομένου της φτώχειας, που θεωρείται το βασικότερο αίτιο του κοινωνικού αποκλεισμού στις σύγχρονες κοινωνίες. Βάσει των παρεμβάσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο ελληνικός επιστημονικός χώρος ήδη από το 1980 καταγράφει και προσπαθεί να αναλύσει το φαινόμενο της φτώχειας σε μια προσπάθεια ανάλυσης της. Μάλιστα, από τη δεκαετία του 90' και μετά παρατηρείται μια σχετική στροφή στην βιβλιογραφία, η οποία αρχίζει να επικεντρώνεται περισσότερο στην έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού παρά το φαινόμενο της φτώχεια (Παπαδοπούλου, 2002). Αναλυτικότερα, το τότε Υπουργείο Συντονισμού και το Ελληνικό Κέντρο Ευρωπαϊκών Μελετών και Ερευνών (ΕΚΕΜΕ) σε συνεργασία με την ΕΟΚ, το 1982 και χάρις το συστηματικό της έργο για το φαινόμενο της φτώχειας εκδίδει την έρευνα με τίτλο «Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα» (Παπαδοπούλου, 2002).

Ο όρος του κοινωνικού αποκλεισμού φαίνεται σταδιακά να κερδίζει έδαφος και να εμφανίζεται επίσημα το 1990 στο πλαίσιο των παρατηρητηρίων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από το Εθνικό Παρατηρητήριο καταπολέμησης του κοινωνικού Αποκλεισμού. Οι εργασίες του «Εθνικού Παρατηρητηρίου καταπολέμησης του Κοινωνικού Αποκλεισμού», χωρίζονται σε πέντε εκθέσεις, στις οποίες γίνεται μια συστηματική προσπάθεια προσδιορισμού τόσο της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού, αλλά και της περιγραφής των διαστάσεων που έχει προσλάβει εντός των χώρων της απασχόλησης, της υγείας – ιατρικής περίθαλψης, της κατοικίας, του γεωγραφικού χώρου, αλλά και των πολιτικών, ιδίως για τις ειδικές πληθυσμιακές κατηγορίες (Παπαδοπούλου, 2002). Ως συνέχεια του έργου αυτού το Παρατηρητήριο «Κοινωνικού Αποκλεισμού, Φτώχειας και Νέας Μετανάστευσης» του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, τέσσερα χρόνια αργότερα κυκλοφορεί έναν βιβλιογραφικό οδηγό που είχε τίτλο «Φτώχεια- Κοινωνικός Αποκλεισμός, περίοδος 1970-1995» (Παπαδοπούλου, 2002). Αντίστοιχες πρωτοβουλίες συνέχισαν να εμφανίζονται σπασμωδικά ανά τα έτη μέχρι και το 1999, που το Ίδρυμα Νίκου Πουλαντζά σε συνεργασία με το Συμβούλιο της Ευρώπης, στο έργο «Ανθρώπινη Αξιοπρέπεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός Εκπαιδευτική Πολιτική στην Ευρώπη»,

προσπαθεί να προσεγγίσει το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού όσον αφορά στη σχέση του με την εκπαιδευτική διαδικασία και τους παράγοντες που ωθούν το παιδί στον κοινωνικό αποκλεισμό, την παρουσίαση των ομάδων των παιδιών που είναι πιο ευάλωτα, αλλά και τρόπους αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού μέσα από μορφές τυπικής και άτυπης εκπαίδευσης, με ή χωρίς την δράση ιδρυμάτων ή μη κυβερνητικών οργανώσεων.

Όλες οι προαναφερθείσες έρευνες, καθώς και οι διάφορες που έγιναν στο μεσοδιάστημα αλλά και μέχρι σήμερα, κάνουν εμφανές το πρόβλημα της αποσπασματικής προσέγγισης του κοινωνικού αποκλεισμού. Η απουσία της συστηματικής προσπάθειας διερεύνησης του κοινωνικού αποκλεισμού λειτουργεί ανασταλτικά στον περιορισμό του.

4.1.2. Αντιμετώπιση κοινωνικού αποκλεισμού ευπαθών ομάδων

Βασικό αίτιο του κοινωνικού αποκλεισμού των ευπαθών ομάδων, όπως είχαμε μελετήσει νωρίτερα, είναι και η οικονομική τους αδυναμία να ανταποκριθούν στις δαπάνες συμμετοχής του στις δημόσιες δομές ιατρικής περίθαλψης, πόσο μάλλον ιδιωτικής. Σίγουρα μέσα από τις πολιτικές ενίσχυσης της οικονομικής κατάστασης του ελληνικού πληθυσμού και την καταπολέμηση της ανεργίας, οι ευπαθείς ομάδες δύνανται να επωφεληθούν μακροπρόθεσμα, εντούτοις το πρόβλημα που βιώνουν και αντιμετωπίζουν τη σημερινή εποχή θα εξακολουθεί να τους ταλανίζει.

Αδιαμφισβήτητο ρόλο διαδραματίζει επομένως η ίδια η κοινωνία στην αντιμετώπιση και περιορισμό του κοινωνικού αποκλεισμού. Η Πετράκη έχει επισημάνει, ωστόσο, πως η εκτεταμένη χρήση γενικών κατηγοριοποιήσεων, όπως είναι οι αναφορές σε ευάλωτες ομάδες, σε μετανάστες, αλλοδαπούς συμβάλλουν στο στιγματισμό των κοινωνικών αυτών ομάδων και κατ' επέκταση κοινωνικό τους αποκλεισμός (1998). Μάλιστα, υπογραμμίζει πως καλλιεργείται το αίσθημα το δυαδισμού και της διχοτόμησης των μελών της κοινωνίας «οι μέσα και οι έξω έχουν ως αποτέλεσμα τη στιγματοποίηση των πληθυσμών μέσω του ορισμού, της κατάταξης και της ταξινόμησης.» Η γλώσσα ενισχύει και επικυρώνει την διαφοροποίηση και την διάκριση αυτή, ιδίως όταν υιοθετείται από τη δημοσιογραφική και κρατική γλώσσα των δημόσιων υπηρεσιών.

Απαραίτητη κρίνεται η δημιουργία ενός κράτους πρόνοιας, το οποίο θα συνδράμει στην μείωση της ανεργίας, ενισχύοντας τους ανέργους να ανακάμψουν και ορθοποδήσουν στα πόδια τους, εξασφαλίζοντας τους το δικαίωμα της αξιοπρεπούς διαβίωσης. Μέσω της αντικατάστασης του χαμηλού επιδόματος ανεργίας, αλλά και την γενικότερη τάση παροχής συμπληρωματικών βοηθητικών επιδομάτων, όπως το επίδομα στέγης, παιδιού κλπ., όπως συμβαίνει στα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη, η κοινωνία θα στρέψει την προσοχή της στο μείζον ζήτημα της καταπολέμησης της χρόνιας ανεργίας και της αναζωογόνησης της αγοράς εργασίας, παρά την υπάρχουσα οικονομική κρίση, μέσα από την ενίσχυση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και της ενθάρρυνσης των επενδύσεων. Οφείλουμε, επομένως, να διαθέσουμε ένα σημαντικό ποσοστό της κρατικής χρηματοδότησης στη βελτίωση των επαγγελματικών προοπτικών. Με την αλλαγή αυτή θα δημιουργηθούν νέες θέσεις εργασίας, δίνοντας την ευκαιρία σε μειονοτικές ομάδες, όπως οι πρόσφυγες, να ενταχθούν στον εργασιακό χώρο αμβλύνοντας την υπάρχουσα απόκλιση μεταξύ των γηγενών και εξασφαλίζοντας πρόσβαση στα ταμεία δημόσιας ασφάλισης και κατ' επέκταση στο χώρο της ιατρικής περίθαλψης. Άλλωστε, ο εργασιακός χώρος συμβάλλει στη

γεφύρωση των σχέσεων μεταξύ γηγενών και μειονοτικών ομάδων, αφού η συνεχής αλληλεπίδραση στον εργασιακό χώρο συμβάλλει στην ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων.

Ωστόσο κρίνεται απαραίτητη και η στήριξη των ομάδων αυτών μέσω της δημιουργίας προγραμμάτων εκπαίδευσης, εξειδίκευσης και κατάρτισης, αλλά και τη στήριξη στον εργασιακό χώρο, ώστε να ενισχύσουν την προσπάθεια των κοινωνικά αυτών αποκλεισμένων ομάδων να βρουν αλλά και να μονιμοποιηθούν σε μια θέση εργασίας. Επομένως, η ένταξη μιας ομάδας σε μια κοινωνία αποτελεί μια πολυδιάστατη διαδικασία που χρήζει την κρατική προσοχή σε πλήθος τομέων.

Η εύρεση εργασίας, πρέπει να συνοδεύεται από την ολιστική μόρφωση του ατόμου, ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί και στις καθημερινότερες διαδικασίες. Απαιτείται ένα πρόγραμμα ένταξης και πρόσβασης όχι μόνο στον εργασιακό χώρο, αλλά και στη στέγαση, σε δημόσιες υπηρεσίες – που σχετίζονται με την εκπαίδευση με σκοπό την γεφύρωση των πολιτισμικών διαφορών, αλλά και την υγεία-, σε ιδιωτικές υπηρεσίες – όπως είναι τραπεζικοί οργανισμοί- και τη συμμετοχή σε εκδηλώσεις/ δραστηριότητες που θα ενισχύσουν την κοινωνιοποίηση των πολιτιστικών, θρησκευτικών διαφορών.

Το κράτος θα μπορούσε να δημιουργήσει για τον λόγο αυτό έναν κρατικό οργανισμό που θα προσλάμβανε τους χρόνια ανέργους, αποσκοπώντας στην ουσιαστική επανένταξή τους στον εργασιακό χώρο μέσα από την επιμόρφωσή τους. Άλλωστε, μέσα από την ανάληψη μιας θέσης εργασίας και την ουσιαστική προσφορά στο κοινωνικό σύνολο, οι μέχρι τώρα περιθωριοποιημένες κοινωνικές ομάδες θα αισθανθούν επιτέλους αποδεκτές, συμβάλλοντας στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους, αφού καλλιεργείται το αίσθημα της συνεχούς βελτίωσης.

Ωστόσο, κρίσιμο ρόλο διαδραματίζουν και οι βασικοί φορείς κοινωνικοποίησης του ατόμου. Όπως προαναφέρθηκε, η πλειονότητα των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων πρόκειται για μετανάστες – νόμιμους ή μη-, Ρομά και γενικότερα ομάδες που διαφοροποιούνται από την γενικότερα κοινωνικά αποδεκτή νόρμα. Μεγάλο ρόλο στην περιθωριοποίηση των ομάδων αυτών διαδραματίζει ο φόβος προς το διαφορετικό, που πολλές φορές πηγάζει από την ίδια την άγνοια των ανθρώπων. Για το λόγο αυτό, οφείλει η κοινωνία εξ αρχής να λάβει θέση, ενθαρρύνοντας τους γονείς να αναπτύξουν στα παιδιά τους το αίσθημα της αποδοχής για το διαφορετικό, μέσα από πλήθος δραστηριοτήτων, όπως επίσκεψη σε πολιτισμικά μουσεία άλλων λαών που βρίσκονται στη χώρα μας. Παράλληλα, τα σχολεία και το εκπαιδευτικό σύστημα, μέσα από την αναβάθμιση των ανθρωπιστικών μαθημάτων δύνανται να καλλιεργήσουν την εν συναίσθηση της νεότερης γενιάς, διευρύνοντας τους πνευματικούς τους ορίζοντες εκθέτοντας σε λογοτεχνικά κείμενα άλλων λαών, στα οποία αποτυπώνονται τα άγχη και οι δυσκολίες τους, ενθαρρύνοντας την διεκπεραίωση συνεργασιακών μαθημάτων, αλλά και μέσα από ημερίδες και εθελοντικές δράσεις ενίσχυσης των κοινωνικά αποκλεισμένων. Τα σχολεία επίσης μπορούν να οργανώσουν φιλανθρωπικές ή εθελοντικές δράσεις στοχεύοντας στην έμπρακτη συμμετοχή των μαθητών τους και την αλληλεπίδρασή τους με τους μη γηγενείς ή κοινωνικά περιθωριοποιημένους. Μέσα από τη βιωματική μάθηση, δηλαδή, το κράτος θα μπορούσε να στοχεύσει στην καλλιέργεια φιλικών αισθημάτων για το διαφορετικό από μια τρυφερή ηλικία, που το μίσος ή ακόμα και ο φόβος για το διαφορετικό δεν έχει εδραιωθεί στις καρδιές τους. Άλλωστε, όπως προαναφέρθηκε,

το σχολείο αποτελεί τον δεύτερο βασικότερο φορέα κοινωνικοποίησης του ατόμου, μετά την οικογένεια, αλλά τον βασικό καθρέφτη της κοινωνίας και των κοινωνικών επιταγών με τις οποίες θα έρθει αντιμέτωπος ο νέος κατά την ενηλικίωσή του.

Αντίστοιχες εθελοντικές δράσεις μπορούν να πραγματοποιούνται σε επίπεδο δήμων μέσα από την οργάνωση συσσιτίων, ανέγερση προσωρινών προκάτ παροχής ιατρικής περίθαλψης ή συλλογής δωρεών για την προώθηση τις κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες, όπως πρόσφυγες σε προσφυγικά camp. Όπως είναι άλλωστε γνωστό και από την διαδεδομένη χρήση του εθελοντισμού στον 21ο αιώνα, ο κρατικός μηχανισμός αδυνατεί να ανταποκριθεί πάντα με επιτυχία σε όλες τις κοινωνικές απαιτήσεις, ειδικά σε πανελλαδικό επίπεδο. Εξού και η δημοτική παρέμβαση, ειδικά σε παραμεθόριες περιοχές, όπως το νησί της Σάμου, που εγκαθίστανται προσωρινά μεν, αλλά υποχρεωτικά από το κράτος, μετανάστες και αλλοδαποί δύναται να είναι καθοριστικής σημασίας για την εξασφάλιση της κοινωνικής ευρυθμίας. Ο γηγενής πληθυσμός θα μπορούσε να συμβάλλει στην ομαλή ένταξη τους στο προσωρινό τόπο κατοικίας τους, αμβλύνοντας τις υπάρχουσες κοινωνικές αναταραχές.

4.1.3. Αντιμετώπιση κοινωνικού αποκλεισμού ηλικιωμένων μετά την πανδημία

Με την σταδιακή άρση των μέτρων και τη παροχή μεγαλύτερης ελευθερίας στους πολίτες να κυκλοφορούν στη μεταβατική αυτή τη περίοδο μετά την έξαρση του κορωνοϊού, παραμένει ακόμα φλέγον το ζήτημα της επανένταξης της 3^{ης} ηλικίας στο κοινωνικό σύνολο. Τα στοιχεία της βιβλιογραφίας επισημαίνουν ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιο πιθανό να ζουν ανεξάρτητα, με τη συστέγαση με παιδιά να γίνεται λιγότερο συχνή. Ενώ οι ρυθμίσεις διαβίωσης διαφέρουν ουσιαστικά μεταξύ χωρών και περιοχών, σημαντικές αλλαγές έχουν λάβει χώρα σε πολλές περιοχές του κόσμου. Σε πιο ανεπτυγμένες περιοχές η διαβίωση μόνο με σύζυγο είναι η πιο κοινή διαβίωση μεταξύ των ηλικιωμένων, ακολουθούμενη από τη μοναχική διαβίωση (Ferre&Rafeh, 2020). Από την άλλη πλευρά, ηλικιωμένοι που ζουν σε οίκους ευγηρίας αν και θα έπρεπε να θεωρείτε ότι είναι πιο ασφαλής, στην πραγματικότητα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν και να πεθάνουν, λόγω της κοντινής απόστασης που έχουν μεταξύ τους. Για το λόγο, αυτό πλήθος εγκαταστάσεων συνεχίζουν να επιβάλλουν μέτρα που περιορίζουν την πρόσβαση συγγενικών τους προσώπων στους χώρος των γηροκομείων, σκοπεύοντας να διασφαλίσουν τη σωματική τους ακεραιότητα, αγνοώντας ωστόσο τις αρνητικές επιπτώσεις που ελλοχεύει η απομόνωση αυτή στη ψυχοσύνθεσή τους. Οι πολιτικές για τους επισκέπτες πρέπει να εξισορροπούν την προστασία των ηλικιωμένων κατοίκων με την ανάγκη τους για οικογένεια και σύνδεση. Οι πολιτικές θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι τα ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν σε μακροχρόνιες εγκαταστάσεις έχουν ίση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε όλες τις χώρες (Ferre&Rafeh, 2020).

Εξίσου σημαντική είναι η κρατική μέριμνα για τους ηλικιωμένους που στηρίζονται στην κατ' οίκον ιατρική περίθαλψη. Για την διασφάλιση της ομαλής συνέχειας των αντίστοιχων υπηρεσιών και λειτουργιών, οφείλουν οι κοινοτικοί και δημόσιοι οργανισμοί, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και άλλοι πάροχοι βασικών υπηρεσιών να είναι σε θέση να υλοποιήσουν χωρίς διακοπές τις βασικές λειτουργίες για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Οι παροχές αυτές δεν θα πρέπει να περιορίζονται στις ιατρικές παροχές, αφού ένας βασικός λόγος που βιώνουν περιθωριοποίηση οι ηλικιωμένοι είναι ο αποκλεισμός τους από την πληροφόρηση ή την πρόσβαση τους σε αυτήν. Αναλυτικότερα, αναφερόμαστε για την πληροφόρηση που στηρίζεται στη χρήση

του διαδικτύου και των νέων τεχνολογιών, τομείς που φαντάζουν ξένοι για την 3^η ηλικία. Αν και ο ρόλος τους διαδικτύου και άλλων ψηφιακών τεχνολογιών έχει ενισχυθεί από τα μέτρα που σχετίζονται με τον Covid-19, τα ηλικιωμένα άτομα συνεχίζουν και παραμένουν σχετικά αποκλεισμένοι από τα τεχνολογικά αυτά μέσα (Ferre&Rafah, 2020).

4.1.4. Πολιτικές Αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού των χρηστών ναρκωτικών

Στην προσπάθεια αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού του γενικότερου συνόλου χρηστών ναρκωτικών, το ελληνικό κράτος μερίμνησε μέσα από τη δημιουργία ενός συνόλου από νόμους. Πιο συγκεκριμένα οι πιο σημαντικές νομοθετικές παρεμβάσεις:

Α) Το 1983 ξεκινά το πρώτο θεραπευτικό πρόγραμμα στην Ελλάδα για τα ναρκωτικά, η θεραπευτική κοινότητα ΙΘΑΚΗ στη Σίνδο Θεσσαλονίκης, στο πλαίσιο του Ειδικού Θεραπευτικού Προγράμματος Εξαρτημένων Ατόμων.

Β) Το 1987 γίνεται η πρώτη προσπάθεια για σφαιρική αντιμετώπιση του ζητήματος των ναρκωτικών, η οποία καταδεικνύει και την αλλαγή στη φιλοσοφία της πολιτικής για την αντιμετώπιση του φαινομένου των ναρκωτικών, με την ψήφιση του νόμου 1729/87, (Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις). Το καινούργιο στοιχείο που εισήγαγε αυτός ο νόμος ήταν η θεώρηση του χρήστη ως «ασθενή» αντί «εγκληματία» και ο διαχωρισμός των χρηστών σε εξαρτημένους και μη. Παράλληλα με την καταστολή, έδινε ιδιαίτερη προσοχή στην πρόληψη –με τη δημιουργία συμβουλευτικών σταθμών και άλλων σχετικών υπηρεσιών - στη θεραπεία- με τις ρυθμίσεις για εθελοντική ή υποχρεωτική παρακολούθηση θεραπευτικών προγραμμάτων και στην επανένταξη. Με τον ίδιο νόμο ιδρύεται το ΚΕΘΕΑ.

Θεσμοθετείται επίσης η λειτουργία ενός κεντρικού συντονιστικού οργάνου, του Κεντρικού Συμβουλίου για την Καταπολέμηση της διάδοσης των Ναρκωτικών (ΚΕΣΥΚΑΝΑ) και έγινε ορατή η διεύρυνση της πολιτικής αντιμετώπισης από το μοντέλο κατασταλτικών μέτρων για τη μείωση της προσφοράς προς το μοντέλο της μείωσης της ζήτησης.

Γ) Το 1994, με απόφαση του υπουργού Υγείας (24.11.1993), εκχωρείται στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) η λειτουργία του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ), στα πλαίσια του δικτύου των Εθνικών Κέντρων του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας (EMCDDA). Ρόλος του ΕΚΤΕΠΝ είναι η συλλογή αξιόπιστων και συγκρίσιμων πληροφοριών για όλες τις παραμέτρους του προβλήματος των ναρκωτικών στον ελληνικό χώρο και η παροχή τους στο Ευρωπαϊκό Κέντρο.

Δ) Το 1995, με διάταξη του νόμου 2331/95 προβλέπεται η διακοπή της ποινικής δίωξης του χρήστη, ο οποίος με δική του επιθυμία εντάχθηκε σε θεραπευτικό πρόγραμμα, καθώς και η δυνατότητα αναστολής της ποινής μετά από την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος. Την ίδια χρονιά, ιδρύεται Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας (η τότε ονομασία του: «Σχολή Στελεχών Προγραμμάτων Πρόληψης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας»). Την ευθύνη για τη λειτουργία της Σχολής (μετέπειτα) έχει το ΕΠΨΥ σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ.

Ε) Το 1996, ο ΟΚΑΝΑ ξεκινά την ανάπτυξη ενός δικτύου πρόληψης σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και ιδρύονται τα δύο πρώτα Κέντρα Πρόληψης (το 1997 άλλα

8, το 1998 άλλα 23, το 1999 άλλα 7, το 2000 άλλα 8, το 2001 άλλα 6, το 2002 άλλα 8, το 2003, το 2005, το 2008, το 2012 και το 2013 από ένα, το 2006 5 και το 2014 τα τελευταία 2). Σήμερα, συνολικά λειτουργούν 75 Κέντρα Πρόληψης.

Z) Το 1997, δημιουργείται από τον ΟΚΑΝΑ το πρώτο κέντρο κοινωνικής επανένταξης που στόχο έχει τον επαγγελματικό προσανατολισμό των αποφοίτων των Προγραμμάτων Αποκατάστασης. Την ίδια χρονιά ψηφίζεται ο νόμος 2472/1997, παράλληλα με την επεικέστερη στάση απέναντι στο χρήστη η νομοθεσία παίρνει σκληρότερη στάση έναντι των εμπόρων ναρκωτικών και ιδιαίτερα αυτών που πωλούν ναρκωτικά σε ανήλικους (εισαγωγή του όρου «ιδιαίτερα επικίνδυνος» με το νόμο).

H) Το 1998 συστήνεται Διακομματική Κοινοβουλευτική Επιτροπή για τα Ναρκωτικά, με την υπ' αριθμ. 203/136/15.1.1998 απόφαση. Σκοπός της Επιτροπής είναι η συνεχής παρακολούθηση και αξιολόγηση των νέων δεδομένων του προβλήματος, η εισήγηση μέτρων και η διαμόρφωση προτάσεων για την αποτελεσματικότερη δράση σε εθνικό επίπεδο, για τη βελτίωση της κείμενης νομοθεσίας και για την εναρμόνιση των θεσμών και δραστηριοτήτων στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Παράλληλα, την ίδια χρονιά ο ΟΚΑΝΑ δημιουργεί το Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης με σκοπό την επαγγελματική κατάρτιση των ατόμων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία στα προγράμματα υποκατάστασης, ενώ το ίδιο έτος το ΚΕΘΕΑ πιστοποιείται ως εξειδικευμένο κέντρο κατάρτισης και υποστήριξης απεξαρτημένων ατόμων στις περιοχές της Αττικής, Θεσσαλίας και Μακεδονίας.

Θ) Το 2000η υπουργική απόφαση (30278/2000) του Υπουργείου Εργασίας θεσπίζει τη δημιουργία επιδοτούμενων θέσεων εργασίας για τα απεξαρτημένα άτομα. Συγκεκριμένα, προβλέπεται η χορήγηση επιδότησης από τον ΟΑΕΔ προς τους εργοδότες σε περίπτωση που προσλάβουν απεξαρτημένα άτομα. Μάλιστα, το 2001 εκπονείται το πρώτο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την καταπολέμηση της Ουσιοεξάρτησης, ενώ με το νόμο 2955/2001, προβλέπεται η χορήγηση ανταγωνιστικών ουσιών από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς, σύμφωνα με απόφαση του Υπουργού Υγείας και την γνώμη του ΟΚΑΝΑ.

I) Το 2011, σύμφωνα με τροπολογία που συμπεριλήφθηκε στο νόμο 3966/2011 αλλάζει το άρθρο 61 του νόμου. 3459/2006 «κώδικας Νόμων για τα Ναρκωτικά» και προβλέπει τη μετονομασία των Κέντρων Πρόληψης σε Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας, τα οποία επεκτείνουν τη δραστηριότητά τους στην πρόληψη όλων των εξαρτήσεων με στόχο την περαιτέρω ισχυροποίηση της προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας. Με βάση το νόμο πρέπει να καταρτιστεί ένας Ενιαίος Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης, στον οποίο θα ρυθμίζονται, μεταξύ άλλων, οι όροι και ο τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των Κέντρων, ο τρόπος άσκησης της επιστημονικής παρακολούθησης, εποπτείας και ελέγχου τους από τον ΟΚΑΝΑ, καθώς και η διαδικασία και τα κριτήρια αξιολόγησης και πιστοποίησης της λειτουργίας του επιτελούμενου έργου και των εργαζομένων των Κέντρων.

K) Τον Μάρτιο του 2013 ψηφίστηκε ο νέος νόμος για τα ναρκωτικά. Ο νόμος 4139/13 αναθεωρεί την ποινική αντιμετώπιση των εξαρτημένων παραβατών και θεσμοθετεί ένα πλαίσιο συντονισμού στο χώρο των ναρκωτικών. Παράλληλα, διασφαλίζεται το δικαίωμα στη θεραπεία και προβλέπεται η επιβολή εναλλακτικών

της φυλάκισης μέτρων, δηλαδή της θεραπείας εντός και εκτός των φυλακών. Εάν ο εξαρτημένος δηλώσει ότι επιθυμεί να ξεκινήσει θεραπεία, υποβάλλεται σε πρόγραμμα σωματικής αποτοξίνωσης τριών (3) εβδομάδων προκειμένου να ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα εντός φυλακής. Κατόπιν επιτυχούς ολοκλήρωσης του προγράμματος αυτού μπορεί να απολυθεί υπό τον όρο να παρακολουθήσει θεραπευτικό πρόγραμμα εκτός φυλακής. Ο χρόνος παραμονής στο πρόγραμμα θεωρείται χρόνος έκτισης ποινής.

4.1.5. Πολιτικές Αντιμετώπισης του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα

Το κοινωνικό δίκτυο ασφαλείας αποτελεί το βασικό χαρακτηριστικό στη Μεσογειακή Ευρώπη ως μέτρο αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού. Δυστυχώς βάσει στοιχείων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το σύνολο των κοινωνικών παροχών κατορθώνουν να μειώσουν την φτώχεια κατά ένα μόνο τοις εκατό (1%) εξαιτίας κυρίως της επιφανειακής και βραχυπρόθεσμης αντιμετώπισης του κοινωνικού φαινομένου. Δεδομένου ότι οι εθνικές κοινωνικές δαπάνες δεν είναι πολύ μικρότερες του Ευρωπαϊκού μέσου, δεν κατάφεραν να μειώσουν της συνέπειες του φαινομένου στην Ελλάδα, εξαιτίας της ταύτισης της κοινωνικής ασφάλισης και της κοινωνικής προστασίας.

A) Οι συντάξεις ως μέτρο δεν επέφεραν το επιθυμητό αποτέλεσμα παρά το γεγονός ότι το 13% του ΑΕΠ κατευθυνόταν προς το σκοπό αυτό, το 1/3 των δικαιούχων εμφάνιζε χαρακτηριστικά εκτεταμένης φτώχειας, εξαιτίας των διαφορετικών τρόπων υπολογισμού συντάξεων (χαμηλές μη ανταποδοτικές συντάξεις ΟΓΑ, στρεβλώσεις του ΕΚΑΣ).

B) Το επίδομα ανεργίας αν και ανταποδοτικό στη φύση του είναι περιορισμένης διάρκειας, με περιορισμένα κριτήρια και το δικαιούνται λιγότεροι από τους μισούς εγγεγραμμένους ανέργους.

Γ) Οι οικογενειακές μεταβιβάσεις αφορούν τρίτεκνους ή πολύτεκνους χωρίς πρόνοια για μικρότερες οικογένειες.

Δ) Τα επιδόματα παροχής σε ΑΜΕΑ, εξαρτάται από το είδος αλλά και ποσοστό αναπηρίας, καταδεικνύοντας μία επιλεκτική στόχευση του ελληνικού συστήματος κοινωνικής προστασίας.

Ε) Το σύνολο των Προγραμμάτων Επιδοματικής Ενίσχυσης που στην ολότητά τους παρουσιάζουν μειονεκτήματα καθώς για κάθε κατηγορία δικαιούχων προβλέπονται διαφορετικές προϋποθέσεις ένταξης και χορήγησης παροχών.

Στηριζόμενο το ελληνικό προνομιακό σύστημα σε μία φιλελεύθερη οπτική οικονομικής ανάπτυξης και μεγέθυνσης υποστηρίζει ότι η οικονομική ανάπτυξη θα δημιουργήσει καλύτερους όρους διαβίωσης για όλους, ενώ οι φτωχοί φέρουν ατομική ευθύνη για τη θέση τους.

Συμπεραίνουμε ότι στην Ελλάδα εγείρονται ζητήματα αποτελεσματικότητας και ουσιαστικής διάχυσης των κοινωνικών παροχών ως διαδικασίες πολιτικής άμβλυνσης των συνθηκών της Φτώχειας και του φαινομένου του Κοινωνικού Αποκλεισμού. Όπως αναφέρθηκε, οι πρόσφατα εθνικές κοινωνικές δαπάνες ήταν συγκρίσιμες της μέσης δαπάνης στην Ε.Ε., τα αποτελέσματα ήταν πολύ περιορισμένα. Συγκεκριμένα: Ο κατακερματισμός των προνοιακών και ανταποδοτικών επιδομάτων, η ταύτιση της κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας, η επιλεκτική στόχευση προγραμμάτων αντιμετώπισης της φτώχειας έχουν οδηγήσει στην αναποτελεσματικότητα και την αποτυχία των εθνικών δράσεων. Σύμφωνα με εκθέσεις διεθνών οργανισμών, τόσο η εστίαση και η προσήλωση σε πολιτικές που στηρίζονται σε νεοφιλελεύθερη

δράση, οδηγεί στην αναπαραγωγή τέτοιων προβλημάτων καθώς και στην όξυνση του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού. (OECD, 2016)

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Ο κοινωνικός αποκλεισμός πρόκειται για μια πραγματικότητα την οποία βιώνουν όλο και περισσότερο ομάδες που χαρακτηρίζονται μειονεκτικές. Παρά τις απόπειρες των τελευταίων δεκαετιών για την άμβλυνση του φαινομένου αυτού, η σύγχρονη πραγματικότητα όπως διαμορφώθηκε από τον Covid-19 συνέβαλε στην παλινδρόμηση του φαινομένου σε παγκόσμιο επίπεδο. Ειδικά, για μια χώρα όπως η Ελλάδα ο κοινωνικός αποκλεισμός και η δυνατότητα των ατόμων να αξιοποιήσουν τις ιατροφαρμακευτικές υποδομές της χώρας είναι δύο φαινόμενα που συνεχώς διογκώνονται.

Συμπερασματικά, η προτεινόμενη έρευνα για την ένταξη των κοινωνικά περιθωριοποιημένων ατόμων στο ελληνικό σύστημα υγείας είναι καθοριστικής σημασίας για διάφορους λόγους. Κατανοώντας τις ανάγκες και τις εμπειρίες αυτών των πληθυσμών, αυτή η έρευνα μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη προσαρμοσμένων και αποτελεσματικών στρατηγικών υγειονομικής περίθαλψης που βελτιώνουν τα αποτελέσματα υγείας των περιθωριοποιημένων ατόμων.

Η αντιμετώπιση του ζητήματος της πρόσβασης και της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη για τα κοινωνικά περιθωριοποιημένα άτομα στην Ελλάδα είναι υψίστης σημασίας για διάφορους λόγους. Πρώτον, η υγειονομική περίθαλψη είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και κάθε άτομο, ανεξάρτητα από το υπόβαθρό του, αξίζει πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, τα κοινωνικά περιθωριοποιημένα άτομα αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια. Η αντιμετώπιση αυτών των φραγμών και η διασφάλιση ότι οι κοινωνικά περιθωριοποιημένοι πληθυσμοί έχουν πρόσβαση στην κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη μπορεί όχι μόνο να βελτιώσει τα ατομικά τους αποτελέσματα αλλά και να προάγει τη δημόσια υγεία αποτρέποντας την εξάπλωση μολυσματικών ασθενειών και άλλων καταστάσεων υγείας.

Επιπλέον, η προώθηση της δίκαιης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη είναι απαραίτητη για την επίτευξη κοινωνικής δικαιοσύνης και τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Τέλος, η αντιμετώπιση της πρόσβασης και της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη για τα κοινωνικά περιθωριοποιημένα άτομα είναι ζωτικής σημασίας για τη συνολική λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Βελτιώνοντας την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για κοινωνικά περιθωριοποιημένους πληθυσμούς, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αυξήσει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, να μειώσει το κόστος υγειονομικής περίθαλψης που σχετίζεται με την επείγουσα περίθαλψη και να προωθήσει ένα πιο βιώσιμο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης συνολικά. Συνοπτικά, η αντιμετώπιση της πρόσβασης και της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη για τα κοινωνικά περιθωριοποιημένα άτομα στην Ελλάδα είναι απαραίτητη για την προαγωγή της ατομικής και δημόσιας υγείας, την επίτευξη κοινωνικής δικαιοσύνης και την προώθηση ενός πιο αποτελεσματικού και βιώσιμου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Τελικά, αυτή η εργασία υπογραμμίζει την επείγουσα ανάγκη για μελλοντικές μελέτες για τους κοινωνικά περιθωριοποιημένους πληθυσμούς στην Ελλάδα και υπογραμμίζει τη σημασία της αντιμετώπισης της πρόσβασης και της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη για όλα τα μέλη της κοινωνίας.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Γαλακτοπούλου, Ι.Ι., 2020. Ο κοινωνικός αποκλεισμός των μονογονεϊκών οικογενειών.

Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου, Α., 1998. Η ισότητα των φύλων: παγκόσμιο και ιδιαίτερα ευρωπαϊκό αίτημα» στο Μαγγανάρα, Ι.(επ. έκδ.) Εργασία, Συνδικαλισμός και Ισότητα των φύλων-Εισηγήσεις Σεμιναρίου. *Αθήνα, Οδυσσέας*.

Γκουγιάνου-Ζιάκα, Π.Α., Δεκαβάλλα, Α.Α. and Τσίγκου, Μ.Α., 2015. Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός στην Ελλάδα.Υφαντόπουλος, Γ.Ν., Μπαλούρδος, Δ. and Νικολόπουλος, Κ.Β., 2009. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις του κράτους πρόνοιας. *Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα*.

Δανουκάρη, Μ.Α., 2019. Η ελληνική ιθαγένεια ως εργαλείο κοινωνικής ενσωμάτωσης ή κοινωνικού αποκλεισμού των μεταναστών δεύτερης γενιάς.

Έμκε-Πουλοπούλου, Ή., 1983. Δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, pp.35-51.

Ζιάνη Α. 2009, «Τετράδια Ψυχιατρικής», Τεύχος 108, Αθήνα

Κασιμάτη, Κ., 1998. Ντίνα Βαΐου-Κωστής Χατζημιχάλης, Με τη ραπτομηχανή στην κουζίνα και τους Πολωνούς στους αγρούς-πόλεις, περιφέρειες και άτυπη εργασία. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, pp.337-341.

Κατρούγκαλος, Γ.Σ., 2011. The impact of the crisis on the Greek «economic constitution». *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, pp.71-100.

Καυταντζόγλου, Ι.Α., 2006. Κοινωνικός αποκλεισμός: εκτός, εντός και υπό, θεωρητικές, ιστορικές και πολιτικές καταβολές μιας διαφορούμενης έννοιας. *Θεωρητικές, Ιστορικές και Πολιτικές καταβολές μιας διαφορούμενης έννοιας. Αθήνα: Σαββάλας*.

Κοινωνική Προστασία, ο. π. σελ 164

Μακαρώνης, Α.Κ., 2011. Σταθερά σημεία αυτομορφισμών ελευθέρων ομάδων.

Μαλαβάζος, Θ., 2021. Ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός στο χώρο της υγείας. Στάσεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών έναντι των Ρομά.

Μαράτου-Αλιπράντη, Λ., Γκαζόν, Ε., Παπαλιού, Ο., Τσανίρα, Ε. and Φαγαδάκη, Ε., 2005. Μετανάστευση και Υγεία-Πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης-Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης. *Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ)/Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής (ΙΜΕΠΟ)*.

Ματσαγγάνης, Μ., 2012. Ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα. *ΝΕΑ ΦΤΩΧΕΙΑ*.

Μουσούρου, Λ., 1995. Η δομή της οικογένειας, οι παραλλαγές της και οι διαφυλικές σχέσεις, στο Παρασκευόπουλος. Στο *Ι. Παρασκευόπουλος, Η. Μπεζεβέγκης, Ν. Γιαννίτσας & Α. Καραθανάση (Επιμ.), Διαφυλικές σχέσεις*, pp.137-143.

- Παπατσιακμάκη, Γ.Θ., 2001. Διπλός κοινωνικός αποκλεισμός: όταν οι γυναίκες είναι άτομα με αναπηρίες. *Περιοδικό Αναπηρία Τώρα.. Ανακτήθηκε την*, 3(04), p.2019.
- Παπατσιακμάκη, Γ.Θ., 2006. *Κάπνισμα & άσκηση στην αναπηρία* (Master'sthesis).
- Πολεμικός, Ν. and Τσιμπιδάκη, Α., 2002. Η οικογένεια με ειδικές ανάγκες ως σύστημα. Στο Ν. Πολεμικός, Μ. Καΐλα & Φ. Καλαβάσης (Επ.). *Εκπαιδευτική, οικογενειακή και πολιτική ψυχοπαθολογία*, pp.325-336.
- Στεργίου, Α.Σ., 1999. Αναπηρία: Ένα γενικό πλαίσιο για τη μελέτη του κινδύνου της αναπηρίας, η αναπηρία στη νομοθεσία του ΙΚΑ. *Αντώνης Ν. Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη*.
- Τσαούσης, Δ.Γ., 2007. Η εκπαιδευτική πολιτική των διεθνών οργανισμών: παγκόσμιες και ευρωπαϊκές διαστάσεις.
- Τσιάκαλος, Γ., 1998. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ. *Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας & Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα*.
- Τσιάκαλος, Γ., 1998. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ. *Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας & Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα*.
- Φερόνας, Α., 2007. Η επίδραση της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής Απασχόλησης στην ελληνική πολιτική απασχόλησης: Μια περίπτωση «γνωσιακού» Εξευρωπαϊσμού. *Social Cohesion and Development*, 2(2), pp.109-127.
- Φερόνας, Α., ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ. *ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ*, p.61.
- Ψημμένος Ιορδάνης, Σκαμνάκης Χριστόφορος, *Οικιακή Εργασία των Μεταναστριών και*
- Ψημμένος, Ι., 2007. Αρχές Επιστημονικού Μάνατζμεντ.

Ξένη Βιβλιογραφία

- Abazajian, K., Adelman-McCarthy, J.K., Agüeros, M.A., Allam, S.S., Anderson, S.F., Annis, J., Bahcall, N.A., Baldry, I.K., Bastian, S., Berlind, A. and Bernardi, M., 2003. The first data release of the sloan digital sky survey. *The Astronomical Journal*, 126(4), p.2081.
- Arapoglou, V.P., 2004. The governance of homelessness in Greece: discourse and power in the study of philanthropic networks. *Critical Social Policy*, 24(1), pp.102-126.
- Bauman, Z., 2004. *Work, consumerism and the new poor*. McGraw-Hill Education (UK).
- Boda, K., Földes, Á.M., Gulyás, G.G. and Imre, S., 2012. User tracking on the web via cross-browser fingerprinting. In *Information Security Technology for Applications: 16th Nordic Conference on Secure IT Systems, NordSec 2011, Tallinn*,

Estonia, October 26-28, 2011, Revised Selected Papers 16 (pp. 31-46). Springer Berlin Heidelberg.

Carlin, R.E., Love, G.J. and Young, D.J., 2020. Political competition, partisanship, and interpersonal trust under party dominance: Evidence from post-apartheid South Africa. *Journal of Experimental Political Science*, 7(2), pp.101-111.

Dennison, J. and Geddes, A., 2020. Why COVID-19 does not necessarily mean that attitudes towards immigration will become more negative.

Evans, G.W., Lercher, P., Meis, M., Ising, H. and Kofler, W.W., 2001. Community noise exposure and stress in children. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 109(3), pp.1023-1027.

Feronas, A., 2011. EU Policy Against Poverty and Social Exclusion: A Critical Assessment. *INTE J OFAN*, 26(1-2), p.207.

Karanikola, P., Andrea, V., Tampakis, S. and Tsolakidou, A., 2020. Indoor and outdoor design in healthcare environments: The employees' views in the general university hospital of Alexandroupolis, Greece. *Environments*, 7(8), p.61.

Kourkine, I.V., Ristic-Petrovic, M., Davis, E., Ruffolo, C.G., Kapsalis, A. and Barron, A.E., 2003. Detection of Escherichia coli O157: H7 bacteria by a combination of immunofluorescent staining and capillary electrophoresis. *Electrophoresis*, 24(4), pp.655-661.

Lenoir, R., 1989. *Les exclus: unFrançais sur dix*. FeniXX

Liaropoulos, L., 2012. Greek economic crisis: not a tragedy for health. *Bmj*, 345.

Manderson, L. and Jolly, M. eds., 1997. *Sites of desire/economies of pleasure: Sexualities in Asia and the Pacific*. University of Chicago Press.

Mazel, D., 2006. Integrins: agents of bacterial evolution. *Nature Reviews Microbiology*, 4(8), pp.608-620.

McCartney, G., Popham, F., McMaster, R. and Cumbers, A., 2019. Defining health and health inequalities. *Public health*, 172, pp.22-30.

Miranda, D.E., Gutiérrez-Martínez, A. and Albar-Marín, M.J., 2020. Training for Roma health advocacy: a case study of Torreblanca, Seville. *Gaceta Sanitaria*, 36(2), pp.118-126.

Mossa-Basha, M., Meltzer, C.C., Kim, D.C., Tuite, M.J., Kolli, K.P. and Tan, B.S., 2020. Radiology department preparedness for COVID-19: radiology scientific expert review panel. *Radiology*, 296(2), pp.E106-E112.

Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Alegakis, A., Philalithis, A. and Koukouli, S., 2021, February. Self-Reported Assessment of Empathy and Its Variations in a Sample of Greek Social Workers. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 2, p. 219). MDPI.

Paugam, S., 1997. L'exclusion: Généalogie d'un paradigme social. *Sociétés&Représentations*, (2), pp.129-155.

Rousou, E., Kouta, C., Middleton, N. and Karanikola, M., 2013. Single mothers' self-assessment of health: A systematic exploration of the literature. *International Nursing Review*, 60(4), pp.425-434.

Schmitz, R.A., Klopprogge, K. and Grabbe, R., 2002. Regulation of nitrogen fixation in *Klebsiellapneumoniae* and *Azotobactervinelandii*: NifL, transducing two environmental signals to the nif transcriptional activator NifA. *Journal of molecular microbiology and biotechnology*, 4(3), pp.235-242.

Silver, P.G., Beck, S.L., Wallace, T.C., Meade, C., Myers, S.C., James, D.E. and Kuehnel, R., 1995. Rupture characteristics of the deep Bolivian earthquake of 9 June 1994 and the mechanism of deep-focus earthquakes. *Science*, 268(5207), pp.69-73.

Slepickova, L. and Bobakova, D.F., 2020. Conceptualization of Roma in policy documents related to social inclusion and health in the Czech Republic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), p.7739.

Townsend, P., 1986. Why are the many poor?. *International Journal of Health Services*, 16(1), pp.1-32.

Vretzakis, G., Georgopoulou, S., Stamoulis, K., Tassoudis, V., Mikroulis, D., Giannoukas, A., Tsilimingas, N. and Karanikolas, M., 2013. Monitoring of brain oxygen saturation (INVOS) in a protocol to direct blood transfusions during cardiac surgery: a prospective randomized clinical trial. *Journal of cardiothoracic surgery*, 8(1), pp.1-9.

Whitehead, M., Taylor-Robinson, D. and Barr, B., 2021. Poverty, health, and covid-19. *bmj*, 372.

Διαδικτυακές πηγές

http://europa.eu/geninfo/legal_notices_el.htm

<http://www.disabled.gr/diplos-kinonikos-apoklismos-otan-i-ginekes-ine-atoma-me-anapiries/>

ΕΛΣΤΑΤ(2011)«Ερευναεισοδήματοςκαισυνθηκώνδιαβίωσηςτωννοικοκυριών2011-ΚίνδυνοςΦτώχειας»,2012,Πειραιάς(Availableat:www.Statics.gr)

FEANTSA(2006),“ETHOS–TakingStock”,Brussels.(Availableat:<http://www.feantsa.org/spip.php?article120>)

VassilikiKoutsogeorgopoulou, Manos Matsaganis, ChrysaLeventi, Jan-DavidSchneider (2013) “Fairly Sharing the Social Impact of the Crisis in Greece” - [OECD Economics Department Working Papers](#)

FEANTSA(2011):“Impactofanti-crisisausteritymeasuresonhomelesssservicesacrosstheEUFEANTSAPolicyPaper.Brussels:EuropeanFederation Of National Organizations Working with the Homeless.(Availableat:<http://www.feantsa.org/spip.php?article120>)

http://www.theseis.com/index.php?option=com_content&task=view&id=685&Itemid=29ΜΙ
ΣΘΩΤΗΡΓΑΣΙΑΚΑΙΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ(ΤΕΥΧΟΣ69ΠΕΡΙΟΔΟΣΟΚ
ΤΩΒΡΗΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΗΣ1999)ΘανάσηςΑλεξίου

http://www.epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_7466.html-194Ελληνική
Κοινωνική Έρευνα

<http://www.50plus.gr/common/getfile/id=91>Κατάσταση φτώχειας στην Ευρώπη και
στην Ελλάδα

<http://www.ar2003.emcdda.europa.eu/el/page075-el.html-27>Σχέση μεταξύ
κοινωνικού αποκλεισμού και χρήσης ναρκωτικών

<http://www.vlioras.gr/philologia/composition/amea.htm>Άτομα με ειδικές ανάγκες

<http://www.disabled.gr/lib/p=11565>Ανθρώπινα δικαιώματα ,φτώχεια και κοινωνικός
αποκλεισμός

<http://www.inpsy.gr/articles/abuse/htm>Φορείς που εκτελούν προγράμματα για
εξαρτημένα από φαρμακευτικές ουσίες άτομα

<http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/el/displayftu.html>Ευρωπαϊκό
Κοινοβούλιο

<http://www.ec.europa.eu/esf/main.jsp>Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Νόμοι

Νόμος 4686/2020: Μέτρα για την προστασία της δημόσιας υγείας από τη διάδοση του COVID-19. Αυτός ο νόμος περιλαμβάνει μέτρα για την προστασία των ευάλωτων ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων, όπως ο περιορισμός της μετακίνησής τους, η παροχή οικονομικής βοήθειας και η παροχή υποστήριξης σε γηροκομεία και φροντιστές.

Κοινή Υπουργική Απόφαση 1219/2020: Μέτρα για την προστασία των κατοίκων του γηροκομείου κατά την πανδημία COVID-19. Η απόφαση αυτή περιλαμβάνει κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη και τη διαχείριση εστιών σε γηροκομεία, τη διασφάλιση της διαθεσιμότητας εξοπλισμού ατομικής προστασίας και την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στους κατοίκους και το προσωπικό.

Κοινή Υπουργική Απόφαση 1422/2020: Μέτρα για την προστασία των ευάλωτων ομάδων κατά την πανδημία COVID-19. Η απόφαση αυτή περιλαμβάνει κατευθυντήριες γραμμές για την προστασία των ηλικιωμένων, των ατόμων με αναπηρίες και άλλων ευάλωτων ομάδων, όπως η διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής υποστήριξης και η παροχή οικονομικής βοήθειας.

Κοινή Υπουργική Απόφαση 1417/2020: Μέτρα για τη λειτουργία ημερήσιων κέντρων φροντίδας ηλικιωμένων κατά την πανδημία COVID-19. Η απόφαση αυτή περιλαμβάνει κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη και τη διαχείριση εστιών σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας, τη διασφάλιση της διαθεσιμότητας εξοπλισμού ατομικής προστασίας και την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στο προσωπικό και τους χρήστες.

Κοινή Υπουργική Απόφαση 1348/2020: Μέτρα για την προστασία της δημόσιας υγείας κατά την επαναλειτουργία των ημερήσιων κέντρων φροντίδας ηλικιωμένων. Η απόφαση αυτή περιλαμβάνει κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη και τη διαχείριση εστιών σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας, τη διασφάλιση της διαθεσιμότητας ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού και την παροχή εκπαίδευσης και υποστήριξης στο προσωπικό και τους χρήστες.

Κοινή Υπουργική Απόφαση 1544/2020: Μέτρα προστασίας των ηλικιωμένων κατά την περίοδο των εορτών. Η απόφαση αυτή περιλαμβάνει κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη και τη διαχείριση εστιών σε γηροκομεία και κέντρα ημερήσιας φροντίδας, τον περιορισμό των επισκέψεων σε ευάλωτες ομάδες και την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στους κατοίκους και το προσωπικό.

Νόμος 2716/1999: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για τις πολιτικές κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικής πρόνοιας στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει διατάξεις για την προστασία των ευάλωτων ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των αστέγων, και περιγράφει τις ευθύνες του κράτους και των τοπικών αρχών όσον αφορά την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και υποστήριξης.

Ν. 3863/2010: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για τη λειτουργία στέγασης αστέγων και οικογενειών. Θέτει πρότυπα για τις εγκαταστάσεις και τις υπηρεσίες που παρέχονται από τα καταφύγια και περιγράφει τις ευθύνες του κράτους και των τοπικών αρχών όσον αφορά τη χρηματοδότηση και τη διαχείριση αυτών των υπηρεσιών.

Νόμος 4071/2012: Ο νόμος αυτός εισάγει μέτρα για την πρόληψη και την καταπολέμηση των αστέγων στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει διατάξεις για τη δημιουργία εθνικής στρατηγικής για την πρόληψη και παρέμβαση των αστέγων, τη δημιουργία εθνικού μητρώου αστέγων και την παροχή κοινωνικής και οικονομικής υποστήριξης σε άστεγους και οικογένειες.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη 2014-2020: Αυτό το σχέδιο περιγράφει τη στρατηγική της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων μέτρων για την αντιμετώπιση των αστέγων. Περιλαμβάνει διατάξεις για την ανάπτυξη νέων έργων κοινωνικής στέγασης, την επέκταση των κοινωνικών υπηρεσιών για ευάλωτες ομάδες και την παροχή οικονομικής στήριξης σε άστεγους και οικογένειες.

Προγράμματα Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ): Το ΕΚΤ παρέχει χρηματοδότηση για προγράμματα που στοχεύουν στην αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού και της φτώχειας στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που απευθύνονται σε άστεγους και οικογένειες. Αυτά τα προγράμματα περιλαμβάνουν μέτρα για την παροχή κοινωνικής και οικονομικής στήριξης, συμπεριλαμβανομένης της στεγαστικής βοήθειας, της κατάρτισης για την απασχόληση και της οικονομικής υποστήριξης

Νόμος 4251/2014: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την ένταξη των Ρομά στην ελληνική κοινωνία. Περιλαμβάνει διατάξεις για την ανάπτυξη εθνικής στρατηγικής για την ένταξη των Ρομά, τη δημιουργία εθνικού μητρώου των κοινοτήτων Ρομά και την παροχή κοινωνικής και οικονομικής στήριξης σε άτομα και οικογένειες Ρομά.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη 2014-2020: Αυτό το σχέδιο περιλαμβάνει μέτρα για την αντιμετώπιση του κοινωνικού και οικονομικού αποκλεισμού των κοινοτήτων Ρομά στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει διατάξεις για την ανάπτυξη νέων έργων κοινωνικής στέγασης, την επέκταση των κοινωνικών υπηρεσιών για ευάλωτες ομάδες και την παροχή οικονομικής στήριξης σε άτομα και οικογένειες Ρομά.

Νόμος 4619/2019: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών Ρομά και στοχεύει στην αποτροπή του αποκλεισμού τους από την εκπαίδευση. Περιλαμβάνει μέτρα για την προώθηση της ίσης πρόσβασης στην εκπαίδευση, συμπεριλαμβανομένης της παροχής σχολικών βιβλίων, μεταφοράς και γευμάτων.

Εθνική Στρατηγική Ένταξης των Ρομά 2012-2020: Αυτή η στρατηγική σκιαγραφεί την προσέγγιση της κυβέρνησης για την προώθηση της κοινωνικής και οικονομικής ένταξης των κοινοτήτων Ρομά στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει μέτρα για την προώθηση της πρόσβασης στην εκπαίδευση, την υγειονομική περίθαλψη, τη στέγαση και την

απασχόληση, καθώς και μέτρα για την αντιμετώπιση των διακρίσεων και την προώθηση της κοινωνικής συνοχής.

Πλαίσιο ΕΕ για Εθνικές Στρατηγικές Ένταξης των Ρομά έως το 2020: Η Ελλάδα έχει υπογράψει αυτό το πλαίσιο της ΕΕ, το οποίο στοχεύει στην προώθηση της κοινωνικής και οικονομικής ένταξης των κοινοτήτων Ρομά σε όλη την Ευρώπη. Το πλαίσιο περιλαμβάνει μέτρα για την υποστήριξη της ανάπτυξης εθνικών στρατηγικών για την ένταξη των Ρομά, την προώθηση της πρόσβασης στην εκπαίδευση και την απασχόληση και την αντιμετώπιση των διακρίσεων και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Νόμος 2072/1992: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει διατάξεις για την ίση μεταχείριση των ατόμων με αναπηρία στην εκπαίδευση, την απασχόληση και άλλους τομείς της ζωής, καθώς και διατάξεις για την προσβασιμότητα και τη στέγαση.

Νόμος 3699/2008: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την κοινωνική προστασία των ατόμων με αναπηρία στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένης της στέγασης, της απασχόλησης και της υγειονομικής περίθαλψης.

Νόμος 4439/2016: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την προσβασιμότητα των δημοσίων κτιρίων και χώρων για άτομα με αναπηρία. Περιλαμβάνει διατάξεις για την άρση των φυσικών φραγμών, την παροχή προσβάσιμης μεταφοράς και την προώθηση των αρχών καθολικού σχεδιασμού.

Νόμος 4316/2014: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την παροχή υπηρεσιών απασχόλησης για άτομα με αναπηρία στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή επαγγελματικής κατάρτισης, τις υπηρεσίες τοποθέτησης εργασίας και τη στέγαση στο χώρο εργασίας.

Νόμος 4074/2012: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών με αναπηρία στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή εκπαίδευσης, υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και διατάξεις για προσβασιμότητα και καταλύματα.

Νόμος 4354/2015: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την παροχή υπηρεσιών διερμηνείας νοηματικής γλώσσας για άτομα με προβλήματα ακοής στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή υπηρεσιών διερμηνείας στις δημόσιες υπηρεσίες, την εκπαίδευση και την απασχόληση.

Νόμος 3907/2011: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους κατοίκους της Ελλάδας, ανεξαρτήτως εθνικότητας ή νομικού καθεστώτος.

Κοινή Υπουργική Απόφαση 4028/2013: Με την απόφαση αυτή θεσπίζεται το νομικό πλαίσιο για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και ευάλωτους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών και των προσφύγων. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή επείγουσας περίθαλψης, πρωτοβάθμιας περίθαλψης και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Νόμος 4375/2016: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την προστασία της υγείας και των δικαιωμάτων των προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, περίθαλψης ψυχικής υγείας και πρόσβασης σε φάρμακα, καθώς και διατάξεις για την προστασία ευάλωτων πληθυσμών, όπως οι έγκυες γυναίκες και τα παιδιά.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ένταξη των Δικαιούχων Διεθνούς Προστασίας 2020-2023: Αυτό το σχέδιο περιλαμβάνει μέτρα για την αντιμετώπιση της κοινωνικής και οικονομικής ένταξης των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, φροντίδας ψυχικής υγείας και κοινωνικής υποστήριξης.

Εγκύκλιος του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας της Ελλάδας Αρ. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή επείγουσας περίθαλψης, πρωτοβάθμιας περίθαλψης και νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς και διατάξεις για την προστασία των δικαιωμάτων των ευάλωτων πληθυσμών

Προεδρικό Διάταγμα 114/2010: Το διάταγμα αυτό θεσπίζει το νομικό πλαίσιο λειτουργίας του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ), το οποίο παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας σε ευάλωτους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών και των προσφύγων. Το ΕΚΚΑ παρέχει επίσης υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων ιατρικών εξετάσεων και εμβολιασμών.

Εγκύκλιος 62/26.02.2019 Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ): Η παρούσα εγκύκλιος παρέχει καθοδήγηση σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε ευάλωτους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών και των προσφύγων. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή επείγουσας περίθαλψης, πρωτοβάθμιας περίθαλψης και νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς και διατάξεις για την προστασία των δικαιωμάτων των ευάλωτων πληθυσμών.

Υπουργική Απόφαση αριθμ. Δ2α/Γ.Π.οικ. 27724/13.07.2021: Με την απόφαση αυτή θεσπίζεται το νομικό πλαίσιο για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και ευάλωτους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών και των προσφύγων. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, διαγνωστικές εξετάσεις και νοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς και διατάξεις για την προστασία των δικαιωμάτων των ευάλωτων πληθυσμών.

Νόμος 4636/2019: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών στη μετανάστευση στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, φροντίδας ψυχικής υγείας και κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και διατάξεις για την προστασία ευάλωτων πληθυσμών, όπως οι ασυνόδευτοι ανήλικοι.

Εγκύκλιος Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) Αρ. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, δοκιμές και εντοπισμό επαφών, καθώς και διατάξεις για την προστασία των δικαιωμάτων ευάλωτων πληθυσμών.

Νόμος 3699/2008: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για τα δικαιώματα και την κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει

διατάξεις για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία, όπως η πρόσβαση σε δημόσια κτίρια, οι μεταφορές και η εκπαίδευση. Ο νόμος επιβάλλει επίσης τη δημιουργία εθνικού μητρώου ατόμων με αναπηρία.

Ν. 4139/2013: Ο νόμος αυτός τροποποιεί τον Ν. 3699/2008 και ενισχύει το νομικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, αποκατάστασης και επαγγελματικής κατάρτισης για άτομα με αναπηρία. Ο νόμος επιβάλλει επίσης τη δημιουργία ενός εθνικού συντονιστικού μηχανισμού για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία.

1694/2014 Υπουργική Απόφαση: Με την απόφαση αυτή θεσπίζεται το νομικό πλαίσιο για την πιστοποίηση και την αδειοδότηση των οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα με αναπηρία στην Ελλάδα. Η απόφαση θέτει πρότυπα για την παροχή υπηρεσιών και διασφαλίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα άτομα με αναπηρία.

Ν. 4387/2016: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία στο χώρο εργασίας. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή εύλογης στέγασης για άτομα με αναπηρία, όπως τροποποιήσεις προσβασιμότητας και ευέλικτες ρυθμίσεις εργασίας.

Νόμος 4565/2018: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την προσβασιμότητα των ατόμων με αναπηρία σε προϊόντα και υπηρεσίες στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει διατάξεις για την προσβασιμότητα των δημόσιων συγκοινωνιών, των τεχνολογιών επικοινωνιών και των δημόσιων κτιρίων. Ο νόμος επιβάλλει επίσης τη σύσταση εθνικής επιτροπής για την προσβασιμότητα.

Ν. 3418/2005: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματός τους στην υγειονομική περίθαλψη. Περιλαμβάνει διατάξεις για την προστασία της υγείας των παιδιών, συμπεριλαμβανομένων μέτρων για την πρόληψη και θεραπεία μολυσματικών ασθενειών, καθώς και την παροχή αγωγής υγείας.

Ν. 4055/2012: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την ίδρυση και λειτουργία των Νοσοκομείων Παίδων στην Ελλάδα. Ο νόμος ορίζει ότι κάθε περιφερειακή ενότητα στην Ελλάδα πρέπει να διαθέτει Νοσοκομείο Παίδων που να παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες παιδιατρικής υγειονομικής περίθαλψης.

Υπουργική Απόφαση αριθμ. Δ1α/Γ.Π.οικ. 20869/22.07.2013: Με την παρούσα απόφαση καθορίζονται τα πρότυπα για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στα παιδιά στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή προληπτικής φροντίδας, πρωτοβάθμιας περίθαλψης και νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς και την προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών και την προαγωγή της ευημερίας τους.

Νόμος 4554/2018: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης στην Ελλάδα. Ο νόμος περιλαμβάνει διατάξεις για την προστασία της σωματικής και ψυχικής υγείας των παιδιών, καθώς και την κοινωνική και εκπαιδευτική τους ανάπτυξη. Επιβάλλει επίσης τη δημιουργία εθνικού μητρώου για την πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών.

Νόμος 4704/2020: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού στο πλαίσιο της μετανάστευσης στην Ελλάδα. Ο νόμος περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, υποστήριξης ψυχικής υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών για παιδιά στη μετανάστευση.

Νόμος 4276/2014: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων υγειονομικής περίθαλψης των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα. Ο νόμος περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, υποστήριξης ψυχικής υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών για πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο.

Νόμος 4512/2018: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων υγειονομικής περίθαλψης των LGBTQI+ ατόμων στην Ελλάδα. Ο νόμος περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης χωρίς διακρίσεις λόγω σεξουαλικού προσανατολισμού ή ταυτότητας φύλου.

Νόμος 4443/2016: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την πρόληψη και θεραπεία της τοξικομανίας στην Ελλάδα. Ο νόμος περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, κοινωνικής υποστήριξης και μέτρα μείωσης της βλάβης για άτομα με τοξικομανία.

Νόμος 4650/2020: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων υγειονομικής περίθαλψης των θυμάτων εμπορίας ανθρώπων στην Ελλάδα. Ο νόμος περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ψυχολογικής υποστήριξης και νομικής βοήθειας σε θύματα εμπορίας ανθρώπων.

Νόμος 4512/2018: Ο νόμος αυτός θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων υγειονομικής περίθαλψης των ατόμων που ζουν με HIV/AIDS στην Ελλάδα. Ο νόμος περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, κοινωνικής υποστήριξης και μέτρα πρόληψης για το HIV/AIDS.

Πίνακας1.

Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας & κοινωνικού αποκλεισμού 2011

Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας	21,4 %
Κατώφλι κινδύνου φτώχειας ανά άτομο	6.591,00ευρώ
Κατώφλι κινδύνου φτώχειας για νοικοκυριά με δυο ενήλικες και δύο εξαρτώμενα παιδιά ηλικίας κάτω των 14ετών	13.842,00ευρώ
Μέσοετήσιοατομικόισοδύναμο1εισόδημα	12.637,08ευρώ
Μέσο ετήσιο διαθέσιμο εισόδημα νοικοκυριών	21.590,07ευρώ

Πηγή :ΕΛ.ΣΤΑΤ (2011) Δελτίο τύπου:Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών 2011.

Πίνακας.2

Κίνδυνος φτώχειας την περίοδο της κρίσης στην Ελλάδα, κατά φύλο και ομάδες ηλικιών την περίοδο του2011

%

Ομάδες ηλικιών	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες
	21,4	21,9	20,9
0-17	23,7	-	-
18-64	20,0	20,2	19,9
65+	23,6	25,2	21,7

Πηγή :ΕΛ.ΣΤΑΤ (2011) Δελτίο τύπου: Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών 2011.

Πίνακας3.

Κίνδυνος φτώχειας ηλικιωμένων την περίοδο της κρίσης στην Ελλάδα, κατά φύλο και ομάδες ηλικιών: 2011

% Ομάδες ηλικιών		Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες
60+	23,0	24,2	21,4	
75+	27,5	28,9	25,8	
0-59	20,9	21,0	20,7	
0-74	20,8	21,1	20,5	

Πηγή :ΕΛ.ΣΤΑΤ (2011) Δελτίο τύπου: Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών 2011.

Πίνακας4.

Κίνδυνος φτώχειας την περίοδο της κρίσης στην Ελλάδα, κατά ασχολία και φύλο: 2011

% Ομάδες ηλικιών	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες
Εργαζόμενοι	11,9	10,1	13,2
Μη εργαζόμενοι (άνεργοι και οικονομικά μη ενεργοί)	28,0	27,9	28,2
Άνεργοι	44,0	39,0	48,4
Συνταξιούχοι	19,9	19,5	20,2
Λοιποί μη οικονομικά ενεργοί (εκτός συνταξιούχων)	30,0	30,4	28,3

Πηγή :ΕΛ.ΣΤΑΤ (2011) Δελτίο τύπου: Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών 2011.

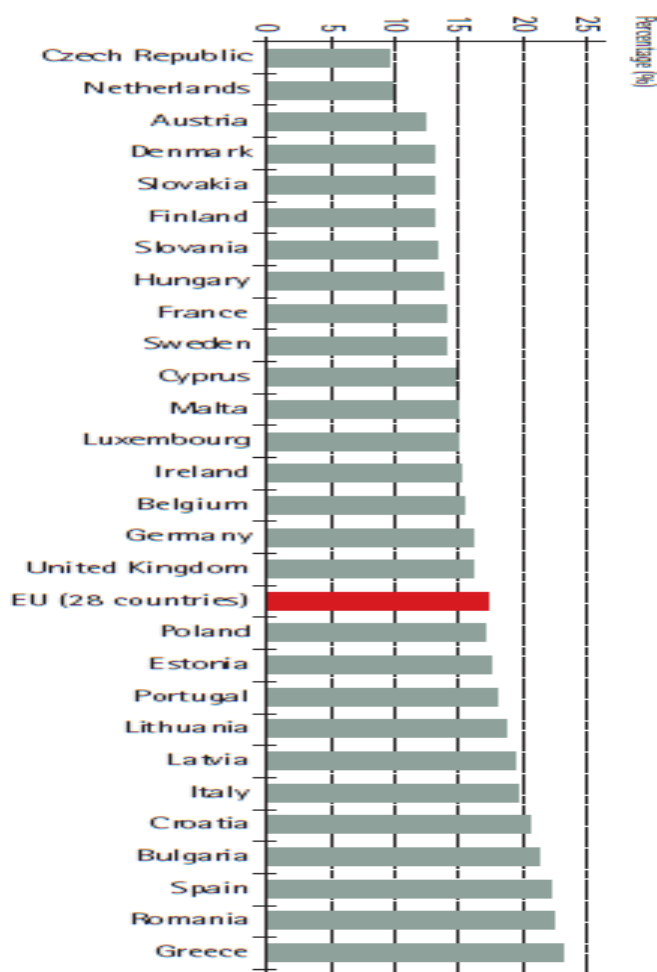
Πίνακας5.
Κίνδυνος φτώχειας την περίοδο της κρίσης στην Ελλάδα, κατά φύλο και ομάδες ηλικιών την περίοδο του 2013

Ομάδες Ηλικιών	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες
%	23.1	23.8	22.4
0-17	28.8	-	-
18-64	24.1	24.8	23.4
65+	15.1	16.2	21.6

Πηγή:ΕΛ.ΣΤΑΤ (2013): Statistics on income and living conditions 2013

Πίνακας6:

Άτομα σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στην ΕΕ-28, 2012, Πηγή :Caritas 2014, Άτομα σε κίνδυνο φτώχειας στην ΕΕ-28



Πίνακας 7.
Μέσο και διάμεσο διαθέσιμο εισόδημα στην Ελλάδα σε μηνιαία βάση,
2009-2012

