

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΔΟΜΩΝ
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΣΥΓΓΡΑΦΗ

ΒΟΝΙΤΣΑΝΟΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ. Γεώργιος Δίελλας

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Σούλης Σωτήριος

ΑΘΗΝΑ 2021

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

GRADUATE THESIS

THE DEVELOPMENT OF CENTRAL PUBLIC SERVICES AND STRUCTURES IN GREECE

AUTHOR

VONITSANOS EFSTATHIOS

SUPERVISOR

Mr. George Diellas

PROFESSOR

Soulis sotirios

ATHENS 2021

ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Επιβλέπων επιστημονικός συνεργάτης : Δρ. Γεώργιος Διέλλας

Μέλος καθηγητής : Κ. Σωτήριος Σούλης

Μέλος επιστημονική συνεργάτης : Δρ. Γεωργία Τσακνή

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Βονιτσάνος Ευστάθιος του Αναστασίου, με αριθμό μητρώου 19071 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών . του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

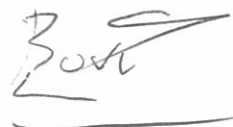
«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό 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 2/6/2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα

BONITΣΑΝΟΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο ολοκλήρωσης των μεταπτυχιακών μου σπουδών του Π.Μ.Σ : Διοίκηση και διαχείριση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (Π.Α.Δ.Α). Θα ήθελα καταρχήν να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέπων καθηγητή μου , κύριο Γεώργιο Διέλλα για την συνεχή του υποστήριξη καθ όλη την διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μου , με τις πολύτιμες συμβουλές του και τις γνώσεις του με καθοδήγησε ώστε να επιτύχω ένα πολύ καλό αποτέλεσμα στο θέμα της συγγραφής και ολοκλήρωσης της διπλωματικής μου εργασίας. Το παρών θέμα που μου προτάθηκε με βοήθησε να εμπλουτίσω τις γνώσεις μου επάνω στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής και προστασίας και να αναπτύξω ικανότητες που θα με βοηθήσουν να γίνω καλύτερος επαγγελματίας ώστε να συνεισφέρω στην εξάλειψη των ανισοτήτων και να παρέχω την αμέριστη συμπαράσταση , βοήθεια και προστασία στους ανθρώπους που χρειάζονται βοήθεια. Εν συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω εκ βαθέων τον διευθυντή του Π.Μ.Σ , τον κύριο Σωτήριο Σούλη καθώς και τον κύριο Μάκη Νάτση για την ευκαιρία που μου έδωσαν να ενταχθώ σε αυτό το Π.Μ.Σ. Επίσης θα ήθελα να δώσω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους καθηγητές μου που κατά τη διάρκεια των σπουδών , μου παρείχαν πολύτιμες γνώσεις επάνω στο αντικείμενο των σπουδών. Ολοκληρώνοντας οφείλω ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ μέσα από την ψυχή μου , στην οικογένεια μου που με στήριξε σε κάθε στιγμή , στάθηκαν δίπλα μου και στις μεγάλες δυσκολίες με την υγεία μου όλα τα χρόνια αλλά και σε κάθε εκπαιδευτικό μου βήμα και φυσικά στη διάρκεια του παρόντος μεταπτυχιακού.

Φτάσε όπου δεν μπορείς

Νίκος Καζαντζάκης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	3
Συντομογραφίες	6
Περίληψη	8
Εισαγωγή.....	10

Κεφάλαιο 1^ο

Η εξέλιξη της κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα

1.1.Γενικά.....	12
1.2. Από την αρχαία Ελλάδα έως το 1935.....	13
1.3. Η κοινωνική πολιτική από το 1936-1980.....	16
1.4.Το κράτος πρόνοιας από το 1981-2010.....	19
1.5. Η κοινωνική πολιτική την περίοδο 2011-2021.....	30

Κεφάλαιο 2^ο

Οι κρατικές κεντρικές υπηρεσίες και δομές προστασίας για τα παιδιά

2.1.Γενικά.....	35
2.2. Ιστορική αναδρομή.....	36
2.3. Δομές παιδικής προστασίας.....	42
2.4. Κέντρο βρεφών ‘ΜΗΤΕΡΑ’.....	43
2.5.Κιβωτός του Κόσμου	44
2.6. Τα παιδικά χωρία SOS.....	45
2.7. Το χαμόγελο του παιδιού.....	47
2.8. Η ΕΛ.Ε.Π.Α.Π.....	48

Κεφάλαιο 3^ο

Υπηρεσίες και δομές προστασίας οικογενειών, απόρων και αστέγων

3.1.Ορισμοί.....	50
3.2. Τα κέντρα κοινότητας.....	51
3.3. Δομές φιλοξενίας άστεγων.....	54
3.4. Ο ρόλος του Κ.Υ.Α.Δ.Α.....	57
3.5. Ο ρόλος του Ε.Κ.Κ.Α.....	60
3.6. Ο ρόλος της ΟΑΕΔ.....	61
3.7. Ο ρόλος της Εκκλησίας.....	67

Κεφάλαιο 4^ο

Κεντρικές κρατικές υπηρεσίες και δομές στήριξης των Α.Μ.Ε.Α και των εξαρτημένων ατόμων

4.1.Ορισμοί.....	70
4.2. Ιστορική αναδρομή.....	72
4.3. Δικαιώματα - προγράμματα στήριξης των Αμεα.....	73
4.4. Δομές και υπηρεσίες στήριξης Αμεα.....	78
4.5. Δομές και υπηρεσίες στήριξης των εξαρτημένων ατόμων...	92

Κεφάλαιο 5^ο

Υπηρεσίες και δομές στήριξης των ατόμων της τρίτης ηλικίας

5.1.Η κοινωνική μέριμνα για την Τρίτη ηλικία μέσα από δράσεις.....	100
5.2. Δομές προστασίας: ‘Γηροκομεία’.....	103
5.3. Ο ρόλος των ΚΑΠΗ.....	103
5.4. Το πρόγραμμά βοήθεια στο σπίτι.....	104
5.5. Κ.Η.Φ.Η (κέντρο ημερησίας φροντίδας ηλικιωμένων).....	106

Κεφάλαιο 6^ο

Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης

6.1.Ιστορική αναδρομή.....	107
6.2. Η έννοια της Τοπικής αυτοδιοίκησης.....	107
6.3. Το πρόγραμμα Καλλικράτης.....	109
6.4.Το θεσμικό πλαίσιο της τοπικής αυτοδιοίκηση.....	109
6.5. Προγράμματα και δομές κοινωνικής προστασίας της τοπικής αυτοδιοίκησης.....	112

Κεφάλαιο 7^ο

7.1. Ερευνητικές υποθέσεις.....	119
7.2. Ερευνητικά ερωτήματα.....	120
Συμπεράσματα.....	122
Νομοθεσίες	

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- Α.Ε.Π : Ακαθάριστο εγχώριου προϊόντος
- Β.Δ : Βασιλικό Διάταγμα
- ΓτΚ : Γιατροί του κόσμου
- Δ.Ν.Τ : Διεθνές νομισματικό ταμείο
- Δ.Ο.Υ : Δημόσια οικονομική υπηρεσία
- Δ.Υ.Π.Ε : Διοικητική υγειονομική περιφέρεια
- Ε.Ε.Ε : Ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα
- Ε.Κ.Κ.Α : Εθνικό κέντρο κοινωνικής αλληλεγγύης
- Ε.Κ.Α.Κ.Β : Εθνικό κέντρο άμεσης κοινωνικής βοήθειας
- ΕΛ.Ε.Π.ΑΠ : Ελληνική εταιρεία προστασίας και αποκατάστασης
- Ε.Ο.Κ.Φ : Εθνικός οργανισμός κοινωνικής φροντίδας
- Ε.Κ.Τ :
- Ε.Σ.Κ.Φ : Εθνικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας
- Ε.Σ.Υ : Εθνικό σύστημα υγείας
- Ι.Κ.Α : Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων
- Κ.Α.Π : Κεντρικοί αυτοτελείς πόροι
- Κ.Α.Π.Η : Κέντρο ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων
- Κ.Δ.ΑΠ: Κέντρα δημιουργικής απασχόλησης
- Κ.Δ.ΑΠ / Α.μ.Ε.Α : Κέντρα δημιουργικής απασχόλησης ατόμων με αναπηρία
- Κ.Ε.Α : Κοινωνικό εισόδημα αλληλεγγύης
- ΚΕ.Θ.Ε.Α : Κέντρο θεραπείας εξαρτημένων ατόμων
- ΚΕ.Π.Α : Κέντρα πιστοποίησης αναπηρίας
- ΚΕ.ΠΕ.Π : Κέντρα περίθαλψης παιδιών
- Κ.Π.Α : Κέντρα πρόωθησης της απασχόλησης

Κ.Η.Φ.Η : Κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων

Κ.Κ : Κέντρα κοινότητας

Κ.Π.Σ : Κοινοτικά πλαίσια στήριξης

Κ.Υ.Α : Κοινή υπουργική απόφαση

Κ.Υ.Α.Δ.Α : Κέντρο υποδοχής και αλληλεγγύης δήμου Αθηναίων

Κ.Υ.Υ : Κέντρα υποστηρικτικών υπηρεσιών

Μ.Μ.Μ : Μέσα μαζικής μεταφοράς

Μ.Κ.Ο : Μη κυβερνητικές οργανώσεις

Ο.Α.Ε.Δ : Οργανισμός απασχόλησης εργατικού δυναμικού

Ο.Γ.Α : Οργανισμός γεωργικών ασφαλίσεων

Ο.Ε.Κ : Οργανισμός εργατικής κατοικίας

Ο.Η.Ε : Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

Ο.Κ.Α.Ν.Α : Οργανισμός κατά των ναρκωτικών

Ο.Π.Ε.Κ.Α : Οργανισμός προνοιακών επιδομάτων κοινωνικής αλληλεγγύης

Ο.Τ.Α : Οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης

Π.Ι.Κ.Π.Α : Πατριωτικό ίδρυμα κοινωνικής πρόνοιας και αντίληψης

Π.Ο.Υ /W.H.O : Παγκόσμιος οργανισμός υγείας / World health organization

Π.Φ.Υ : Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Υ.Π.Ε : Υγειονομική περιφέρεια Ελλάδος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κοινωνική προστασία στην Ελλάδα αφορά παρεμβάσεις μέσα από προγράμματα και δομές που αποσκοπούν στην βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, των ευάλωτων και ευπαθών ομάδων όπως παιδιά, άστεγοι, ηλικιωμένοι, άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, άτομα με ειδικές ανάγκες, άποροι, μονόγονεϊκές οικογένειες εξαρτημένα άτομα. Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στο να δώσουμε την περιγραφή της καταστάσεως που παρουσιάζουν σήμερα οι κρατικές υπηρεσίες προστασίας και οι κοινωνικές δομές, σε σχέση με το παρελθόν. Για να το πετύχουμε αυτό θα μελετήσουμε και θα παρουσιάσουμε μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση τα προγράμματα και τις δομές που υφίστανται από το παρελθόν ως σήμερα. Σαφώς οι κοινωνικοί οικονομικοί παράγοντες και κυρίως η οικονομική κρίση στην οποία εισήρθε η Ελλάδα επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό την κοινωνική πολιτική που εφαρμόστηκε. Μέσα από την εργασία μας στοχεύουμε να δώσουμε απαντήσεις σε ερωτήματα και ζητήματα κοινωνικής πολιτικής. Αναλυτικότερα στο πρώτο κεφάλαιο θα επιχειρήσουμε μία ιστορική αναδρομή από την αρχαία Ελλάδα και την εξέλιξη της κοινωνικής πολιτικής έως σήμερα μέσα από μελέτη χρονικών περιόδων εστιάζοντας κυρίως στην δεκαετία του 80' όπου υπήρχαν σημαντικές παρεμβάσεις στον τομέα της κοινωνικής προστασίας, αλλά και στην τελευταία δεκαετία της οικονομικής κρίσης και των μνημονίων και πως επηρέασε την κοινωνική πολιτική. Στο δεύτερο κεφάλαιο θα αναφέρουμε τις δομές κοινωνικής πρόνοιας και κρατικές υπηρεσίες στην Ελλάδα για την παιδική προστασία. Στο κεφάλαιο τρία θα αναφερθούμε στις κρατικές κεντρικές υπηρεσίες και δομές προστασίας των απόρων οικογενειών και ατόμων, αστέγων. Στο τέταρτο κεφάλαιο μελετάμε τις δομές που απευθύνονται στα άτομα με ειδικές ανάγκες και τα εξαρτημένα άτομα ποιες υπηρεσίες και προγράμματα στήριξης υπήρχαν και υπάρχουν. Στο πέμπτο κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με την τρίτη ηλικία τις κοινωνικές δομές και κρατικές υπηρεσίες, εξέλιξη και παρεμβάσεις. Στο κεφάλαιο έξι θα ασχοληθούμε με τον ρόλο της τοπικής αυτοδιοίκησης. Η διπλωματική μας εργασία μας ολοκληρώνεται με τα ερευνητικά μας ερωτήματα και τις ερευνητικές υποθέσεις, αν και κατά πόσο απαντήθηκαν και επαληθεύτηκαν. Τέλος παραθέτουμε τα συμπεράσματα που προκύπτουν μέσα από την ανασκόπηση μας και τις βιβλιογραφικές μας πηγές.

Λέξεις κλειδιά : Κοινωνική πολιτική, κοινωνικό κράτος, πρόνοια, ευάλωτες ομάδες, εξέλιξη, φορείς.

ABSTRACT

Social protection in Greece mainly concerns interventions through programs and structures aimed at improving the standard of living. Especially vulnerable groups such as children, citizens with health problems, homeless, elderly, disabled, and deprived people, single-parent families, and drug addicts. The purpose of this thesis is to present the situation of the national state protection services and social structures, in relation to the past. In order to achieve this, we will study and present the bibliographical review in detail of the programs and structures that exist today compared to the past.

Clearly, socioeconomic factors and especially the financial crisis to which both Greece and the EU entered had a major impact on the social policy implemented. In particular, through our research we aim to provide answers to questions related to social policy issues. Specifically, in the first chapter we will attempt a review of the historical background of social policy and its evolution, starting from ancient Greece up until our era, through a study of various time periods, focusing on the decade of 1980s where there were significant interventions in the field of social protection, but also in the last decade of the economic crisis and memoranda and their impact on social policy. In the second chapter we will mention social welfare structures and governmental services for child protection in Greece. In chapter three we will refer to the national state services and structures for the protection of deprived individuals and families as well as homeless people. In the fourth chapter we study the structures addressed at disabled and drug addicted persons, the steps that have been taken over time, the structures that have existed in the past as well as in the present time. In the fifth chapter we will study the case of the old age in social structures and government services, development and interventions. In chapter six we will deal with the role of the local government administration in social policy. Our thesis concludes with a discussion of whether our research questions and hypotheses have been answered and verified. In the end we quote the conclusions that arise from our review and bibliographical sources.

Key words : social policy, social state, welfare services , vulnerable groups, development, entities

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοινωνική ανισότητα θεωρείται ως μία κατάσταση η οποία έχει τις ρίζες της από την αρχαιότητα και συνεχίζει να υφίσταται και σήμερα, στην εξέλιξη της ιστορίας και στην διαμόρφωση του κράτους υιοθετήθηκαν πολλές πρακτικές για την καταπολέμηση της, στην ιστορία της ανθρωπότητας η παροχή βοήθειας υπήρξε μέσα από ποικίλες μορφές και δράσεις οι οποίες εξελισσόταν συνεχώς με το πέρασμα των χρόνων. Στα ιστορικά χρόνια πολύ πριν την καθιέρωση του κοινωνικού κράτους η παροχή βοήθειας αφορούσε κατά βάση ελεημοσύνες , σε ρούχα και τρόφιμα, εν συνέχεια στη βυζαντινή εποχή σημαντικό ρόλο έπαιξε η εκκλησία στην ανάπτυξη του εθελοντισμού. Το κοινωνικό κράτος ξεκίνησε να αναπτύσσεται σταδιακά για να φτάσει στην μορφή που έχει σήμερα , αρκετά αργότερα, περίπου στις αρχές του 20^ο αιώνα με τέλος του 19^ο. Στην Ελλάδα το κράτος πρόνοιας και προστασίας έκανε σημαντικά βήματα μέσα από ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις , στις αρχές της δεκαετίας του 80^ο, τόσο μέσα από δομές πρόνοιας και προστασίας , όσο και με νομοθεσίες . Μέσω της διπλωματικής μας εργασίας στοχεύουμε να εμβαθύνουμε σε αυτές τις πολιτικές παρουσιάζοντας όσο είναι δυνατόν πιο ορθά και αναλυτικά όλες τις δομές τα προγράμματα και τις πολιτικές που εφαρμόζονταν και κύριος αυτός που εφαρμόζονται σήμερα , καθώς επίσης και την ιστορική αναδρομή προκειμένου να απαντήσουμε τόσο στα ερωτήματα μας όσο και να εξετάσουμε την εξέλιξη των συστημάτων προστασίας του κράτους. Η καταγραφή της εξέλιξης της κοινωνικής προστασίας από τις κεντρικές κρατικές υπηρεσίες θα μελετηθεί μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσω της οποίας θα παρουσιαστούν τόσο οι δομές και τα προγράμματα , όσο και το είδος της κοινωνικής προστασίας και την μορφή που είχε κατά κύριο λόγο από την καθιέρωση του κράτους πρόνοιας .Η σταδιακή αναβάθμιση των δομών προστασίας και πρόνοιας έχει συμβάλει στην μείωση των ανισοτήτων, όμως τα οικονομικά μεγέθη και ο προϋπολογισμός. Η Ελλάδα βίωσε δύσκολες περιόδους τόσο μετά το τέλος του Β' παγκοσμίου πολέμου αλλά και στην σύγχρονη εποχή με αποκορύφωμα τα τελευταία 12 έτη που η χώρα βρέθηκε αντιμέτωπη με μία πρωτοφανή οικονομική κρίση. Η περίοδος 1981 και έπειτα αποτέλεσε σταθμό για την κοινωνική προστασία , μία νέα εποχή, πολλά υποσχόμενη στην εξάλειψη των ανισοτήτων και στην παροχή ίσων ευκαιριών σε ευάλωτες ομάδες , όπως Αμέα, άνεργοι , τρίτη ηλικία, εξαρτημένοι αλλά και οικογένειες με χαμηλό εισόδημα .

Η δομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εστιάζει σε 6 σημεία, αναλυτικότερα: Στο πρώτο κεφάλαιο εξετάζουμε συνοπτικά την ιστορία της κοινωνικής πολιτικής και προστασίας από την αρχαιότητα ως σήμερα , κάνοντας αναφορά στις βασικές πτυχές της ,ανά περιόδους, θα μελετήσουμε τις παρεμβάσεις αλλά και τις νομοθετικές ρυθμίσεις που θεσπίστηκαν για την προστασίας δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στα τελευταία 40 χρόνια. Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρούμε να παρουσιάσουμε τις υποστηρικτικές δομές του κράτους για την παιδική προστασία , ποιες στοχευόμενες παρεμβάσεις έχουν υιοθετηθεί για την προστασία των παιδιών , ποιοι φορείς υπήρχαν και ποιοι συνεχίζουν να λειτουργούν ως σήμερα .Στο κεφάλαιο τρία εστιάζουμε στα άτομα και τις οικογένειες που βρίσκονται στα όρια της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού , μη έχοντας πρόσβαση σε βασικά για ένα αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο, αγαθά . Θα εξετάσουμε ποια βήματα έχουν γίνει διαχρονικά για την κοινωνική προστασία αυτών των ανθρώπων , ποιες δομές και κυρίως ποια προγράμματα έχουν αναπτυχθεί ενώ θα αναφερθούμε και σε έναν σημαντικό παράγοντα που συμβάλει στην ανακούφιση μεγάλου ποσοστού των ανθρώπων , αυτόν της Εκκλησίας. Στο τέταρτο κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με δύο ομάδες ανθρώπων οι οποίες βιώνουν την ανισότητα και τον κοινωνικό αποκλεισμό σε μεγαλύτερο ίσως βαθμό σε σχέση με άλλους συμπολίτες μας. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι εξαρτημένοι, θα επιχειρήσουμε να εστιάσουμε στις δομές και στην κοινωνική πολιτική που έχει αναπτυχθεί για την προστασία τους. Στο πέμπτο κεφάλαιο θα δώσουμε το στίγμα της πολιτικής που ακολουθούν οι κεντρικές κρατικές υπηρεσίες για την προστασία της τρίτης ηλικίας , την εξέλιξη των υφιστάμενων δομών και τις δράσεις. Στο κεφάλαιο έξι αναφερόμαστε στον ρόλο που διαδραματίζει η τοπική αυτοδιοίκηση από και πως έχει εξελιχθεί ο ρόλος αυτός. Παρουσιάζονται οι αρμοδιότητες των ΟΤΑ, ποιους τομείς περιλαμβάνει και ποια η σημασία τους στις αποφάσεις για την άσκηση της κοινωνικής πολιτικής. Η εργασία μας ολοκληρώνεται με τα ερευνητικά ερωτήματα και τις ερευνητικές μας υποθέσεις, τα συμπεράσματα, και την παράθεση των βιβλιογραφικών μας πηγών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1 Γενικά .

Ο ορισμός κοινωνικής προστασίας και της κοινωνικής πολιτικής.

Κοινωνική πολιτική είναι μία ‘επιστήμη’ η οποία διασυνδέεται με άλλα επιστημονικά πεδία όπως η κοινωνιολογία , η ψυχολογία και η νομική, ώστε να εξελιχθεί και να μελετηθεί με σκοπό την εφαρμογή της προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι του δημοσίου , ιδιωτικού , αστικού και της διεθνούς κοινότητας. Οι στόχοι αυτοί αποσκοπούν στην κάλυψη των αναγκών μίας κοινωνίας, την παροχή προνοιακής φροντίδας και ευημερίας με σκοπό την ισότητα μεταξύ των μελών έτσι μέσω αυτών να υπάρξει μία γενική ανάπτυξη τόσο της κοινότητας όσο και της χώρας. Η εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής γίνεται μέσα από προγράμματα και δράσεις που σχεδιάζει η κάθε κυβέρνηση σε συνεργασία με τους φορείς πρόνοιας για την εξασφάλιση ευημερίας, συνοχής και ισότητας μεταξύ των μελών της κοινότητας αλλά και την εξάλειψη των κινδύνων. Ο σχεδιασμός των δράσεων μπορεί να περιλαμβάνει παροχές σε χρήματα μέσω επιδομάτων ή σε είδη πρώτης ανάγκης. (Ντούνης, 2011). Η κοινωνική προστασία στοχεύει σε παρεμβάσεις που σχεδιάζονται και εκτελούνται από τους δημόσιους φορείς με σκοπό την ενίσχυση των μελών μίας κοινότητας ώστε να αντιμετωπίσουν με πιο αποτελεσματικό τρόπο τους κινδύνους, καθώς και την ενίσχυση ατόμων που βρίσκονται στα όρια της φτώχειας. Η κοινωνική προστασία δεν θα πρέπει να εστιάζει αποκλειστικά στην ενίσχυση των ευάλωτων νοικοκυριών, αλλά θα πρέπει να εμβαθύνει στα αίτια της φτώχειας με σκοπό την ενδυνάμωση των ανθρώπων. (Λυμπερακη ,2015). Η εφαρμογή κοινωνικής πολιτικής και η ανάπτυξη δομών προστασίας εστιάζει στις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού με κατά κύριο λόγο , τα παιδιά με τις δομές προστασίας για παιδιά που ανήκουν σε άπορες οικογένειες ή στερούνται οικογένειας, ηλικιωμένοι, άτομα με ειδικές ανάγκες και άτομα που κάνουν χρήση ουσιών, άνεργοι και οικογένειες με χαμηλό εισόδημα, μονογονεϊκές οικογένειες, γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση και τέλος τα μέλη μίας κοινότητας τα οποία κινδυνεύουν να βρεθούν κάτω από το όριο της φτώχειας στερούμενοι κάλυψης των βασικών αναγκών.

https://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/gr_metra_gr.pdf

1.2 Από την αρχαία Ελλάδα ως το 1935

Αρχαία Ελλάδα

Στην αρχαία Ελλάδα η κοινωνική προστασία αφορούσε το σύνολο του πληθυσμού, κάθε πολίτης ακόμα και αν δεν ανήκε στην ίδια κοινότητα γινόταν αποδέκτης φροντίδας. Από τους πρώτους που νομοθέτησαν υπέρ των αδυνάτων ήταν ο Λυκούργος το 800 π.χ. Οι νέοι της εποχής λάμβαναν σίτιση και εκπαίδευση ως μέρος της κοινωνικής πρόνοιας, επιπλέον προχώρησε σε αναδιανομή γης στους πολίτες και θέσπισε την ισότητα μεταξύ όλων των ανθρώπων. Ο Περικλής στον χρυσό αιώνα του δεν εστίασε μόνο στην ανάπτυξη των τεχνών και των γραμμάτων, αλλά προχώρησε και σε σημαντικές τομές στην κοινωνική προστασία σε συνέχεια της νομοθεσίας του Σόλωνα. Τα μέτρα κοινωνικής προστασίας που έλαβε αφορούσαν κυρίως :

- 1) Παροχή προστασίας στις οικογένειες (συζύγους και τέκνα) όσων έχασαν την ζωή τους στους πολέμους.
- 2) Παροχή συντάξεων σε άτομα τρίτης ηλικίας και άτομα με αναπηρία
- 3) Παροχή βοήθειας ως προίκα σε νέες κοπέλες που αντιμετώπιζαν οικονομικά προβλήματα ή είχαν μείνει ορφανές εξαιτίας του πολέμου
- 4) Παροχή δωρεάν φαγητού σε ορφανά, τα οποία είχαν την δυνατότητα να λαμβάνουν το γεύμα τους στο πρυτανείο
- 5) Προώθηση της απασχόλησης όσων δεν εργαζόταν για την εκτέλεση κοινωφελών έργων , προκειμένου να μειωθεί η ανεργία ([Ξαγρεμμένακος, 2010](#))

Η εποχή του χριστιανισμού

Με την εξάπλωση του χριστιανισμού συνεχώς και περισσότεροι ανέπτυσαν το αίσθημα της αγάπης και της αλληλεγγύης προς το συνάνθρωπο. Οι αρχές της ισότητας και της αλληλεγγύης μέσω του χριστιανισμού έθεσαν νέες αξίες στην κοινωνική πρόνοια, αναπτύχθηκε έντονα ο θεσμός της φιλανθρωπίας προς τους ανθρώπους που είχαν ανάγκη. ([Πανουτσοπούλου, 1984](#)). Από τον 5^ο ως τον 10^ο η παροχή ελεημοσύνης και προστασίας δινόταν από τους επισκόπους και τους μοναχούς, ως δομή προστασίας θεωρούταν η επισκοπική έδρα όπου έβρισκαν στέγη οι άποροι. ([Πετρόπουλου, 2016](#)). Ο χριστιανισμός ήταν παρών και στα σημαντικά έργα που έγιναν επί Ιωάννη Καποδίστρια, μέσα από την ίδρυση σημαντικών δομών

όπως τα ορφανοτροφεία Αιγίνης, Χατζήκωνστα, Αμαλιείο ορφανοτροφείο θηλέων καθώς και του Ελληνικού ερυθρού σταυρού, με την φιλανθρωπική συμβολή του Κόσμου του Αιτωλού και της Φιλοθέης Μπενιζέλου. Ο χριστιανισμός ανέπτυξε σπουδαία φιλανθρωπική δράση παρέχοντας προστασία σε άπορες οικογένειες αλλά και δημιουργώντας άσυλα και παιδικά κέντρα για την προστασία των παιδιών. (Πετροπούλου , 2016).

Η εποχή του Βυζαντίου

Στην εποχή του Βυζαντίου υπήρχε σημαντικό φιλανθρωπικό έργο, η μέριμνα για τους μη έχοντες αποτελούσε χρέος των επισκόπων , η βασική δράση για την προστασία των απόρων ήταν η παροχή φαγητού και ελεημοσύνης μέσω χρημάτων, όμως πολύ σημαντικό ρόλο είχαν τα ιδρύματα. Από τις σπουδαιότερες δομές της εποχής εκείνης ήταν η Μονή Στουδίου, όλοι όσοι βρισκόταν σε δεινή κατάσταση είχαν πρόσβαση για περίθαλψη, εκείνη την εποχή λειτουργούσε και το δημόσιο αρτοποιείο όπου οι άποροι προμηθευόταν δωρεάν τον άρτο. Σημαντική μέριμνα υπήρχε για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη όπου παρεχόταν από τα ‘ ευαγή’ ιδρύματα. (Πάππα, 2014). Ιδρύματα περίθαλψης απόρων και αδυνάτων υπό την μέριμνα του κράτους και της Εκκλησίας υπήρχαν σε όλη την επικράτεια του Βυζαντίου, εκτός από την Εκκλησία και το κράτος σημαντική ήτο η συνεισφορά των φιλάνθρωπων της εποχής στην συντήρηση αυτών. Η ιατρική περίθαλψη στα νοσοκομεία του Βυζαντίου ήταν δωρεάν για κάθε πολίτη, ακόμα και ξένους , ανεξαρτήτου κοινωνικής τάξης και οικονομικής επιφάνειας . (Μουτζάλη, 2011). Σημαντική μέριμνα υπήρχε και για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, στην Βυζαντινή επικράτεια λειτουργούσαν τα γηροκομεία που είχαν ως καθήκον την παροχή φροντίδας την ιατρική περίθαλψη των γερόντων, ένα από τα σπουδαιότερα ιδρύματα για τους ηλικιωμένους ήταν αυτό του συγκροτήματος Ιεράς Μονής Παντοκράτορος της Κωνσταντινούπολης, ενώ τέλος ορισμένα από τα επαγγέλματα εκείνη την εποχή που μεριμνούσαν για την φροντίδα ήταν οι γηροκόμοι που διοικούσαν τα γηροκομεία, οι κουράτορες που είχαν τον ρόλο του κηδεμόνα, ενώ καθήκοντα νοσηλείας αναλάμβαναν οι ,διακόνισσες, νοσοκόμοι, οι υπουργίσσες, οι παρανοσόκομοι και οι παραβολάνεις. (Παπαφιλίππου, κ.α, 2004).

Η περίοδος που ακολούθησε ύστερα από την τουρκοκρατία, σηματοδοτήθηκε από την έξαρση των αναγκών για κοινωνική προστασία και αυτό διότι οι απώλειες του πολέμου από τις ανθρώπινες ζωές είχε ως αποτέλεσμα, να μείνουν απροστάτευτες οικογένειες αλλά και να υπάρξουν ανεπανόρθωτες ζημιές στον γεωργικό και κτηνοτροφικό τομέα. Η ίδρυση δομών προστασίας από τον Ιωάννη Καποδίστρια με την συμβολή άλλων σπουδαιών ελλήνων όπως ο Μακρυγιάννης αλλά και της εκκλησίας ήταν η αρχή της ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας. Την περίοδο αυτή το κράτος οδηγείται στην οικοδόμηση νοσοκομείων για την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιδημιών, καθώς και μια σειρά δομών όπως ορφανοτροφεία, φυλακές, σχολεία βρεφοκομεία. Το 1836 έχουμε τα πρώτα δείγματα του ασφαλιστικού μέσα από την συνταξιοδότηση και την κοινωνική ασφάλιση καθώς και με την ίδρυση ταμείων. Το έτος 1900 βρίσκει το κράτος πρόνοιας να συνεχίζει να στηρίζεται δυναμικά σε φιλανθρωπίες ευεργετών, σημαντική συνεισφορά με την ίδρυση δομών που λειτουργούν ως σήμερα θεωρούνται οι: Χατζηκώνστας, Χατζηκυριάκος, Μπεκιάρης, οι οποίοι ίδρυσαν ορφανοτροφεία. Ορισμένες σημαντικές δομές υγείας όπως το Αιγινίτειο, το Αρεταίειο, το Δρομοκαίτιο, αλλά και δομές εκπαίδευσης αποτελούν δωρεές των, Βαρβάκη, Τοσίτσα και Αρσάκη. (Ξαγρεμμενάκος, 2011). Το 1920 ήταν η περίοδος διακυβέρνησης από τον Ελευθέριο Βενιζέλο του οποίου η κοινωνική πολιτική εστίασε στην κοινωνική ασφάλιση βασισμένη στο μοντέλο του συστήματος Bismarck, η Ελλάδα αυτή την περίοδο προσπαθεί να επουλώσει τις πληγές της από την Μικρασιατική καταστροφή η οποία είχε ως αποτέλεσμα εκτός των άλλων την αύξηση προσφυγικού κύματος, το κοινωνικό κράτος δεν αποτελεί ισχυρό παράγοντα και η στήριξη του βασίζεται σε διεθνείς οργανισμούς και μη κυβερνητικές οργανώσεις. (Στασινοπούλου, 2006). Ο αριθμός των προσφύγων της Μικρασιατικής καταστροφής που ζήτησαν προστασία ξεπερνούσε το 1.500,000 εκατομμύριο, ανάμεσα τους γυναίκες ηλικιωμένοι παιδιά και ασθενείς, προτεραιότητα για στην παροχή φροντίδας ήταν η στέγαση τους, για την κάλυψη των αναγκών αυτών έγινε χρήση δημοσίων κτηρίων όπως σχολεία, στρατόπεδα και Εκκλησίες, ο σχεδιασμός για την εγκατάσταση των προσφύγων έγινε μέσα από δύο παρεμβάσεις, η πρώτη αφορούσε την αγροτική αποκατάσταση την παραχώρηση αγροτικών κλήρων και μικρών και μεγάλων ζώων και την ανέγερση οικημάτων σε 1954 οικισμούς, η δεύτερη εστίαζε στην ανοικοδόμηση 23,611 εστιών ως το 1929 για να φιλοξενήσει τους μη

έχοντες κατοικία. Σε αυτή την προσπάθεια σημαντική συμβολή είχαν και οι φιλανθρωπικές οργανώσεις τόσο του εξωτερικού όσο και του εσωτερικού, από τις σημαντικότερες βοήθειες αυτή την δύσκολη περίοδο ήταν αυτή της Χριστιανικής Αδελφότητας Νέων της Θεσσαλονίκης, (ΧΑΝΘ), μαζί με κατοίκους προσέφεραν κατοικίες και ιμάτια για την φροντίδα των προσφύγων. Τα οικονομικά δεδομένα εκείνη την εποχή δεν παρείχαν την δυνατότητα στο Υπουργείο να αναπτύξει έντονη κοινωνική δράση. Μετά την παροχή προστασίας στον τομέα της στέγασης και της ένδυσης ακολούθησε ανάγκη να υπάρξει μεριμνά για την πρόληψη της δημόσιας υγείας αλλά και της παιδικής προστασίας, για την επίτευξη αυτών των σκοπών δημιουργήθηκαν για την μεν προστασία της δημόσιας υγείας, κοινοτικοί υγειονομικοί σταθμοί και για την παιδική προστασία το 1935 οι Εθνικοί παιδικοί σταθμοί. (Ξαγρεμμενακος, 2011).

1.3. Η Κοινωνική προστασία από το 1936-1980

Η Ελλάδα μετά την Μικρασιατική καταστροφή ήρθε αντιμέτωπη με ένα πρωτόγνωρο κύμα προσφύγων, οι ανάγκες περίθαλψης και δημιουργίας δομών για την προστασία των προσφύγων, αλλά και του εγχώριου πληθυσμού που αντιμετώπιζαν δυσκολίες καθώς η χώρα προερχόταν και από την περίοδο του Β΄ παγκοσμίου πολέμου, ήταν μεγάλες. Το Ελληνικό Κράτος του οποίου την διακυβέρνηση ανέλαβε για 4 χρόνια (1936-1940) ο Ιωάννης Μεταξάς, εστίασε στην στέγαση και παροχή ιατρικής φροντίδας μέσα από την κοινωνική πολιτική που εφάρμοσε αυτή την περίοδο, ενώ μέριμνα υπήρξε και για την παιδική προστασία και κυρίως την νεολαία. Αρχικά επενδύθηκε ένα μεγάλο μέρος χρημάτων για την ανέγερση υποδομών και παροχή δανείων προκειμένου να έχουν στέγη οι πρόσφυγες της Μικρασιατικής καταστροφής, επίσης έλαβαν χώρα διάφορες εργασίες προκειμένου να βελτιωθεί κατάσταση των περιοχών που υπήρχαν οι κατοικίες όπως έργα για την ύδρευση, κατασκευή δρόμων αλλά και ανέγερση Ναών. Η υγειονομική κατάσταση στη χώρα απαιτούσε την συγκρότηση πολιτικής με σκοπό την υγειονομική περίθαλψη για αντιμετώπιση ασθενειών όπως η φυματίωση η ελονοσία και άλλες ασθένειες, καθώς μέχρι τότε δεν υπήρχε ιδιαίτερη μέριμνα και επαρκείς υποδομές για παροχή ιατρικής φροντίδας και οι δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες και κυρίως οι κλίνες ήταν ελάχιστες. Προκειμένου να γίνει εφικτή η ανάπτυξη του μοντέλου κοινωνικής πρόνοιας και να καταστεί δυνατός ο σχεδιασμός, επιβλήθηκαν μέτρα οικονομικής φύσεως όπως η

φορολογία για την εξοικονόμηση πόρων. Επιπλέον στα πλαίσια της εύρεσης οικονομικών πόρων αναπτύχθηκαν συνεργασίες με εξωτερικούς παράγοντες, όπως το ίδρυμα Ροκφέλερ και το ίδρυμα Γουέλκομ. Στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης έγιναν παρεμβάσεις με σκοπό την αύξηση των κλινών και την ανάπτυξη νέων μονάδων, αν και ο κύριος όγκος των ασθενών αφορούσε την Αθήνα εν τούτοις μέριμνα υπήρξε και για την περιφέρεια. Τα νοσοκομεία τα οποία ενισχύθηκαν με κλίνες ήταν τα εξής: Λαϊκό Νοσοκομείο, Ιπποκράτειο, Ευαγγελισμός, Ερυθρός Σταυρός, Ελπίς, Τζάνειο, Νέας Ιωνίας, ενώ ανεγέρθη στην περιοχή της Κοκκινιάς του δήμου Πειραιά ένα νέο νοσοκομείο μικρότερης δυναμικότητας. Και στην περιφέρεια ωστόσο υπήρξαν παρεμβάσεις με στόχο την ανήσυχη της υγειονομικής περίθαλψης, ιδρύθηκαν νέες νοσοκομειακές μονάδες σε Πάτρα, Άρτα, Λαμία, Σάμο, Ιωάννινα, Καλαμάτα, Κέρκυρα και Πρέβεζα ενώ το 1939 δημοσιεύεται το ΦΕΚ για την ανοικοδόμηση δύο ακόμα νοσοκομείων, του Γενικού Νοσοκομείου και της Κυπαρισσίας. Η περίθαλψη για τις μέλλουσες μητέρες ενισχύθηκε με την ίδρυση μαιευτηρίων και την ενίσχυση με υγειονομικό υλικό και αναβάθμιση των υπαρχόντων. Για την αντιμετώπιση της φυματίωσης δαπανήθηκαν από την Κυβέρνηση ποσά για τις ήδη υπό λειτουργία μονάδες και ιδρύματα όπως νοσοκομεία- σανατόρια, καθώς και σύσταση νέων σε όλη την επικράτεια. Στον τομέα της προστασίας του παιδιού σημαντικό ρόλο επιτέλεσε το Π.Ι.Κ.ΠΑ, πρώην (ΠΗΠΠ) πατριωτικό ίδρυμα προστασίας παιδιού το οποίο λειτούργησε ως ΝΠΔΔ το 1929 και μετονομάστηκε σε (ΠΗΚΠΑ), πατριωτικό ίδρυμα κοινωνικής πρόνοιας και αντιλήψεως το 1936, ωστόσο ο ρόλος του δεν περιοριζόταν μόνο στην παιδική προστασία αλλά και των ευάλωτων ομάδων. Συνολικά. Τέλος για την παιδική προστασία το κράτος προχώρησε στην σύσταση νέων παιδικών σταθμών και ορφανοτροφείων που τα παιδιά είχαν την δυνατότητα εκπαίδευσης σε τομείς και ειδικότητες που στην συνέχεια μπορούσαν να εξασκήσουν ως επάγγελμα, δημιουργήθηκαν 24 νέοι παιδικοί σταθμοί και 30 ορφανοτροφεία τα οποία είχαν διασύνδεση με τη Σιβιτανίδειο σχολή και το Ιωσηφόγλειο ορφανοτροφείο για την εξέλιξη της εκπαίδευσης τους. (Ταμαλίδου, 2014)

(Κλείνοντας αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι οι όποιες κοινωνικές πολιτικές έλαβαν χώρα την περίοδο 1936-1940 υπό την δικτατορία του Ιωάννη Μεταξά, δεν αναιρούν το γεγονός ότι η κυβέρνηση Μεταξά υπήρξε ένα δικτατορικό καθεστώς με κατάλυση ελευθεριών και δικαιωμάτων και η αναφορά στην συγκεκριμένη περίοδο

έγινε λόγω των αναγκών της παρούσης εργασίας και του συγκεκριμένου κεφαλαίου και μόνο).

Η χώρα την περίοδο και μετά το 1940 εξακολουθεί να βιώνει δυσάρεστες συνέπειες εξαιτίας του Εθνικού διχασμού που προκλήθηκε την πενταετία 1944-1949. Η προσπάθεια ανασύστασης του κράτους βασίζεται στον σχεδιασμό παρέμβασης που οργάνωσε ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε), του οποίου οι δαπάνες καλύφθηκαν από το σχέδιο Marshall της κυβέρνησης των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής. Οι βασικοί πυλώνες προστασίας επικεντρώθηκαν κυρίως στην εξασφάλιση στέγης, την παιδική προστασία, την προστασία των προσφύγων και την υγεία. Εκ των σημαντικότερων μεταρρυθμίσεων όχι μόνο εκείνης της περιόδου αλλά της κοινωνικής πολιτικής της χώρας διαχρονικά ήταν ο Ν.4169 το 1961, με τον νόμο αυτό συστήνεται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων, (Ο.Γ.Α). Μέσω του ΟΓΑ ενισχύονται οικονομικά οι συνταξιούχοι, τα άτομα με αναπηρία, οι χήρες αλλά και οι ιδιοκτήτες αγροκτημάτων σε περιπτώσεις κάποιας καταστροφής. Πέραν της οικονομικής ενίσχυσης οι ωφελούμενοι έχουν πρόσβαση και στην κάλυψη στον τομέα της υγείας με δικαίωμα δωρεάν παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Ο δεύτερος και εξίσου σημαντικός οργανισμός στην μετέπειτα πορεία της προστασίας ευάλωτων κοινωνικά ομάδων και αφορά την απασχόληση, είναι η σύσταση φορέα Οργανισμού ανεργίας, το 1954 με το Ν.Δ.2961/1954 μετέπειτα Οργανισμός απασχόλησης εργατικού δυναμικού (ΟΑΕΔ), Ν.Δ.212/69. *(Ο ρόλος του ΟΑΕΔ αναλύεται σε επόμενο κεφαλαίο).* Το 1937 συστήνεται το Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων (ΙΚΑ) Ν.6298/1934, με σκοπό την ασφαλιστική κάλυψη ιδιαίτερα εκείνων που ασχολούνται με αγροτικές εργασίες μέχρι τελικά αυτοί να ενταχθούν στον ΟΓΑ το 1960. Ως την σημερινή περίοδο το ΙΚΑ έχει περάσει από αρκετά στάδια διοικητικών τροποποιήσεων και διαφοροποίησης ως προς την ασφαλιστική ιδιότητα και το εύρος παροχών, σταδιακά μετά την σύσταση του διευρυνόταν ο αριθμός παροχών ενώ συγχωνευτήκαν και ορισμένα ταμεία στα πλαίσια αναδιάρθρωσης, η ουσιαστική αναβάθμιση του φορέα κοινωνικών ασφαλίσεων ξεκίνησε από το 1978 και έπειτα με την αποκατάσταση της Δημοκρατίας, ενώ παρά το γεγονός έναρξης λειτουργίας του το 1937, η επέκταση σε όλη την επικράτεια ολοκληρώθηκε το 1977.*(Ντάμπο,χ.χ)*. Η ανασυγκρότηση της χώρας έπρεπε γίνει με μέριμνα για κάθε άνθρωπο ειδικά για τους απόρους για να επιτευχθεί η σωστή μέριμνα αποφασίστηκε το 1948 η σύσταση κέντρων πρόνοιας ως ΝΠΔΔ εποπτευόμενα από το Υπουργείο

Υγείας Πρόνοιας, η ίδρυση τους αποσκοπούσε να λειτουργήσει ως φορέας που θα είχε επιμέλεια για την οργάνωση των απόρων, το επιχείρημα αντιμετώπισε αρχικά δυσκολίες από διάρθρωσης προσωπικού παρά τις προσπάθειες να διορθωθεί αυτό δεν επετεύχθη. Εκτός από τον συγκεκριμένο φορέα οι αυξημένες απαιτήσεις οδήγησαν το 1947 σε ίδρυση δομών ανοιχτής και κλειστής περίθαλψης. Οι μεγαλύτερες συνέπειες από την εμπόλεμη κατάσταση και του προσφυγικού εντοπιζόταν κυρίως την Βόρειο Ελλάδα, ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας, αποτέλεσε τον φορέα προστασίας της ευρύτερης εκεί περιοχής. Το 1955 θα μετονομαστεί προς τιμήν της Βασίλισσας Φρειδερίκης σε Βασιλική πρόνοιας. Από το 1970 ως τώρα σαν Ν.Π.Ι.Δ υπάρχει ως Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας. (Παρασκευόπουλος, 2005).

Η Ελλάδα μέσα στην περίοδο που μεσολάβησε από το 1940 με την λήξη της δικτατορίας του Μεταξά, ως και το 1980, ήρθε αντιμέτωπη και μία ακόμα σκοτεινή περίοδο για τη Δημοκρατία, την περίοδο 1967-1973, με την δικτατορία της χούντας. Την περίοδο αυτή δεν υπήρξαν μεταρρυθμίσεις κοινωνικής φροντίδας, η κοινωνική προστασία παρέχόταν από τις ήδη υπάρχουσες δομές και νοσοκομεία που είχαν θεμελιωθεί ως τότε. Το μοναδικό νομοθετικό πλαίσιο που ορίστηκε και διέπει ως σήμερα την λειτουργία δομών προστασίας των ηλικιωμένων είναι το Ν.Δ 162/73. (Γράβαλου, 2003). Συνοψίζοντας μπορούσαμε να πούμε πως σε όλη την ιστορία του Ελληνικού Κράτους δεν αναπτύχθηκαν ουσιαστικές προϋποθέσεις για την οικοδόμηση ενός κράτους πρόνοιας θεμελιωμένο βαθιά που να μπορεί να προσφέρει την προστασία που έπρεπε, μέχρι και την εποχή της μεταπολίτευσης η κοινωνική προστασία ήταν κατά μεγάλο ποσοστό αποτέλεσμα φιλανθρωπίας από ιδιώτες, απλούς πολίτες και την Εκκλησία, τα οποία μέτρα του κεντρικού κράτους αφορούσαν μόνο τις περιόδους μεγάλων αναγκών λόγω κρίσεων κυρίως πολέμων, η προσπάθεια οικοδόμησης ενός σύγχρονου και θεμελιωμένου κράτους πρόνοιας και κοινωνικής προστασίας ξεκινά από το 1973 και κυρίως από το 1980 με την άνοδο του σοσιαλιστικού κινήματος στην εξουσία.

1.4. Η περίοδος 1980 – 2010

Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που καθόρισαν σε μεγάλο βαθμό στην ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας έλαβαν χώρα με την έλευση στην εξουσία των σοσιαλιστών,

την ώρα που στην υπόλοιπη Ευρώπη οι δαπάνες κοινωνικής προστασία περιοριζόταν, στην Ελλάδα ξεκινά η εποχή ανασυγκρότησης, ακριβώς αντίθετα από ότι συνέβαινε στην περίοδο της δικτατορίας όπου οι δαπάνες για την για την κοινωνική προστασία, ήταν συγκριτικά εκ διαμέτρου αντίθετες ποσοτικά με τις υπόλοιπες χώρες. Μιλώντας με αριθμούς, παρατηρείται μέσα σε δέκα έτη (1975-1985) αύξηση των δαπανών που αγγίζει το 100%. Στα μέτρα που εφαρμόστηκαν αρχικά ήταν η καθολική κάλυψη ασφάλισης από τον ασφαλιστικό φορέα, η σημαντικότερη όμως τομή της δεκαετίας του 1980 ήταν ο Ν.1397/1983 με την σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. (Τσέλιος, Μαχαλιώτης, Λαμπρόπουλος, 2016). Με την εφαρμογή του νόμου σκοπός ήταν να επιτευχθούν οι στόχοι που αφορούσαν την αναβάθμιση της περίθαλψης όπως:

- Πρόσβαση στην υγεία για όλους τους πολίτες
- Ισονομία ως προς τις υπηρεσίες σε γεωγραφικό επίπεδο με την σύσταση των ΥΠΕ
- Ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο στόχος αυτός, επιτυγχάνεται μέσω της συνεργασίας του κεντρικού κράτους με τις περιφέρειες.
- Χρηματοδότηση με βάση τις απαιτήσεις κάθε γεωγραφικού τομέα για την κάλυψη των δαπανών υγείας.
- Αναβάθμιση της νοσοκομειακής περίθαλψης.

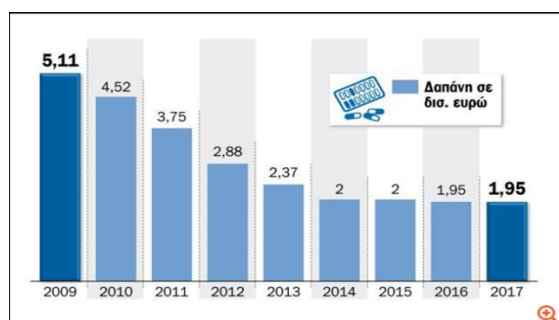
Οι στόχοι αυτοί ήταν εφικτό να υλοποιηθούν με σχεδιασμό ο οποίος προέβλεπε την οργάνωση των περιφερειών μέσω περιφερειακών συμβουλίων υγείας (ΠΕΣΥ), την αναδιοργάνωση στο διοικητικό κομμάτι των νοσοκομείων καθώς όλα πλην πανεπιστημιακών και στρατιωτικών θα ανήκαν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας. Στα διοικητικά πλαίσια οργανώθηκαν και οι δημόσιοι ασφαλιστικοί οργανισμοί με την ένταξη τους σε ένα κεντρικό σύστημα των κέντρων υγείας, ενώ στο θέμα των δαπανών ο σχεδιασμός περιελάμβανε την ενοποίηση των ταμείων. Τέλος η αναβάθμιση της υγειονομικής περίθαλψης προχώρησε και με την ίδρυση 400 κέντρων υγείας εκ των οποίων οι 200 μονάδες αφορούσαν τους κατοίκους αγροτικών περιοχών για την καταπολέμηση της ανισότητας πρόσβασης. Όλες οι δομές διασυνδεόταν με μία ανώτερη μονάδα υγείας όπως το νομαρχιακό νοσοκομείο που με τη σειρά του θα είχε επικοινωνία με ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Η διοικητική οργάνωση των κέντρων υγείας τροποποιήθηκε επανειλημμένα με την εναλλαγή των

κυβερνήσεων καθώς η αρμοδιότητα τους μεταφερόταν μεταξύ νοσοκομείων και νομαρχιών. Το 1992 καταργείται ο νόμος 1397 και πλέον είναι δυνατή η ανάπτυξη ιδιωτικών δομών υγείας ενώ συγκροτείται και το κέντρο ελέγχου ειδικών λοιμώξεων, μετέπειτα ΚΕΕΛΠΝΟ. Την ίδια χρόνια λαμβάνουν χώρα διαδικασίες για την προώθηση της ψυχικής υγείας με σκοπό την αποασυλοποίηση και την ένταξη. Με την εκ νέου αλλαγή της κυβέρνησης υπήρξε και αλλαγή πολιτικής, ο νέος Υπουργός Υγείας μέσω του Ν.2194/1994 επιχειρεί την θεμελίωση του Ε.Σ.Υ ως δημόσιο αγαθό μέσα από μια σειρά παρεμβάσεων, όπως η επανένταξη των κέντρων υγείας στα δημόσια νοσοκομεία, όσο αφορά το προσωπικό των κέντρων υγείας και ιδιαίτερα στους γιατρούς, η εκπαίδευση τους θα γίνεται σε νομαρχιακά νοσοκομεία. Η αναβάθμιση του εθνικού συστήματος υγείας οδηγεί σε αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών προς αυτό και ώθηση στην ζήτηση των υπηρεσιών του από μεγάλο μέρος του πληθυσμού ενώ ο οικογενειακός ιατρός ως μεταρρυθμιση αποτελεί κλειδί για το σύστημα υγείας και θα παρέχει υπηρεσίες υγείας χωρίς να στερείτε της δυνατότητας να αποκτήσει ότι είναι απαραίτητο για την παροχή περίθαλψης στους ασθενείς. Η αναβάθμιση του Ε.Σ.Υ. συνεχίζεται μέσω του Ν.2519/1997 μέσω των δικαιωμάτων των ασθενών, αλλά και με την συγκρότηση των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η παροχή φροντίδας μέσω κέντρων υγείας και δημοσίων νοσοκομείων είναι πλέον εφικτή και με κατ οίκον νοσηλεία. Το 2000 βρίσκει το εθνικό σύστημα υγείας να ενισχύει το δημόσιο χαρακτήρα του διαμορφώνοντας πολιτικές για να εξαλειφθεί η ανισότητα πρόσβασης σε κάθε πολίτη σε όποιο μέρος και αν βρίσκεται. Οι υγειονομικές περιφέρειες που δημιουργούνται και τα ΠΕΣΥ ανέρχονται σε 17, όπου εντάσσονται τα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας όλης της χώρας αλλά και οι φορείς κοινωνικής προστασίας. Ο Ν.3106/2003, εστιάζει στην φροντίδα των πιο ευάλωτων ομάδων όπως οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με αναπηρία μέσω δημιουργίας δομών φροντίδας με την μορφή ξενώνων, ενώ ενισχύεται και επεκτείνεται το πρόγραμμα 'Βοήθεια στο σπίτι'. Το 2004 θεσπίζεται ένας ακόμη νόμος ο 3235/2004, ο οποίος αφορά κυρίως την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στους φορείς παροχής της. Συγκεκριμένα Η ΠΦΥ θα παρέχεται πλέον μέσα από:

- Κέντρα υγείας
- Περιφερειακά ιατρεία

- Μονάδες ΠΦΥ των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης
- Εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων
- Υπηρεσίες ΠΦΥ των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης

Θεσπίζεται ο ηλεκτρονικός φάκελος, η ηλεκτρονική κάρτα υγείας και ενισχύεται οι οικογενειακός ιατρός. Μετά τις εκλογές το 2004 και την αλλαγή της κυβέρνησης και της ηγεσίας του υπουργείου υγείας, οι όποιες μεταρρυθμίσεις και αλλαγές αφορούσαν κυρίως την διοικητική λειτουργία των φορέων καθώς και την οργάνωση των υπηρεσιών του ΕΣΥ. Το κέντρο ελέγχου ειδικών λοιμώξεων που συστήθηκε το 1992 μετονομάζεται σε : ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ (κέντρο ελέγχου και πρόληψης νοσημάτων), επίσης οι υπηρεσίες υγείας του εθνικού συστήματος υγείας μπορούν να διασυνδέονται και με φορείς του ιδιωτικού τομέα. Μια ακόμη ρύθμιση αφορά τις χορηγήσεις φαρμάκων, στην κοστολόγηση τους και στην προμήθεια. Οι εκλογές του 2009 σηματοδοτούν εκ νέου αλλαγή της κυβέρνησης, η περίοδος αυτή αποτελεί την έναρξη της οικονομικής κρίσης που πλήττει όχι μόνο την Ελλάδα αλλά και την παγκόσμια οικονομία. Η κοινωνική προστασία συμπεριλαμβανομένης και της υγείας οδηγείται σε μείωση δαπανών, ωστόσο την περίοδο 2009-2011 η τότε κυβέρνηση προωθεί μια σειρά μεταρρυθμίσεων. Με τον Ν.3868/2010 ορίζεται η λειτουργία δημόσιων νοσοκομείων επί 24 όρου βάσεως, συστήνεται το γραφείο υποστήριξης του πολίτη με σκοπό την βελτίωση παροχής των υπηρεσιών υγείας και των δικαιωμάτων των πολιτών που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας. Στις σημαντικές νομοθετικές μεταρρυθμίσεις ήταν η θέσπιση για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση Ν.3892/2010. η οποία είχε πολύ θετικό αντίκτυπο στην μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης.



Πηγή : (<https://www.capital.gr/oikonomia/3272371/ragdaia-i-meiosi-stis-dapanes-giperiodo-2009-2014#a-to-farmako-tin-0>)

Το 2011 η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας αλλάζει, ο νέος υπουργός Κ. Ανδρέας Λοβέρδος μέσω του Ν.3918/2011 προωθεί μια σειρά αλλαγών για την αντιμετώπιση του προβλήματος των δαπανών. Δημιουργείται ένας νέος φορέας ο ΕΟΠΥΥ που αποσκοπεί στο να ενταχθούν σε αυτόν φορείς και πόροι της υγείας. Η ενοποίηση των φορέων γίνεται και μέσω του Ν.4025/2011, μέσω του οποίου συγχωνεύονται δομές προστασίας και κοινωνικής αλληλεγγύης και γίνεται εφικτή η διασύνδεση τους με το ΕΣΥ. Για πρώτη φορά δημιουργείται εθνικό μητρώο όπου εντάσσονται όλοι οι δικαιούχοι που λαμβάνουν οικονομική ενίσχυση με την μορφή επιδομάτων. (Βαμβακά ,2015). Στην περίοδο αυτή εκτός από τον κλάδο της υγείας εξέλιξη στην κοινωνική πρόνοια και προστασία υπήρξε και σε άλλους τομείς με σύσταση ή μετεξέλιξη φορέων. Την δεκαετία 80' σχεδιάστηκαν από τους ΟΤΑ, τα κέντρα δημιουργικής απασχόλησης παιδιών (ΚΔΑΠ), η υλοποίηση τους όμως έλαβε χώρα από το 1994 και έπειτα μέσα από την συνεργασία 4 φορέων. Ο αριθμός των πρώτων ΚΔΑΠ ανερχόταν σε 10, τα οποία ιδρύθηκαν σε διάφορες περιοχές της επικράτειας, σταδιακά ο αριθμός τους αυξανόταν και επεκτεινόταν και σε άλλα μέρη της Ελλάδας. Σήμερα λειτουργούν 241 κέντρα δημιουργικής απασχόλησης παιδιών με τα περισσότερα εξ αυτών να υλοποιούνται μέσω των Β' και Γ' κοινοτικού πλαισίου στήριξης. (ΚΠΣ). Ο σκοπός δημιουργίας των ΚΔΑΠ αποτέλεσε η δημιουργική απασχόληση των παιδιών με την ανάπτυξη δεξιοτήτων αλλά και της ψυχαγωγίας με συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα, πέραν όμως του ρόλου για την κάλυψη με δημιουργικό τρόπο των παιδιών και την συμμετοχή τους σε δραστηριότητες με συνομήλικους τους, τα κέντρα αυτά προσφέρουν και την ευκαιρία στις γυναίκες – μητέρες να μπορούν να απασχοληθούν αν επιθυμούν σε εργασία και να μην περιορίζονται μόνο στον ρόλο του γονέα. (Θελερίτη, Συμεωνιδου, κ.α, 2008). Λίγα χρόνια αργότερα και συγκεκριμένα το 2000 λειτούργησαν τα ΚΔΑΠ /ΑΜΕΑ στελεχωμένα με διεπιστημονικό προσωπικό που αποτελείτο από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς φροντιστές, γυμναστές, καθηγητές ειδικής αγωγής αλλά και καθηγητές εκπαίδευσης και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων καθώς και θεραπευτές. Στα ΚΔΑΠ /ΑΜΕΑ συμμετείχαν παιδιά με αναπηρία και μέσω της δομής αυτής είχαν την δυνατότητα δημιουργικής απασχόλησης και εκπαίδευσης με σκοπό την αποϊδρυματοποίηση τους, την δημιουργική απασχόληση την βελτίωση της ψυχικής τους ευεξίας αλλά και την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου.

Τα παιδιά που εντάσσονται στα ΚΔΑΠ/ΑΜΕΑ αντιμετωπίζουν σχεδόν κάθε είδους αναπηρία ποσοστού 35% και άνω. <https://www.schooling.gr/article/58/ti-einai-ta-kdapmea>

Η προστασία των ηλικιωμένων μέσα από προγράμματα και δομές αποτέλεσε καθοριστικής σημασίας για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής, οι 3 πυλώνες στήριξης όσο αφορά τις δομές ήταν: 1) Τα Κ.Α.Π.Η , 2) Το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι, 3) Τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας . Και οι 3 ορίζονται ως μονάδες κοινωνικής μέριμνας για ηλικιωμένους. Τα ΚΑΠΗ, συστήθηκαν το 1979 , στην συνέχεια η αρμοδιότητα τους πέρασε στους ΟΤΑ, υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σκοπός της ίδρυσης τους αποτελεί η απασχόληση των ηλικιωμένων μέσα από δράσεις όπως ψυχαγωγία, ταξίδια αλλά και επικοινωνία ατόμων της τρίτης ηλικίας μεταξύ τους προκειμένου να μην αισθάνονται απομονωμένοι και μόνοι ειδικά όσοι στερούνται οικογενειακού περιβάλλοντος, τα ΚΑΠΗ διασυνδέονται με φορείς πρόνοιας για να είναι εφικτή η πληρέστερη παροχή φροντίδας ενώ παρέχεται και περίθαλψη από προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων, σήμερα λειτουργούν περίπου 734 κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων. *(Ο θεσμός των ΚΑΠΗ περιγράφεται με περισσότερη ανάλυση στο κεφάλαιο για την 'Τρίτη ηλικία')*. Από τα σημαντικότερα προγράμματα για την προστασία των ηλικιωμένων ήταν και το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι, ξεκίνησε πιλοτικά την δεκαετία του 80' αλλά υλοποιήθηκε με πιο οργανωμένο και σαφή σχεδιασμό από το 1990 και έπειτα ύστερα και από την οικονομική ενίσχυση των κοινοτικών πλαισίων στήριξης, υλοποιείται μέσω των ΟΤΑ, με σκοπό την παροχή φροντίδας κατ οίκον σε ηλικιωμένα μοναχικά κυρίως άτομα, στο συγκεκριμένο πρόγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων είναι γυναίκες, συνεπώς η ενίσχυση της γυναικείας απασχόλησης πέραν της φροντίδας των ατόμων της τρίτης ηλικίας, ήταν ένα ακόμη σημαντικό σημείο. Διασυνδέεται με τις δομές των ΚΑΠΗ, αλλά και με όλους τους φορείς κοινωνικής προστασίας και με φορείς της υγείας ειδικά όταν κριθεί επείγον και η μετάβαση ενός ηλικιωμένου σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα, Στελεχώνεται από προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων, το 2001 το πρόγραμμα επεκτάθηκε, σήμερα λειτουργούν πάνω από 1064 προγράμματα "Βοήθεια στο σπίτι" σε όλη την επικράτεια. *(Βλ. Κεφάλαιο 4 για την 'Τρίτη ηλικία')*. Η Τρίτη δομή προστασίας αφορά τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η), συστάθηκαν το 2001, ο σκοπός ίδρυσης τους ήταν αφενός η περίθαλψη ηλικιωμένων ατόμων με αυξημένες ανάγκες και προβλήματα και αφετέρου η λειτουργία τους ως

υποστηρικτικό περιβάλλον των οικογενειών, κυρίως αυτών που είτε λόγω εργασίας είτε λόγω οικονομικών, αδυνατούσαν να παρέχουν ένα περιβάλλον βέλτιστης φροντίδας. Παρόλο που η λειτουργία τους και η θεσμοθέτηση τους ανήκει στην ίδια κατηγορία με τα προηγούμενα προγράμματα παρόλα αυτά εντοπίζονται ορισμένες αδυναμίες στο εν λόγω πρόγραμμα ενώ οι συνολικές αδυναμίες όλων των μονάδων πιθανών να αντιμετωπίζονται έναν συστηνόταν ως ένας ενιαίος φορέας προστασίας . Ο κοινωνικός αποκλεισμός των πιο ευάλωτων ομάδων δύναται να αντιμετωπιστεί μέσα από τις κρατικές προστασίες που διαθέτει το κράτος, δεν αρκεί όμως απλά η σύσταση και η στελέχωση των δομών αυτών και η στελέχωση τους, χρειάζεται ο πολίτης να έχει την δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές ώστε μέσα από την συνεργασία φορέων-πολιτών να αναπτυχτεί μία σχέση ευαισθητοποίησης της κοινωνίας ευρύτερα αλλά και παροχής φροντίδας στις ευάλωτες ομάδες, για την επίτευξη κυρίως του δευτέρου σκοπού το 2003 ιδρύθηκαν τα κέντρα υποστηρικτικών υπηρεσιών. Κ.Υ.Υ, μέσω αυτών οι φορείς προστασίας δύναται να διασυνδέονται και να επιτυγχάνεται η προσβασιμότητα σε ευάλωτες ομάδες με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, επιπλέον παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη στα άτομα που χρίζουν βοήθειας με στόχο την εύρεση της πιο αποτελεσματικής λύσης και παραπομπής στην υπηρεσία που απαιτείται, σήμερα λειτουργούν 110 δομές υποστήριξης, υπαγόμενες στους ΟΤΑ. (Θελερίτη, Συμεωνιδου, κ.α, 2008). Οι προκλήσεις στην κοινωνική προστασία μεγαλώνουν, απόρροια των συνθηκών κάθε εποχής αυτό επιτάσσει την ανάγκη μετασχηματισμού της κοινωνικής πολιτικής ώστε να ανταπεξέλθει στις νέες απαιτήσεις , ορισμένες προκλήσεις μετά την περίοδο της μεταπολίτευσης αφορούσαν στη γήρανση του πληθυσμού που οδήγησε στην ανάγκη ανάπτυξης δομών προστασίας και ενίσχυση των υφιστάμενων για την τρίτη ηλικία. Επιπλέον την περίοδο 1989 παρατηρείται αύξηση των μεταναστευτικών ροών κυρίως από τις χώρες των Βαλκανίων, επίσης υπάρχει μεταβολή σε μορφές οικογένειες όπως και σύσταση τύπων οικογενείας όπως μονογενεική και μονοπρόσωπα νοικοκυριά, ο σχεδιασμός παρεμβάσεων έπρεπε να περιλαμβάνει την ένταξη των ατόμων που ανήκουν σε αυτές τις ομάδες σε αγορά εργασίας και πρόσβασης σε δίκτυα φροντίδας, μέχρι το 1980 η κοινωνική προστασία παρουσιάζει κενά και δυσλειτουργίες που αποτυπώνονται στην αδυναμία πρόληψης, λανθασμένες αντιλήψεις για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, έλλειψη διασύνδεσης δημοσίου και ιδιωτικού φορέα αλλά και των δικτύων πρόνοιας ευρύτερα, ανισότητα πρόσβασης με αποτέλεσμα να

υπάρχει γεωγραφική ανισότητα στην παροχή περίθαλψης, ενώ η υποστελέχωση των υπηρεσιών αποτελούσε διαχρονικά πρόβλημα για την άμεση κάλυψη των αναγκών. Με τον Ν.2646/98 συστήνεται το εθνικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας, ως την θέσπιση του μεσολάβησαν ρυθμίσεις που τοποθετούνται χρονολογικά στην δεκαετία 80, δεκαετία αναβάθμισής και ουσιαστικής ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας, συνεχίστηκε μέσα από την μεταρρύθμιση της κοινωνικής πολιτικής και πρόνοιας το 1992 με τον Ν.2082/92, και το 1995 με την διαμόρφωση σχέσεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα Ν.2345/95 ως την τελική του μορφή το 1998. Το ΕΣΚΦ, δημιουργήθηκε για την κάλυψη των αναγκών κάθε πολίτη που χρειάζεται βοήθεια μέσα από τον εκσυγχρονισμό και ανάπτυξη των υπηρεσιών πρόνοιας. Υλοποιήθηκαν κοινωνικά προγράμματα μέσω των περιφερειών με την συμμετοχή του δημοσίου αλλά και του ιδιωτικού τομέα. Στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων πραγματοποιείται ενοποίηση των φορέων κοινωνικής προστασίας σε έναν ενιαίο, τον ΕΟΚΦ, σε αυτόν υπάγονται οι εξής φορείς : ΠΙΚΠΑ, Κέντρο βρεφών ΜΗΤΕΡΑ ,Εθνικός οργανισμός πρόνοιας (ΕΟΠ). (Κοταλακίδης, 2007). Την περίοδο 2000-2006 σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε ένα επιχειρησιακό πρόγραμμα που συν τοις άλλους περιλάμβανε μεταρρυθμίσεις και στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας. Το επιχειρησιακό πρόγραμμα υλοποιήθηκε στα πλαίσια του Γ΄ κοινοτικού πλαισίου στήριξης. Στο Γ΄ κοινοτικό πλαίσιο στήριξης στον άξονα της υγείας και πρόνοιας εντάσσονται όλοι οι πολίτες της Ελλάδας, με τις ομάδες οι οποίες να έχουν δικαίωμα να είναι κυρίως οι άνεργοι, νέοι, γυναίκες, άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες, ΟΤΑ, αλλά και όλες οι δημόσιες υπηρεσίες που εφαρμόζουν κοινωνικές πολιτικές καθώς και τομείς υγείας. (Μανουσιάδου, 2006). Στον τομέα της υγείας και πρόνοιας οι δράσεις που υλοποιήθηκαν μέσω του προγράμματος αφορούσαν στόχους που τέθηκαν και οι οποίοι περιελάμβαναν την αναβάθμιση δομών υγείας και εξοπλισμού καθώς και στον εκσυγχρονισμό τους, οργάνωση των διοικητικών λειτουργιών, διαδικασίες αποασυλοποίησης με την σύσταση δομών που διαφοροποιούταν από τις μορφές ιδρυμάτων, τέτοιες δομές είναι οι ξενώνες αλλά και ενοικιαζόμενα δωμάτια και προστατευμένα διαμερίσματα. Επιπλέον εκτός των διαδικασιών αναβάθμισης των ήδη υπάρχοντων νοσοκομείων και κέντρων υγείας δημιουργήθηκαν και ορισμένες νέες δομές, συγκεκριμένα 4 νέα αστικά κέντρα υγείας.

<http://www.hellaskps.gr/Details.asp?L1=2&L2=1&L3=1&L4=10>

Στον τομέα ψυχικής υγείας ιδρύθηκαν και λειτούργησαν στο σύνολο τους 159 δομές με σκοπό την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών και επιπλέον 31 κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας. Στον τομέα της πρόνοιας συστήθηκαν 94 κοινωνικές υποστηρικτικές υπηρεσίες στελεχωμένα με κοινωνικό επιστημονικό προσωπικό . Στον τομέα της απασχόλησης ενισχύθηκαν οι υπηρεσίες στήριξης ανέργων μέσα από την υλοποίηση δράσεων απασχόλησης και κατάρτισης αλλά και αναδιοργάνωσης και αναβάθμισης των υπηρεσιών του ΟΑΕΔ. (Καστανιάς, 2006). Το Γ΄ Κοινοτικό πλαίσιο στήριξης αποτέλεσε μία συνέχεια των ενισχύσεων που δόθηκαν από την Ευρώπη μέσω των κοινοτικών διαρθρωτικών ταμείων την περίοδο 1989-2006, μέσα από 3 διαφορετικά προγράμματα το Α΄ ΚΠΣ,(1989-1993), το Β΄ΚΠΣ, (1994-1999) και τέλος το Γ΄ ΚΠΣ.(2000-2006). Πάρα τις όποιες προσπάθειες, οι ανάγκες για κοινωνική προστασία ήταν αυξημένες συγκριτικά με το ύψος των πλαισίων στήριξης και δεδομένης και της μη ορθής διαχείρισης λόγω ελλιπούς σχεδιασμού δεν ήρθαν τα επιθυμητά αποτελέσματα για την εκπλήρωση των στόχων. Στο πρώτο κοινοτικό πλαίσιο στήριξης δεν υπήρχε ο ορισμός της πρόνοιας πάρα μόνο σε παρεμβάσεις που αφορούσαν συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες όπως (άτομα τρίτης ηλικίας, άτομα με αναπηρία, εργαζόμενες μητέρες), συνεπώς οι όποιες ενέργειες αφορούσαν κυρίως την ενίσχυση δομών στήριξης των συγκεκριμένων ομάδων, αυτές οι δομές προστασίας αφορούσαν σε :

- *Κρατικούς παιδικούς σταθμούς*
- *Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων ενηλίκων*
- *Ιδρύματα χρόνιων πασχόντων*
- *Ιδρύματα για παιδιά με ειδικές ανάγκες*

Συγκριτικά με το Α΄ ΚΠΣ, ο προνοιακός χαρακτήρας του Β΄ΚΠΣ ήταν σαφώς πιο έντονος καθώς εκτός από την αναβάθμιση των υπαρχόντων δομών και εξοπλισμού , δημιουργήθηκαν και νέες δομές προνοιακού χαρακτήρα αλλά και ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού που τις στελεχώνουν. Στα πιο σημαντικά σημεία του προγράμματος Υγεία Πρόνοια του Β΄ ΚΠΣ εντάσσονται η αναβάθμιση και του ΕΚΑΒ, η ίδρυση και λειτουργία του Εθνικού κέντρου αιμοδοσίας, η σύσταση και εκσυγχρονισμός δομών και υπηρεσιών ανοικτής και κλειστής περίθαλψης. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε σε πιο ευπαθείς κοινωνικές ομάδες όπως τα ΑΜΕΑ, οι άστεγοι, οι απροστάτευτες γυναίκες και οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Αναλυτικότερα στο

υποπρόγραμμα Πρόνοια που υπάγεται στο Β΄ κοινοτικό πλαίσιο στήριξης εντάσσονται:

Υποδομές και εξοπλισμοί εθνικού δικτύου κέντρων κοινωνικής ενίσχυσης και κατάρτισης ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Ανέγερση, επέκταση και εξοπλισμοί κέντρων ανοικτής και κλειστής περίθαλψης και μέριμνας ανήλικων ,χρονίως πασχόντων και εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης ΑΜΕΑ

ανάπτυξη δικτύου κέντρων ΑΜΕΑ σε συγκεκριμένους νομούς της χώρας - χρηματοδότηση φορέων παροχής κοινωνικών υπηρεσιών προς ΑΜΕΑ για την κατασκευή, βελτίωση ή αποπεράτωση προνοιακών υποδομών

ανάπτυξη δικτύου κέντρων για τον αυτισμό σε συγκεκριμένες περιφέρειες της χώρας 71 - ίδρυση Ειδικών Κέντρων Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας - ίδρυση Κέντρων Συμβουλευτικής για θέματα κοινωνικού αποκλεισμού

ίδρυση Κοινωνικών Ξενόνων για συγκεκριμένες ομάδες - στόχους (άστεγοι, μονογονεϊκές οικογένειες, απροστάτευτες γυναίκες, παλιννοστούντες) - κατασκευή μιας μονάδας απεξάρτησης τοξικομανών κρατουμένων.

Επιπλέον η σύσταση δικτύου κλειστής περίθαλψης και η χρηματοδότηση των δομών αποκατάστασης και αποθεραπείας, ήταν επίσης μέρος του επιχειρησιακού σχεδιασμού στον τομέα της υγείας και πρόνοιας. Τέλος μέσω του Β΄ ΚΠΣ έγιναν βήματα προώθησης της απασχόλησης επανένταξης και κατάρτισης στο τομέα της εργασίας για ευάλωτες ομάδες όπως, άτομα με ειδικές ανάγκες , πρόσφυγες και μετανάστες, άνεργων, αποφυλακισμένων και πρώην εξαρτημένων ατόμων, μονογονεϊκών οικογενειών και διαμενόντων σε ορεινές και νησιώτικες περιοχές. Σημαντική συμβολή είχαν τα κέντρα συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών που συστάθηκαν το 1998 και επιτελούσαν ρόλο συμβουλευτικό, ενημέρωσης υποστήριξης αλλά και ευαισθητοποίησης του κοινού. Την εποπτεία των προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας και ευρύτερα του τομέα της πρόνοιας την έχει το Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης το οποίο με αυτή την μορφή λειτουργεί από το 1995, καθώς ως τότε επιτελούσε καθήκοντα των κοινωνικών ασφαλίσεων, ανάληψη αυτών των καθηκόντων έπειτα πέρασε στο σημερινό

Υπουργείο Εργασίας και κοινωνικών ασφαλίσεων. Στο Υπουργείο Υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης υπάρχουν φορείς προστασίας ΝΠΔΔ αλλά και ΝΠΙΔ. Ενδεικτικά ορισμένοι φορείς που λειτουργούν ως ΝΠΔΔ και ως ΝΠΙΔ και υπάρχουν στο συγκεκριμένο Υπουργείο είναι οι εξής:

Εθνικό κέντρο κοινωνικής αλληλεγγύης : Οι δράσεις του ΕΚΚΑ περιλαμβάνουν υπηρεσίες συμβουλευτικής υποστήριξης, ενημέρωση και παραπομπές σε υπηρεσίες και φορείς πρόνοιας καθώς και ψυχική στήριξη όσων έχουν ανάγκη. Αποτελεί την εξέλιξη του Εθνικού κέντρου άμεσης κοινωνικής βοήθειας που είχε συσταθεί με τον Ν.2646/98.

Ινστιτούτο κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης : Και ο συγκεκριμένος φορέας αποτελεί εξέλιξη ενός πρώην οργανισμού και συγκεκριμένα του Εθνικού οργανισμού κοινωνικής φροντίδας ο οποίος που επίσης υπάγεται όπως και το ΕΚΚΑ στον Ν.2646/98 (άρθρο7). Σκοπός ήταν η διεξαγωγή ερευνών προνοιακού χαρακτήρα για την παροχή συμβουλευτικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών προς το Υπουργείο Υγείας και κοινωνικής Αλληλεγγύης. Από το 2010 ο συγκεκριμένος φορέας συγχωνεύτηκε μαζί με άλλους οργανισμούς στο Ε.Κ.Κ.Α στα πλαίσια των απαιτούμενων μεταρρυθμίσεων.

Εθνικό παρατηρητήριο ατόμων με αναπηρία : Λειτουργεί ως ΝΠΔΔ, συστήθηκε το 2003 μέσω του Ν.3106/2003 (άρθρο 10). Τροποποιήθηκε με το (άρθρο 11) του Ν.3454/2006, ο ρόλος που επιτελεί αφορά στην υποστήριξη των διαδικασιών προκειμένου να υπάρχει ισότιμη πρόσβαση και ευκαιρίες σε κάθε τομέα για τα άτομα με αναπηρία, αλλά και στην διασύνδεση μεταξύ του αναπηρικού κινήματος δημοσίου τομέα – ιδιωτικού τομέα – εθελοντικού τομέα.

Ινστιτούτο κοινωνικής δημογραφίας και έρευνας : Συστήθηκε με τον Ν.3454/2006 (άρθρο 11), ως ΝΠΙΔ, ο ρόλος του εστιάζει στο δημογραφικό και επιτελεί καθήκοντα έρευνας και συμβουλευτικής στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής.

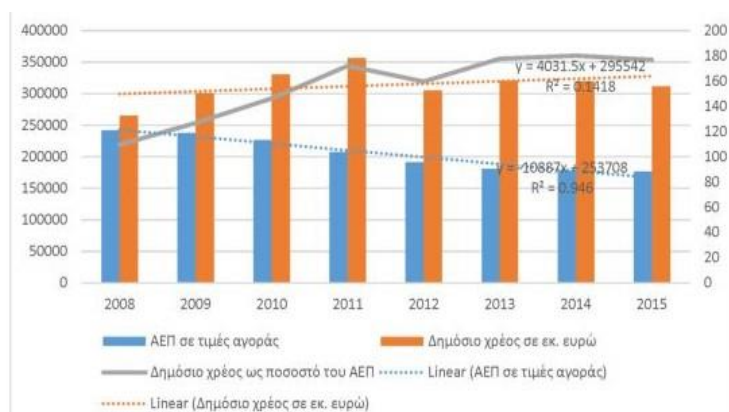
Διοικήσεις υγειονομικής περιφέρειας (Δ.Υ.Π.Ε) : Θεσμοθετήθηκαν με τον Ν.3329/2005 (άρθρο 2, παρ.1) μετά την κατάργηση των ΠΕ.ΣΥ.Π (περιφερειακά συστήματα υγείας και πρόνοιας) τα οποία λειτούργησαν βάση των νόμων Ν.2889/2001 και Ν.3106/2003, επιτελούν ρόλο εποπτείας, οργάνωσης και ελέγχου

όλων των φορέων άσκησης κοινωνικής πολιτικής και δόμων προστασίας και μονάδων κοινωνικής φροντίδας που λειτουργούν είτε ως ΝΠΔΔ είτε ως ΝΠΙΔ και υπάγονται στο κεντρικό κράτος. (Αμίτσης, Απίστουλας, Μαρίνη, 2008)

1.5 Η Περίοδος 2011-2021

Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την μακρά και έντονη περίοδο οικονομικής κρίσης που βίωσε η Ελλάδα ως αποτέλεσμα μιας παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης. Η χώρα έμπαινε σε περίοδο αβεβαιότητας όσο και αν θεωρούταν ασφαλής, η πρώτη ανησυχία εκφράστηκε μέσω του ΔΝΤ το 2009, εξάλλου μία χώρα όπως η Ελλάδα που στηριζόταν σε εξωτερικό δανεισμό με ένα σύστημα στο οποίο δεν είχαν γίνει ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις διαχρονικά και που την χαρακτήριζε η γραφειοκρατία και η έλλειψη ισορροπίας δεν θα μπορούσε να μην παρασυρθεί στην οικονομική δίνη. Επιπλέον η χώρα χαρακτηρίστηκε και από έλλειψη αξιοπιστίας λόγω της λανθασμένης αποτίμησης ή πιθανή σκόπιμη παρουσίαση ψευδών στοιχείων του ποσοστού του δημοσιονομικού ελλείμματος. Το 2009 εκτιμήθηκε στο 6% και το 2010 στο 10% του ΑΕΠ, όμως οι εκτιμήσεις αναιρέθηκαν μετά τις εκλογές του 2009 και η πραγματική εικόνα ήταν εντελώς διαφορετική καθώς υπήρξε διαφοροποίηση από τις αρχικές εκτιμήσεις κατά τουλάχιστον 6+ μονάδες. 6% Η αρχική παρουσίαση με 12.7% βάση των πραγματικών στοιχείων, το ποσοστό αυτό τελικώς ανήλθε στο 15,4% του ΑΕΠ. Η Ελλάδα πλέον δεν διέθετε την εικόνα μία χώρας εμπιστοσύνης προς το εξωτερικό με αποτέλεσμα να τεθεί απαγορευτική η έξοδος στις αγορές αλλά και να υποβαθμιστεί από τους οίκους αξιολόγησης, φυσικά σε όλη αυτή την κατάσταση δεν συντέλεσαν μόνο οι λάθος χειρισμοί των τελευταίων ετών αλλά οι παθογένειες πολλών χρόνων που χρονολογούνται ακόμη και από την περίοδο λίγο μετά από την Ελληνικής Επανάσταση το 1829 ! (Κατσαβού, 2014). Ένα χρόνο σχεδόν μετά την αλλαγή της κυβέρνησης και την ανάληψη της διακυβέρνησης της χώρας από το ΠΑΣΟΚ, ο τότε πρωθυπουργός Γιώργος Παπανδρέου, θα προχωρήσει στην υπογραφή του πρώτου μνημονίου. Ο μηχανισμός στήριξης που δημιουργήθηκε από χώρες της ευρωζώνης, το διεθνές νομισματικό ταμείο (ΔΝΤ) και την Ευρωπαϊκή κεντρική τράπεζα (ΕΚΤ), είχε ως στόχο την αποτροπή χρεοκοπίας χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης κάτι που θα οδηγούσε σε πιθανή κατάρρευση ολόκληρου του νομισματικού συστήματος. Η Ελλάδα υπαγόταν σε ένα ‘γκρουπ’ χωρών οι οποίες

θεωρούταν ευάλωτες οικονομικά όπως η Ιρλανδία, η Κύπρος, η Πορτογαλία και σε μικρότερο βαθμό η Ισπανία, ωστόσο τόσο η Ιρλανδία όσο και η Ισπανία μπορούσαν να ανταποκριθούν καλύτερα στις επιπτώσεις της κρίσης για διαφορετικούς λόγους η καθεμία. Η Ελλάδα οδηγήθηκε σε μία επιλογή αυστηρής πολιτικής λαμβάνοντας δύσκολες αποφάσεις με την επιβολή αυστηρών μέτρων δημοσιονομικών μέτρων για την εξισορρόπηση του δημόσιου χρέους και του πλεονάσματος, η χάραξη όμως αυτής της πολιτικής οδηγεί σε μείωση του ΑΕΠ χωρίς να υπάρχει και μείωση του δημοσίου χρέους.



(Διάγραμμα 2)

Η επιβολή της πολιτικής της λιτότητας μοιραία οδηγεί και σε περικοπές δαπανών σε σημαντικούς κλάδους ανάμεσα τους και αυτός της πρόνοιας και της κοινωνικής προστασίας. Σημαντική η επίδραση της κρίσης με αρνητικό πρόσημο και στον τομέα της απασχόλησης που αποτελεί σημαντικό κλάδο για την ευημερία και την βιώσιμη ανάπτυξη οι μισθολογικές καταστάσεις άλλαξαν προς τα κάτω και συρρικνώθηκαν δαπάνες που προοριζόταν για την απασχόληση, ισχυρό πλήγμα δέχτηκαν σχεδόν όλοι οι κλάδοι απόρροια και των μειωμένων επενδύσεων αλλά και της μείωσης της αγοραστικής δυνατότητας των πολιτών. Ο κλάδος της εστίασης διατηρήθηκε σε ένα αυξητικό επίπεδο γεγονός που οφείλεται κατά κύριο λόγο στον τουρισμό.

Πίνακας 3: Αναλυτική εξέλιξη της κατανομής απασχολούμενων (σε χιλιάδες) ανά επαγγελματικό κλάδο κατά τη διάρκεια της κρίσης στην Ελλάδα

Κλάδος	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Αγροτικός τομέας	474,5	493,9	505,8	465,3	455,9	458,5	453,9	435,9
Μεταποίηση	538,9	514,3	464	405,6	348,6	322,6	313,7	332,4
Κατασκευές	394,7	367,4	316,1	243,4	199	161,5	150,4	143,6
Ορυχεία και λατομεία	17	14,2	13,2	11,1	10,8	9,5	11,3	10,4
Ενέργεια	34,6	28,5	25,9	24,2	26	27,7	27,5	26,3
Νερό και επεξεργασία λημμάτων	30,5	30,4	32,5	25,9	21,4	21,8	22,5	22,9
Εμπόριο	828,1	812,9	787,3	742,2	653,1	622,7	618,8	652,1
Μεταφορές	211,9	214,4	205,8	194,6	176,1	171,2	168,7	167
Διαμονή και διατροφή	316	315	302,9	289,5	268,4	254,6	292,8	320,6
Ενημέρωση και επικοινωνία	77,2	86,9	86,7	75,1	71,1	75,7	75,4	72,6
Ασφαλιστικές και χρηματοοικονομικές υπηρεσίες	120,9	114,2	115,6	113,5	110,8	106,9	93	87,8
Διαχείριση ακίνητης περιουσίας	8,8	8,4	6,1	5,4	5,7	2,9	3,9	5,9
Επιστημονικές και τεχνικές δραστηριότητες	232,7	230,3	213,9	211,3	214,4	194,2	193,4	205,9
Διοικητικές υπηρεσίες	76,8	74	74,6	76,7	67,4	61,8	82,8	85
Δημόσια διοίκηση και άμυνα	377,8	375,6	367,6	352,9	325,5	323,5	310,6	312,4
Εκπαίδευση	321,3	327,1	320,4	302,8	288,7	273	288,1	292,2
Υγεία και κοινωνικές υπηρεσίες	233,3	231,7	242,4	234,6	220,9	209,6	206,4	210,6
Τέχνες και διασκέδαση	58,2	53	47,9	46,7	40,1	42,6	46,8	44,9
Άλλες υπηρεσίες	92,4	86,4	86,5	83,2	74,7	68,4	70,9	72,4
Δραστηριότητες νοικοκυριών ως εργοδωτών	75,5	88,8	89,6	72,6	55	49	47,3	45,1
Δραστηριότητες επαγγελματιών οργανισμών και φορέων	1,7	1,6	1,6	2,2	1,8	1,3	:	2,1

(Πίνακας 1)

Ο κλάδος της υγείας δέχτηκε επίσης πλήγμα όχι μόνο με τις περικοπές των δαπανών για την υγεία αλλά και με την αύξηση των ανισοτήτων που σχετίζεται με την προσβασιμότητα στα συστήματα υγείας της χώρας, διαχρονικά υπήρχε ένα ποσοστό των πολιτών κυρίως των πιο αδύνατων οικονομικά ομάδων που αδυνατούσαν να έχουν πρόσβαση για βέλτιστη παροχή περίθαλψης, η οικονομική κρίση εκτίναξε αυτό το ποσοστό καθιστώντας ακόμα πιο δύσκολη την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και του ιδιωτικού τομέα αλλά και όσων χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας. Οι πολίτες που βιώνουν πιο έντονα τις επιπτώσεις της κρίσης παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά επίδρασης της ψυχικής τους υγείας ειδικά όσων αδυνατούν πλήρως να αντεπεξέλθουν στην κάλυψη βασικών αναγκών διαβίωσης και υποχρεώσεων. Συνοψίζοντας για την επιρροή της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας με την περικοπή των δαπανών, η αύξηση της θνησιμότητας είναι στοιχείο που φανερώνει τα αποτελέσματα που είχε στην υγεία των πολιτών λόγω της αδυναμίας πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες υγείας και θεραπείες κρίσιμες για την σωματική και ψυχική υγεία. (Τζαγκαράκης, 2017). Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην κοινωνική προστασία στο σύνολο της σε βάθος, θα λέγαμε ότι είναι και αποτέλεσμα λανθασμένων αντιλήψεων και αξιολογήσεων των κομμάτων που ήταν στην εξουσία όχι μόνο από το 2008 αλλά και αρκετά πιο πριν καθώς δεν υπήρξε σωστός σχεδιασμός κατανομής των πόρων για την ενίσχυση της προστασίας και της εξασφάλισης των κοινωνικών δικαιωμάτων, υπήρχε απουσία ουσιαστικής χάραξης

κοινωνικής πολιτικής προσανατολισμένο σε ισότιμη διανομή αγαθών και υπηρεσιών φροντίδας σε συνάρτηση με ένα επαρκές φορολογικό σύστημα. (Κατσαβού, 2014). Η προστασία της υγείας μέσω των κεντρικών κρατικών υπηρεσιών κρίθηκε ανεπαρκής εξαιτίας των αναγκαίων μέτρων και των περικοπών που θεσπίστηκαν για την αντιμετώπιση του δημοσιονομικού ελλείμματος, οι συνέπειες για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας ήταν η ανισότητα πρόσβασης, μείωση προγραμμάτων ψυχικής υγείας και ποσοστού προληπτικών εξετάσεων αλλά και όσο αφορά τις δομές παρουσιάστηκε υποβάθμιση δομών με μείωση κλινών και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών. Η Ελλάδα από το 2009-2021 έχει διανύσει μία περίοδο 12 χρόνων, περίοδος που χαρακτηρίζεται ως μνημονική καθώς υπεγράφησαν τρία συνολικά από διαφορετικές κυβερνήσεις με διαφορετικούς στόχους αλλά το ίδιο έντονες και δυσάρεστες επιπτώσεις στον κλάδο της κοινωνικής προστασίας των πολιτών και ενώ στο πρώτο μνημόνιο οι περικοπές αφορούσαν δαπάνες επί των υπηρεσιών στην συνέχεια στο στόχαστρο των μέτρων λιτότητας μπήκαν και ευάλωτες ομάδες όπως τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι συνταξιούχοι με τις περικοπές επιδομάτων και αποδοχών και γενικότερα οι παροχές και υπηρεσίες της υγείας (Φωκιανού, 2013). Οι πολίτες που βίωναν καθεστώς αστεγίας αυξήθηκαν ενώ επηρεάστηκε και το δημογραφικό καθώς τα ποσοστά γεννήσεων και σύστασης νέων οικογενειών μειώθηκε εξαιτίας της οικονομικής αβεβαιότητας (Χούπη, 2016). Ωστόσο την περίοδο 2009-2012 θεσμοθετήθηκαν ορισμένες θετικές μεταρρυθμίσεις για εξοικονόμηση πόρων όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αλλά και η αναδιοργάνωση των μονάδων και των διοικητικών λειτουργιών, επιπλέον έλαβαν χώρα και συγχωνεύσεις φορέων όχι μόνο της υγείας αλλά της κοινωνικής φροντίδας ευρύτερα. (Μπελετσιώτη, Παπαδόπουλος, Νιάκας, 2018). Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενα κεφάλαια για την αναδιάρθρωση των οικονομικών και της λειτουργίας των φορέων μέσω του Ν.3895/2010 η κυβέρνηση θεσμοθέτησε την συγχώνευση υπηρεσιών κοινωνικής αλληλεγγύης και προστασίας σε ενιαίο φορέα. Συνοψίζοντας για την περίοδο της κρίσης οι κλάδοι που επηρεάστηκαν όπως της απασχόλησης, της υγείας και των περικοπών σε μισθούς και συντάξεις δημιούργησαν νέες ομάδες ευάλωτων κοινωνικά ομάδων και ανέργων για την αντιμετώπιση και κάλυψης των αναγκών συστάθηκαν και συγχωνευτήκαν φορείς. Ένας φορέας που επιτελεί σημαντικό έργο στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσω διάσυνδесαν παρεμβάσεων και παροχών μέσω αιτήσεων είναι τα κέντρα κοινότητας των δήμων τα οποία

διασυνδέονται και με τον ΟΠΕΚΑ όποιος από το 2017 αποτελεί τον βασικό φορέα παροχής επιδομάτων. Τα κέντρα κοινότητας έχουν στόχο την ολιστική παρέμβαση στην κοινωνική προστασία ιδρύθηκαν το 2016, οι πολίτες που απευθύνονται σε αυτά αφορούν κυρίως άτομα που έχουν πληγεί από τις συνέπειες της κρίσης καθώς και μειονότητες όπως Ρομά, πρόσφυγες και μετανάστες (Θωμαΐδου, 2019). (Ο ρόλος των Κ.Κ και του ΟΠΕΚΑ αναλύεται σε επόμενα κεφάλαια).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙ ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΚΕΝΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΟΜΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

2.1. Γενικά

Στο κεφάλαιο αυτό θα μιλήσουμε για την παιδική προστασία των παιδιών, δυστυχώς στην εποχή μας υπάρχουν ακόμα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση ή που είναι απροστάτευτα χωρίς κανένα στενό οικογενειακό περιβάλλον, οι δομές που αναφέρονται ανήκουν τόσο στις κρατικές υπηρεσίες αλλά και ένα μέρος αυτών ορίζονται ως ιδιωτικές, όλες όμως προσφέρουν σπουδαίο κοινωνικό έργο στα παιδιά. Η σύγχρονη αντίληψη δεν ορίζει τον άντρα – σύζυγο ως ,τον αρχηγό της οικογένειας που επωμίζεται το ρόλο του μέλους που οφείλει να παρέχει το οικογενειακό εισόδημα στο σπίτι, επίσης γεγονός αποτελεί και η μείωση των γάμων και η αύξηση του ποσοστού των μονογονεϊκών οικογενειών και πιθανώς του οικογενειακού εισοδήματος. Σύμφωνα με τον [Esping- Andersen](#) το κράτος προκειμένου να παρέχει επαρκή στήριξη στο παιδί πρέπει να μεριμνήσει όχι μόνο για την παροχή επιδομάτων αλλά και εξασφάλιση εργασίας με στόχο την αύξηση του εισοδήματος. ([Esping – Andersen, 2006](#)). Μία άλλη παράμετρος που οδήγησε την κοινωνική προστασία και το κράτος πρόνοιας να αναπτύξει σαφείς δράσεις για το παιδί, είναι η πέρα από την παιδική φτώχεια και η παιδική κακοποίηση. Τι ορίζεται όμως ως παιδική κακοποίηση; Και τι ως παιδική φτώχεια ;

Ορισμοί: Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ : Η κακοποίηση και η παραμέληση του παιδιού, περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή /και συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς ή άλλους σκοπούς , η οποία καταλήγει σε πραγματική ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά στην υγεία, στην επιβίωση, στην ανάπτυξη ή στην αξιοπρέπεια του παιδιού, στο πλαίσιο μια σχέσης εμπιστοσύνης, ευθύνης ή δύναμης. ([W.H.O. 1999](#)).

Με τον όρο «παιδική κακοποίηση» αναφερόμαστε στη βία, την κακή μεταχείριση ή την παραμέληση την οποία βιώνει ένα παιδί ή ένας έφηβος ενώ βρίσκονται υπό την «προστασία» ενός ατόμου, το οποίο

εμπιστεύονται ή από το οποίο εξαρτώνται (γονιός, αδελφός, αδελφή, ευρύτερος συγγενής ή κηδεμόνας ή κάποιος φροντιστής του παιδιού. (Τσιμπρή , 2018)

Η παιδική φτώχεια δεν έχει καταχωρηθεί ως συγκεκριμένος ‘ορισμός’, ορίζεται όμως μέσα από τα εισοδηματικά κριτήρια την οικονομική κατάσταση και τις συνθήκες διαβίωσης του νοικοκυριού στο οποίο διαμένουν. Ένα παιδί το οποίο αποτελεί μέλος ενός νοικοκυριού με εισοδηματικά κριτήρια κάτω του 60% του ισοδύναμου εθνικού εισοδήματος, μπορεί να θεωρηθεί ως παιδί που βιώνει την παιδική φτώχεια. Άλλα κριτήρια τα οποία μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης παιδικής φτώχειας σε μία οικογένεια είναι παραδείγματα χάρη :

- ✓ Παιδιά σε οικογένειες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.
- ✓ Παιδιά σε οικογένειες ανέργων
- ✓ Παιδιά που ανήκουν σε μονογονεϊκές ή πολύτεκνες οικογένειες

<https://www.europarl.europa.eu/sides/getAllAnswers.do?reference=E-2005-4552&language=EL>

2.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Από την αρχαία Ελλάδα ως την εποχή του βυζαντίου

Στην αρχαία Ελλάδα η απόκτηση ενός παιδιού αποτελούσε χαρμόσυνο γεγονός, μετά την γέννηση οι επιλογές του πατέρα ήταν δύο , είτε να κρατήσει το παιδί είτε να το εκθέσει στην περίπτωση που αδυνατούσε να ανταπεξέλθει , είτε λόγω οικονομικών συνθηκών είτε αν το παιδί αντιμετώπιζε κάποιο θέμα υγείας ,στην πρώτη περίπτωση ο πατέρας του παιδιού τοποθετούσε στην πόρτα ως ένδειξη του γεγονότος ένα κλαδί ελιάς. Στην ηλικία των επτά ετών αρμοδιότητα για την διαπαιδαγώγηση του παιδιού την είχε ο οικιακός δούλος ο οποίος εκτελούσε και χρέη προστασίας στο παιδί ειδικά κατά την μετάβαση του προς το σχολείο, για τυχόν παρενοχλήσεις από άλλους. Στην Βυζαντινή κοινωνία δεν παρατηρούνται μεγάλες διαφορές σε σχέση με τον δυτικό κόσμο ως προς την ανατροφή , την εκπαίδευση και τη φροντίδα του παιδιού. Η διάκριση των ηλικιών των παιδιών είχε ως εξής : α) ίμφαντες ή νήπιοι (0-7 ετών), β) άνηβοι (7-12 ετών στα κορίτσια , 7-14 ετών), γ) αφήλικες (κορίτσια 12-25 , αγόρια 14-25).(Πουλάκου-ρουμπελάκου, 2011). Από πλευράς πολιτείας αποτελούσε βασικό μέλημα η προστασία των παιδιών από πράξεις που βλάπτουν την υγεία του, επίσης

αυστηρές ποινές δεχόταν η μητέρα αλλά και όποιο πρόσωπο εμπλέκονταν στην έκτρωση του εμβρύου , η οποία ήταν καταδικαστέα από την πολιτεία και τον χριστιανισμό. Καθ'όλη τη διάρκεια της εμβρυικής ζωής η πολιτεία μεριμνούσε για το παιδί. Σε περίπτωση θανάτου ενός γονέα την ανατροφή του παιδιού την αναλάμβανε ένας επίτροπος ή αλλιώς 'κουράτορας'. Το φιλανθρωπικό στοιχείο προς τα παιδιά ήταν έντονο την εποχή του Βυζαντίου, συγκεκριμένα έχουν αναφερθεί ουκ ολίγες πηγές σχετικά με την ίδρυση ορφανοτροφείων και βρεφοκομείων , ενώ και η εκκλησία διατηρούσε πλήθος τέτοιων δομών για την ευεργέτησα παιδιών ώστε να διαβιούν σε υγιείς συνθήκες. (diakonima.gr).

Η κοινωνική μέριμνα για τα παιδιά από την σύσταση του Ελληνικού κράτος ως το 1921.

Μετά από την επανάσταση την απελευθέρωση της Ελλάδος και την σύσταση κράτους η κοινωνική πολιτική που αφορούσε και τα παιδιά, με τη φιλανθρωπική συμβολή και τις δωρεές και της εκκλησίας , στράφηκε στην ίδρυση βρεφοκομείων , ιδρυμάτων και νοσοκομείων , μέριμνα επίσης υπήρχε για οικογένειες που είχαν βοηθήσει κυρίως στον αγώνα της επανάστασης. Η διακυβέρνηση του Ιωάννη Καποδίστρια στον τομέα της προστασίας των παιδιών εστίαζε σε δύο άξονες ,1) αντιμετώπιση ασθενειών και 2) στην ίδρυση 2 ορφανοτροφείων επίσης έδωσε μεγάλη βαρύτητα και στην μόρφωση των παιδιών. Το πρώτο ορφανοτροφείο ήταν το 1828 στην Ιερά Μονή Ζωοδόχου πηγής Πόρου ,ο αριθμός το παιδιών ανερχόταν στα 500. Το μεγάλο ορφανοτροφείο το οποίο περιελάμβανε και σχολεία ιδρύθηκε στην Αίγινα το 1829, μεταξύ άλλων διέθετε, εκκλησία , και νοσοκομείο. ([Πανουτσόπουλου , 1984](#))

1. Ορφανοτροφείο Αίγινας

Περιλάμβανε:

- 3 Αλληλοδιδασκτικά σχολεία (τετραετής φοίτηση)
- 3 Ελληνικά σχολεία (τριετής φοίτηση)
- Αρκετά χειροτεχνεία (επαγγελματικές Σχολές)
- Πρότυπον Σχολείον (για εκπαίδευση δασκάλων).



(Εικόνες, 1,2,3,4)

(πηγή φωτογραφίας) : <https://www.slideshare.net/Kvarnalis75/17-10244374>

Περίοδος 1832-1862

Το ορφανοτροφείο που είχε ιδρυθεί επί Ι. Καποδίστρια στην Αίγινα το 1829 , το 1834 μεταφέρθηκε στο Ναύπλιο και δέκα χρόνια αργότερα , το 1844 έκλεισε οριστικά. . Το 1835 ιδρύεται το ίδρυμα Θεόφιλου Καίρη στην Άνδρο ,η λειτουργία διήρκησε 4 έτη καθώς το 1839 με Βασιλικό διάταγμα παύει η λειτουργία του, κατά την τετραετία αυτή φιλοξενήθηκαν 40 παιδιά ενώ στο σχολείο φοίτησαν 600 παιδιά. (www.elemendu.patras.gr) .Από το 1852 έως το 1859 λειτούργησαν 3 ορφανοτροφεία τα οποία ήταν , το 1853 το ίδρυμα Γεωργίου και Αικατερίνης χατζήκωστα με προεδρεύων τον διοικητή της Εθνικής τραπεζής , κύριο Γ. Στάυρου. Ένα χρόνο αργότερα εξαιτίας της επιδημίας της χολέρας έχασαν την ζωή τους πολλοί άνθρωποι με αποτέλεσμα να μείνουν ορφανά πάρα πολλά παιδιά, τα οποία σε ένα νέο ορφανοτροφείο το 1856 το οποίο αποτελούσε ουσιαστικά συνέχεια του προηγούμενου. (Σκιαδας, 2018)



(Εικόνα 5)

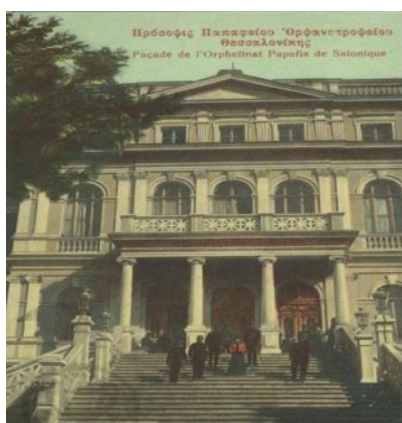
Φώτο: <https://www.taathinaika.gr/o-evergetis-georgios-chatzikonstas-kai-to-orfanotrofeio-tis-odou-peiraios/>

Δύο ακόμα σημαντικές υποδομές για την προστασία των παιδιών εκείνη την περίοδο ήταν το 1856 το πρώτο δημοτικό βρεφοκομείο της χώρας το οποίο είχε ιδρυθεί στην Ερμούπολη της Σύρου , με τον αριθμό των παιδιών που φιλοξενούσε να ανέρχονται στα 20 και το Αμάλιειον ορφανοτροφείο θηλέων στην Αθήνα το 1855. Δημοτικό βρεφοκομείο επίσης λειτούργησε και 18 χρόνια αργότερα στην Πάτρα , ενώ ένα

ακόμη ορφανοτροφείο κοριτσιών, αυτό των αδελφών Μπαμπαγιώτου ξεκίνησε το 1874 στην Σύρο.

1862-1912

Πέραν των δύο ιδρυμάτων που προαναφέραμε, δηλαδή το δεύτερο δημοτικό βρεφοκομείο στην Πάτρα το 1874 και το ορφανοτροφείο θηλέων στην Σύρο, την περίοδο 1862- 1912 αναπτύχθηκαν και άλλες σημαντικές για την παιδική προστασία. Ορισμένες εκ των σημαντικότερων ήταν το Χατζηκυριάκειο ίδρυμα το οποίο ιδρύθηκε το έτος 1889 με Βασιλικό διάταγμα από τον Ιωάννη Χατζηκυριάκο και την σύζυγο του, τα εγκαίνια τελέστηκαν την 19^η Ιανουαρίου του 1904 από την Βασίλισσα Όλγα. Το 1874 ιδρύεται το Ζάννειον ορφανοτροφείο αρρένων στον Πειραιά και το 1894 το Εθνικό Παπάφειον ορφανοτροφείο Θεσσαλονίκης και τα τρία ιδρύματα (Χατζηκυριάκειο, Παπάφειο, Ζάνναιο) εξακολουθούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα παιδιά που έχουν ανάγκη.



(Εικόνες, 6,7)

Παπάφειον <https://www.maxmag.gr/agnosti-ellada/papafeio-ena-idryma-elpidas-sti-thessaloniki/> (φώτο 1)

Ζάννειον: (http://pireorama.blogspot.com/2014/04/blog-post_11.html) (φώτο 2)

Το **Παπάφειο** πέραν της λειτουργίας του ως ορφανοτροφείο για τα παιδιά , χρησιμοποιήθηκε και για άλλους σκοπούς, συγκεκριμένα το 1912 το ίδρυμα επιτάχθηκε προκειμένου να γίνει νοσοκομείο ,ενώ το 1914 μετά από άλλη μία επίταξη λειτούργησε ως στρατώνας. Από το 1930 το ίδρυμα ήρθε αντιμέτωπο με κάποιες καταστάσεις όπως απομάκρυνση εργαζομένων , οι τρόφιμοι ήταν ελάχιστοι και τα έσοδα μειώθηκαν αρκετά, 18 χρόνια μετά και συγκεκριμένα την περίοδο του πολέμου το ίδρυμα φιλοξενεί 5000 παιδιά, ενώ το 1957 μπαίνει στην κρατική στήριξη. Σήμερα το ίδρυμα παρά τις όποιες οικονομικές δυσκολίες συνεχίζει να παρέχει προστασία στα παιδιά που χρήζουν βοήθειας.

Το **Ζάννειον** ορφανοτροφείο αρχικά λειτούργησε ως παιδαγωγείο βάση του καταστατικού της 5^{ης} Μαρτίου του 1874 με έγκριση βασιλικού διατάγματος το ίδιο έτος την 6^η Ιουλίου. Ήταν το πρώτο ίδρυμα για παιδιά που λειτούργησε στον Πειραιά. Το Ζάννειον με την αρχική του μορφή ως παιδαγωγείον εγκαινιάστηκε τον Μάιο του 1874 , ως τότε για την προστασία των απόρων παιδιών λειτούργουσε η ‘Σχολή απόρων παιδιών’ με επιχορηγήσεις του ίδιου του δήμου Πειραιώς. Ο αρχικός αριθμός των παιδιών ήταν 80, το έτος 1876 ολοκληρώθηκε η πρώτη πτέρυγα η οποία υπάρχει ως σήμερα ενώ η δυτική πλευρά το 1886. Το 1931 χάρη σε δωρεές ολοκληρώνεται η πλήρη αποπεράτωση του ορφανοτροφείου, 8 χρόνια αργότερα και παρά τις δυσκολίες , έφτασε να έχει υπό την προστασία του 144 παιδιά με προϋπολογισμό 2 εκατομμύρια δραχμές ετησίως. Μετά το τέλος του πολέμου ο αριθμός τριπλασιάστηκε με αποτέλεσμα 350 παιδιά να δέχονται την φροντίδα του ιδρύματος και σε πολλά εξ αυτών να παρέχεται μόρφωση στο δημοτικό σχολείο της Εκάλης , στο γυμνάσιο αλλά και σε τεχνικές σχολές του Πειραιά. Οι εγκαταστάσεις το ιδρύματος παιδικής προστασίας μετά το 1980 ως σήμερα βρίσκονται στην Εκάλη. ([pireorama.blogspot](http://pireorama.blogspot.com), 2014, [mlp-blo-g-spot](http://mlp-blo-g-spot.com), 2011).

Χατζηκυριάκειο

Θεμελιώθηκε το 1883 και ολοκληρώθηκε το 1897, τα εγκαίνια του έγιναν το 1904, μέσα στα 110 χρόνια λειτουργίας του παιδικής φροντίδας και προστασίας , το ίδρυμα χρησίμευσε και στην περίοδο του πολέμου για περίθαλψη τραυματιών πολέμου αλλά και προσφύγων της Μικρασιατικής καταστροφής. Η εγκατάσταση του ακολούθησε

πολλές διαδρομές, συγκεκριμένα τις περιόδους 1913 ως 1945, το ίδρυμα βρήκε στέγη στη Χαροκόπειο σχολή, στις εγκαταστάσεις ΠΙΚΠΑ, στην σχολή Λασκαρίδου στην Καλλιθέα , καθώς και σε σχολικό κτήριο και σε ένα διώροφο κτήριο. Στο Χατζηκυριάκειο λειτουργούν 4 προγράμματα φροντίδας των παιδιών.

- Πρόγραμμα κλειστής περίθαλψης
- Κέντρο οικογένειας και παιδιού ή ανοιχτή περίθαλψη
- Το πρόγραμμα ημιαυτόνομης διαβίωσης
- Το πρόγραμμα αυτόνομης διαβίωσης



<https://www.xatzikiriakio.gr> (Εικόνα, 8)

1912 – 2020

Πολλές από τις δομές προστασίας των παιδιών που αναπτυχτήκαν εκείνες τις περιόδους , υπάρχουν και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και τη σημερινή εποχή, ανάμεσα σε αυτές είναι το Π.Ι.Κ.Π.Α .(Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Περίθαλψης Παιδιών). Το Π.Ι.Κ.Π.Α συστάθηκε το 1922 , ο σκοπός της ίδρυσης του αρχικά ήταν η ανακούφιση και παροχή βοήθειας στους τραυματίες του πολέμου και τη στήριξη των άπορων παιδιών. Σήμερα ορισμένες δομές του ΠΙΚΠΑ λειτουργούν ως ΚΕΠΕΠ (Κέντρο περίθαλψης παιδιών) , ο ρόλος των ΚΕΠΕΠ είναι η φροντίδα των ανάπηρων παιδιών και των παιδιών που πάσχουν από ανίατες ασθένειες. (elemendu.gr). Το 1922 με τον Ν.2851 ιδρύονται τα εθνικά ορφανοτροφεία και οικοτροφεία απόρων μαθητών, με το Β.Δ273/73 μετατρέπονται σε κέντρα παιδικής μέριμνας. Από το 1947 και έπειτα και σταδιακά αναπτύσσονται και λειτουργούν διάφορες δομές και φορείς προστασίας του παιδιού πολλά με μέριμνα του κράτους αλλά και ορισμένα μέσω ιδιωτών ενώ ξεκινούν να οργανώνονται και βρεφονηπιακοί και παιδικοί σταθμοί. Το 1935 δημιουργούνται οι Εθνικοί παιδικοί σταθμοί ενώ ταυτόχρονα σε αγροτικές περιοχές αναπτύσσονται τα αγροτικά νηπιοτροφεία.

2.3. Δομές παιδικής προστασίας

Η κοινωνική πολιτική για τα παιδιά μέχρι και το 1990 εστίαζε σε δύο άξονες , 1) στην επιδοματική πολιτική και 2) στην παροχή φροντίδας στα παιδιά μέσω ιδρυματικής περίθαλψης, η οποία αφορούσε ορφανοτροφεία, κέντρα κοινωνικής μέριμνας, παιδόπολεις , ιδρύματα παιδιών με αναπηρία .Οι δομές αυτές όμως παρουσίαζαν και συνεχίζουν να παρουσιάζουν λειτουργικά βάσει έκθεσης προβλήματα , τα σημαντικότερα εντοπίζονται στην έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού και στην έλλειψη πιστοποίησης ποιοτικών προδιαγραφών παροχής φροντίδας. Εν αντίθεση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες η κοινωνική πρόνοια στην Ελλάδα εξακολουθεί να είναι υποδεέστερη και στον οικονομικό τομέα έως και σήμερα, καθώς η παιδική προστασία υπάγεται εν μέρει στην κοινωνική πρόνοια και πολιτική, θα ήταν αδύνατον να μείνει ανεπηρέαστη από τις οικονομικές μεταβολές. Θα ήταν σοφότερο να υπάρξει αξιοποίηση των όποιων διαθέσιμων πόρων ώστε αντί το κράτος να αναλώνεται σε παροχές επιδομάτων , να επενδύσει σε τομείς που θα στήριζαν την οικογένεια σε εργασιακά θέματα και σε φορολογικά προκειμένου να αποφεύγεται και η ιδρυματοποίηση των παιδιών , ενώ απαραίτητο κρίνεται τόσο η επαρκή στελέχωση των υφιστάμενων δομών, όσο και η κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού προκειμένου να παρέχουν πιο ποιοτικές υπηρεσίες. Οι δομές προστασίας των παιδιών έχουν ως σκοπό να παρέχουν στα παιδιά την προστασία που δεν είχαν την δυνατότητα να βρουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον ή σε ανάδοχες οικογένειες (Βλάχος, 2016). Το ερώτημα όμως είναι κατά πόσο όμως αυτό ωφελεί τα παιδιά πραγματικά; Είναι χαρακτηριστικό ότι το 75% των δομών παιδικής προστασίας αντιμετωπίζουν πρόβλημα ποιοτικών παιδαγωγικών προδιαγραφών και έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού , όμως δεν αποτελούν τα μόνα αρνητικά σημεία στην προστασία των παιδιών. Η ανατροφή ενός παιδιού σε ένα ίδρυμα έστω και για σύντομο χρονικό διάστημα επηρεάζει την ανάπτυξη του καθώς δεν προσφέρει το ζεστό περιβάλλον που θα ζούσε σε μία οικογένεια , αντί αυτού αναλώνεται σε μία ζωή με επαναλαμβανόμενους μηχανισμούς λειτουργίας του ιδρύματος με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις κοινωνικές και οικονομικές, Το βέλτιστο για ένα παιδί είναι σαφώς η τοποθέτηση του σε μία οικογένεια είτε μέσω αναδοχής είτε μέσω υιοθεσίας, επειδή όμως στην χώρα μας οι ενέργειες αυτές κυρίως λόγω της γραφειοκρατίας είναι αρκετά χρονοβόρες και πολυδιάστατες, θα ήταν χρήσιμο να οργανωθούν και να λειτουργήσουν στον βέλτιστο βαθμό και στην χώρα μας όπως και

στην υπόλοιπη Ευρώπη οι δομές κλειστού τύπου φροντίδας, πρόκειται για δομές φιλοξενίας λίγων παιδιών 5-6 το πολύ με μόνιμο και καταρτισμένο προσωπικό όλων των αρμόδιων ειδικοτήτων που στοχεύουν σε συνεχή μακρόχρονη συνεργασία με τα παιδιά με στόχο την καλύτερη δυνατή ένταξη τους στην κοινωνία. (sos.villages.gr). Τα ιδρύματα παιδικής προστασίας έχουν τις ρίζες τους στην Ελλάδα ουσιαστικά από την έναρξη λειτουργίας του ορφανοτροφείου της Αίγινας το 1829. Πολλές από τις δομές προστασίας αναπτύχθηκαν τις περασμένες δεκαετίες και υφίστανται μέχρι και σήμερα παρέχοντας προστασία και φροντίδα στα παιδιά που έχουν ανάγκη, ενώ άλλες εξίσου σημαντικές στον τομέα κοινωνικής πρόνοιας και προστασίας δραστηριοποιήθηκαν αργότερα είτε αποκλειστικά μέσω του κράτους είτε και με την συμμετοχή ιδιωτών, πάντα με γνώμονα την στήριξη και φροντίδα σε όλα τα παιδιά.

2.4 Κέντρο βρεφών ‘ΜΗΤΕΡΑ’

Μία εκ των σημαντικότερων δομών παιδικής προστασίας ως προς τα κέντρα βρεφών είναι το κέντρο βρεφών ‘ΜΗΤΕΡΑ’. Η ιστορία του ξεκινά το 1953 όπου και ιδρύθηκε ενώ η λειτουργία του άρχισε τον Σεπτέμβριο του 1955, βασική αιτία ίδρυσης του ήταν ο κοινωνικός στιγματισμός εκείνης της εποχής για τις μητέρες που περίμεναν παιδί εκτός γάμου αλλά και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης των παιδιών στα βρεφοκομεία. Το 1957 δημιουργείται η σχολή βρεφοκόμων του ‘Μητέρα’ και το 1958 συστήνεται το πρώτο εκ των τεσσάρων περιπτέρων βρεφών εκείνης της εποχής. Στην επαρχία και συγκεκριμένα στην περιοχή της Κέρκυρας αναπτύσσεται το πρώτο παράρτημα του ‘Μητέρα’, η λειτουργία του διήρκεσε δέκα έτη, το δεύτερο παράρτημα ήταν αυτό του Ηρακλείου Κρήτης το 1971, εννέα χρόνια αργότερα η δομή μετατρέπεται σε ημερήσιο βρεφονηπιακό σταθμό. Ως ΝΠΙΔ καθορίστηκε στις 31/12/1952 ενώ στις 15/6/1956 με Β.Δ απέκτησε την ονομασία που έχει ως και την σημερινή εποχή. Στην εποχή της μεταπολίτευσης δημοσιεύεται ο πρώτος οργανισμός του και το 1980 ο δεύτερος ο οποίος ισχύει ως σήμερα. Στον δημόσιο τομέα εντάσσεται το 1982 ενώ το 1998 καταργείται ως Ν.Π.Ι.Δ, το ίδιο έτος με την ρύθμιση το Ν.2646/98 επιδιώχτηκε η σύσταση ενός νέου φορέα κοινωνικής πρόνοιας ως Ν.Π.Δ.Δ με την επωνυμία εθνικός οργανισμός κοινωνικής φροντίδας (Ε.Ο.Κ.Φ), ο φορέας αυτός είχε ως στόχο την συγχώνευση των τριών βασικότερων φορέων κοινωνικής προστασίας, α) του Ε.Ο.Π, β) του Π.Ι.Κ.Π.Α, γ) του ‘ΜΗΤΕΡΑ’, η

απόπειρας αυτή ως και το έτος 2003 που καταργήθηκε ο Ε.Ο.Κ.Φ δεν κατέστη δυνατή λόγω αδυναμίας έκδοσης σχετικού Π.Δ. (elemedu.upatras.gr/2009).

Σκοπός του κέντρου

Ο σκοπός του κέντρου βρεφών 'ΜΗΤΕΡΑ' είναι η παροχή φροντίδας στα παιδιά τα οποία τα οποία δεν έχουν την προστασία και τη ζεστασιά της οικογένειας , το περιβάλλον του ιδρύματος εξασφαλίζει ευνοϊκές και ευχάριστες συνθήκες κατά το χρονικό διάστημα παραμονής τους εκεί. Το κέντρο βρεφών 'ΜΗΤΕΡΑ' έχει ως στόχο την εύρεση και εξασφάλιση ενός ιδανικού για τα παιδιά οικογενειακού περιβάλλοντος , για το λόγο αυτό εφαρμόζει το πρόγραμμα υιοθεσίας, μέσω αυτού του προγράμματος κάθε χρόνο 35 παιδιά βρίσκουν οικογενειακή στέγη ενώ οι αιτήσεις που υποβάλλονται ξεπερνούν τις 150. Εκτός από το πρόγραμμα υιοθεσίας στο 'ΜΗΤΕΡΑ' εφαρμόζεται και το πρόγραμμα αναδοχής, η διαφορά τους είναι ότι το παιδί δεν 'ανήκει' στην οικογένεια που θα γίνει ανάδοχη αλλά η εξέλιξη της μπορεί να οδηγήσει σε υιοθεσία. Μέσω της αναδοχής μπορεί ο ανάδοχος γονέας να παρέχει στοργή , φροντίδα και αγάπη στο παιδί ,να το στηρίξει συναισθηματικά και να μεσολαβήσει δίνοντας την δυνατότητα να καταστεί πιο ευνοϊκή η επαφή του παιδιού με τους φυσικούς γονείς. Η βασική αρχή του 'ΜΗΤΕΡΑ' είναι η στήριξη της οικογένειας ώστε το παιδί να μην στερηθεί το οικογενειακό του περιβάλλον, αλλά να μεγαλώσει μέσα σε αυτό με όσο το δυνατόν καλύτερες συνθήκες ,χωρίς να στερηθεί τα βασικά αγαθά , την μόρφωση και την υγεία, για αυτό μέσω εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού που αποτελείται από κοινωνικούς λειτουργούς, φροντιστές, βρεφοκόμους, ψυχολόγους και ιατρικό προσωπικό καταβάλετε η μέγιστη δυνατή προσπάθεια σε συνεργασία με την οικογένεια να επιλυθεί οποιοδήποτε πρόβλημα προκύψει.

2.5. Η κιβωτός του κόσμου

Ένας πολύ σημαντικός οργανισμός που προσφέρει φροντίδα και προστασία στα παιδιά που στερούνται οικογενειακής θαλπωρής και αντιμετωπίζουν προβλήματα όσο αφορά στην διαβίωση τους είναι και η 'Κιβωτός του κόσμου' του Πατήρ Αντώνιου. Πρόκειται για έναν μη κερδοσκοπικό οργανισμό ο οποίος ξεκίνησε πριν από 20 χρόνια με πρωτοβουλία του Πατέρα Αντώνιου. Ο ίδιος ξεκίνησε αρχικά τη φιλανθρωπική του δράση το 1998 όντας εφημέριος στον Άγιο Γεώργιο Ακαδημίας

Πλάτωνος στον Κολωνό, η ανάγκη για τον για την έναρξη της δράσης του για παροχή φροντίδας στα παιδιά και στις οικογένειες τους δημιουργήθηκε μέσα από γεγονότα που παρατηρούσε στην καθημερινότητα των παιδιών στις γειτονίες της περιοχής και μέσα από συνομιλίες μαζί τους σχετικά με τις πολλές δυσκολίες που αντιμετώπιζαν. Αρχικά η φιλανθρωπική δράση αφορούσε παροχή βοήθειας από κατοίκους της περιοχής οι οποίοι στήριζαν τον Πατέρα Αντώνιο στο έργο του, η βοήθεια δεν αφορούσε μόνο υλικά αγαθά, καθώς ορισμένοι δάσκαλοι προσέφεραν υπηρεσίες εκπαιδευτικές στα παιδιά που αδυνατούσαν να παρακολουθήσουν μαθήματα σχολικά.

Σκοπός της Κιβωτού του κόσμου.

Ο σκοπός της Κιβωτού είναι η παροχή φροντίδας στα παιδιά που έχουν ανάγκη, ανεξαρτήτου εθνικότητας και η ένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο με τις καλύτερες δυνατές προϋποθέσεις, παρέχοντας στα παιδιά τα απαραίτητα εφόδια μέσα από δράσεις που εστιάζουν τόσο στην ψυχολογική τους υποστήριξη όσο και στην υλική των ίδιων και της οικογενείας τους. Η παροχή της βοήθειας γίνεται τόσο μέσα από τον εθελοντισμό που αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της δομής, όσο και από επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων, όπως δάσκαλοι, φροντιστές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, δικηγόροι. Ο αριθμός των παιδιών που λαμβάνουν φροντίδα ανέρχεται στα 300, ηλικίας 0-18, ενώ 150 μητέρες λαμβάνουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Η βασική αρχή της Κιβωτού δεν είναι η 'ιδρυματοποίηση' των παιδιών, συνεπώς η μέριμνα για τα παιδιά αφορά ημερήσια φροντίδα, όπως γεύματα, αθλητικές δράσεις, μόρφωση στα σχολεία και μαθήματα φροντιστηρίου εντελώς τόσο για την προετοιμασία για το σχολείο όσο και την απόκτηση πιστοποιητικών γνώσης ηλεκτρονικού υπολογιστή αλλά και ξένων γλωσσών.

(www.kivotostoukosmou.org)

2.6. Τα παιδικά χωριά SOS

Τα παιδικά χωριά sos είναι από τις δομές παιδικής προστασίας που παρέχουν πλήρη κοινωνική φροντίδα και προστασία, σε σύγχρονες εγκαταστάσεις προκειμένου τα παιδιά να αισθάνονται όμορφα και όσο το δυνατόν περισσότερη ασφάλεια στην δομή. Η ιδέα των παιδικών χωριών sos ξεκίνησε το 1949 στο Τιρόλο της Αυστρίας από τον

Herman Gmeiner. Στην χώρα μας αυτή τη στιγμή λειτουργούν 4 παιδικά χωριά, πιο συγκεκριμένα τα παιδικά χωριά με την σειρά ίδρυσής τους είναι τα εξής:

1. Παιδικό χωριό sos Βάρης . Ήταν το πρώτο παιδικό χωριό, ιδρύθηκε το 1977, ενώ τα εγκαίνια του έγιναν το 1984 από τον ίδιο τον Herman Gmeiner. Η δομή αποτελείται από σπίτια που διαμένουν οικογένειες, εργαστήρια δημιουργικής απασχόλησης και τέλος την κύρια δομή όπου βρίσκονται τα γραφεία , η βιβλιοθήκη, η αίθουσα πολλαπλών χρήσεων και το Εκκλησάκι της Ζωοδόχου Πηγής.
2. Παιδικό χωριό sos Πλαγιαρίου. Λειτουργεί από το 1997, εγκαινιάστηκε το 1998 από τον τότε πρόεδρο της δημοκρατίας Κ.Κωστή Στεφανόπουλο. Και αυτό αποτελείται από σπίτια που στεγάζονται οικογένειες, κέντρα απασχόλησης, γραφεία , βιβλιοθήκη αλλά και ένα εκκλησάκι του Αγίου Σπυρίδωνα, επιπλέον περιλαμβάνει γήπεδα, παιδικές χαρές και ένα θέατρο.
3. Παιδικό χωριό sos Θράκης, είναι το πρώτο που περιλαμβάνει τόσο ανοιχτής φροντίδας κοινωνικές παροχές όσο και κλειστής φροντίδας, όπως και οι υπόλοιπες δομές αποτελείται από σπίτια στέγασης οικογενειών, χώρους απασχόλησης, γήπεδο και εκκλησάκι ενώ στην συγκεκριμένη δομή λειτουργεί και κέντρο ημέρας με παιδιά με αναπηρία με εργαστήρι τεχνών.
4. Το παιδικό χωριό sos της Κρήτης είναι η τελευταία από τις δομές, η έναρξη λειτουργίας του έγινε το 2018 και περιλαμβάνει τις ίδιες εγκαταστάσεις με τα υπόλοιπα παιδικά χωριά.

Η ιδέα της ανέγερσης μιας δομής παιδικού χωριού, που θα παρέχει στήριξη , φροντίδα και κοινωνική προστασία στα παιδιά της Ελλάδας που είχαν ανάγκη, ανήκει στην Κα. Κλώντια Κατσαρά, η οποία αποτελούσε μέλος των παιδικών χωριών SOS της Γαλλίας. Η ιδέα έγινε πράξη το 1975 από την ίδια και άλλα 21 ιδρυτικά μέλη.

Σκοπός των παιδικών χωριών SOS.

Η παροχή κοινωνικής φροντίδας των παιδικών χωριών sos προς τα παιδιά στηρίζεται σε 4 πυλώνες οι οποίοι αφορούν α) την συναισθηματική φροντίδα παρέχοντας ζεστασιά και ασφάλεια στο παιδί, β) προετοιμασία του παιδιού για την μετέπειτα πορεία του στην κοινωνία και στη ζωή γ) κάλυψη

συναισθηματικών κενών στα παιδιά που στερήθηκαν την οικογένεια δ) ανάπτυξη δεσμών και σχέσεων μεταξύ των αδελφών. Η εύρεση ενός μόνιμου οικογενειακού περιβάλλοντος είναι ο στόχος των χωριών, ως ότου επιτευχτεί αυτό, στα παιδιά που φιλοξενούνται στα παιδικά χωριά δίνεται κάθε δυνατή βοήθεια συναισθηματική, ψυχολογική αλλά και εκπαιδευτική ως εφόδιο και για την ύστερη επαγγελματική τους πορεία, παράλληλα έχουν αναπτύξει συνεργασίες με πληθώρα ιδιωτικών και δημόσιων φορέων για την υλοποίηση προγραμμάτων αναδοχής και υιοθεσίας μέσω αυτών των προγραμμάτων έχουν βρει οικογένεια πάνω από 190 παιδιά. <https://sos-villages.gr/>

2.7 Το χαμόγελο του παιδιού

Ένας από τους οργανισμούς που παρέχει σημαντικό έργο στην προάσπιση των δικαιωμάτων, την προστασία και την φροντίδα του παιδιού είναι και ο μη κερδοσκοπικός οργανισμός ‘Το χαμόγελο του παιδιού’. Ιδρύθηκε το 1995 με πρωτοβουλία του κύριου Κ.Γιαννόπουλου εκπληρώνοντας την επιθυμία του γιού του μικρού Ανδρέα ο οποίος έφυγε από τη ζωή σε ηλικία 10 ετών από καρκίνο. Ανήκει στους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς και τα έσοδα λειτουργίας του δεν παρέχονται από κρατική επιχορήγηση αλλά από τον ιδιωτικό τομέα και δωρεές. Η δράση του ξεκίνησε το 1995, από το πρώτο σπίτι που ιδρύθηκε λίγους μήνες αργότερα έως σήμερα το χαμόγελο του παιδιού έχει προσφέρει τις υπηρεσίες του σε χιλιάδες παιδιά είτε μέσω των δομών είτε μέσω των τηλεφωνικών γραμμών. Ο σύλλογος απαριθμεί 15 σπίτια ενώ λειτουργούν και τηλεφωνικές γραμμές που αφορούν την κακοποίηση των παιδιών, την τηλεφωνική γραμμή sos για παροχή ψυχολογικής υποστήριξης αλλά και υπηρεσία εξαφάνισης παιδιών ‘Amber alert’. Αν και ανήκει στους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, το χαμόγελο του παιδιού έχει αναπτύξει σημαντικές συνεργασίες με τους κεντρικούς κρατικούς φορείς και κυρίως με τα νοσοκομεία παιδών. Ενώ έχει υπογράψει σύμφωνο συνεργασίας με πολλούς δήμους καθώς και με υπουργεία. <https://www.hamogelo.gr/gr/el/>

Σκοπός.

Το χαμόγελο του παιδιού ιδρύθηκε για να παρέχει προστασία και φροντίδα σε κάθε παιδί που τη στερείται, καθώς επίσης και να βοηθήσει τις οικογένειες που χρήζουν ανάγκης. Δράσεις του περιλαμβάνουν παρεμβάσεις που αφορούν την

ενδοοικογενειακή βία, μέσω της τηλεφωνικής γραμμής 1056 και άμεσες παρέμβασης σε περιστατικά βίας, καθώς και στήριξη της μητέρας και του παιδιού θύματα της βίας. Επίσης παρέχει βοήθεια και υποστήριξη στα παιδιά ακόμα και με την ενηλικίωση τους με παροχή στέγης , οικονομική και συμβουλευτική βοήθεια με στόχο την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση τους. Μία πολύ σημαντική δράση του συλλόγου αφορά τις παρεμβάσεις υπέρ των οικογενειών που βρίσκονται σε κατάσταση φτώχειας, με την βοήθεια επιστημονικού προσωπικού όπως, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί οι οποίοι συμβάλουν στην εύρεση λύσεων για προβλήματα της οικογένειας που αφορούν γραφειοκρατικά θέματα όπως παραδείγματος χάρη, έκδοση βιβλιαρίων, προβλήματα συμπεριφοράς, προβλήματα βίωσης κοινωνικού αποκλεισμού και προβλήματα κατά την μαθητική του πορεία στο σχολείο. Από το 2012 έχει ξεκινήσει το πρόγραμμα φιλοξενίας οικογενειών που τα παιδιά τους αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και χρειάζεται να νοσηλευτούν σε κάποιο νοσοκομείο, ενώ πολύ σημαντικό είναι το έργο που επιτελεί προς τα παιδιά που ανήκουν σε ευάλωτα νοικοκυριά όπως γονέων μακροχρόνια ανέργων, οικογένειες προσφύγων και μεταναστών, ρομά, ανασφάλιστοι, παρέχοντας κάλυψη για πληθώρα ιατρικών εξετάσεων και νοσηλείας , 3 κατηγορίες εξετάσεων που παρέχονται δωρεάν στα παιδιά είναι.

1. ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ
2. ΟΦΘΑΜΟΛΟΓΙΚΗ
3. ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΗ

Οι εξετάσεις αυτές λαμβάνουν χώρα στο πολυιατρείο του οργανισμού , στην διεύθυνση : Ομήρου 6 Αθήνα , από εξειδικευμένο προσωπικό που αποτελείται από ιατρούς και νοσηλευτές.

2.8. Η ΕΛΕΠΑΠ

Η ΕΛΕΠΑΠ είναι από τις πρώτες δομές παροχής φροντίδας και προστασίας στα παιδιά, ιδρύθηκε το 1937 και ως σήμερα πάνω από 100.000 παιδιά έχουν στηριχθεί. Στην Ελλάδα λειτουργούν αυτή την στιγμή 6 κέντρα της ΕΛΕΠΑΠ , σε Βόλο, Χανιά, Αργίνο, Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Ιωάννινα. Η δράση της αφορά στα παιδιά με αναπηρία τα οποία αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα κινητικότητας και στοχεύει στην αποκατάσταση μέσω ενός ολοκληρωμένου προγράμματος .Τα

προγράμματα αφορούν παιδιά αλλά και ενήλικες πιο συγκεκριμένα υπάρχουν προγράμματα για α) βρέφη, β) παιδιά, γ) ενήλικες τα οποία αφορούν τα εξής

ΒΡΕΦΗ	Φυσιοθεραπεία	Εργοθεραπεία	Αισθητηριακή ολοκλήρωση	Λογοθεραπεία	Μουσικοθεραπεία	Θεραπευτική κολύμβηση
ΠΑΙΔΙΑ	Θεραπευτικά προγράμματα	Παιδαγωγικά προγράμματα	Ιατρική παρακολούθηση	Συμβουλευτική ψυχοκοινωνική υποστήριξη		
ΕΝΗΛΙΚΕΣ	Εκπαίδευση	Επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση	Ανεξάρτητη και ασφαλή διαβίωση			

Σκοπός

Ο σκοπός της Ε.Λ.Ε.Π.Α.Π από το 1937 ως σήμερα είναι η βοήθεια στα παιδιά ΑΜΕΑ μέσω της αποκατάστασης , στηρίζει τα παιδιά κάθε ηλικίας ακόμα και όταν ενηλικιωθούν ανεξάρτητου εθνικότητας, οικονομικής δυνατότητας, χωρίς καμιά διάκριση. Ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών που έλαβαν την φροντίδα μέσω των προγραμμάτων είχαν αξιοσημείωτη πρόοδο και σημαντική βελτίωση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων κίνησης και ομιλίας. Κάποια αποκαταστάθηκαν πλήρως. Η συνεργασία με άλλους φορείς όπως κυβέρνηση και τοπική αυτοδιοίκηση και η ευαισθητοποίησή τους , αποτελεί έναν διαρκή στόχο του οργανισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΟΜΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ – ΑΠΟΡΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΚΑΙ ΑΣΤΕΓΩΝ

3.1. Ορισμοί.

Ορισμός της φτώχειας.

Για την απόδοση του ορισμού της φτώχειας έχουν αποδοθεί αρκετές ερμηνείες, οι δύο από αυτούς αφορούν τον ορισμό της Eurostat σύμφωνα με τον οποίο: Φτώχεια είναι η στέρηση λόγω έλλειψης πόρων για την ικανοποίηση βασικών ανθρώπινων αναγκών. Οι πόροι αυτοί περιλαμβάνουν κυρίως το εισόδημα και προϋπόθεση είναι η ύπαρξη ενός κατώτατου ορίου, ώστε να είναι μετρήσιμη. Η αποστέρηση βασικών αγαθών ενός ανθρώπου δεν είναι ο μόνος λόγος που μπορεί να θεωρηθεί φτωχός, μια σειρά παραγόντων όπως η ισότιμη πρόσβαση σε δράσεις και στην κοινότητα, οι σχέσεις του ατόμου με το περιβάλλον του και η συναισθηματική κατάσταση μπορούν να ορίσουν έναν άνθρωπο ως φτωχό ή όχι, ενώ στα ανωτέρω θα πρέπει να ληφθεί επιπλέον υπόψη και καταστάσεις όπως χρόνος μέτρησης, επίπεδο μόρφωσης, επαγγελματική κατάσταση, σύνθεση οικογένειας. (Ντολιοπούλου 2015).

Ο δεύτερος ορισμός που παρατίθεται προέρχεται από τον David Gordon το 1975 συμβούλιο της Ευρώπης σύμφωνα με τον οποίο: *Άτομά ή οικογένειες των οποίων οι πόροι είναι ελάχιστοι με αποτέλεσμα τον αποκλεισμό τους από τον ελάχιστο τρόπο ζωής της κοινότητας του κράτους μέλους του οποίου αποτελούν μέλη. (Gordon, Pantazis, 1990).*

Ορισμός της ανεργίας.

Ως ανεργία θεωρείται η κατάσταση ενός ατόμου που ενώ διαθέτει την θέληση και την ικανότητα να εργαστεί, αντιμετωπίζει δυσκολία στην εύρεση εργασίας. www.euretirio.com/anergia.

Επίσης ως ανεργία σύμφωνα με τον ορισμό, διεθνούς γραφείου εργασίας εικάζεται η κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο, δεν απασχολείται αλλά αναζητά εργασία και θέτει τον εαυτό του διαθέσιμο. (Γαλάνης, 2011).

3.2. Τα κέντρα κοινότητας

Τα κέντρα κοινότητας είναι κρατική υπηρεσία που έχει στόχο την υποδοχή και ενημέρωση των πολιτών και κυρίως αυτών που ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, ο σκοπός τους είναι μέσα από την διασύνδεση και με άλλους φορείς του δήμου και όχι μόνο, να παρέχει την δυνατότητα αξιοπρεπούς διαβίωσης στους ανθρώπους που έχουν ανάγκη. Συνεπώς οι άξονες των κέντρων κοινότητας αφορούν:

Υποδοχή – ενημέρωση

Συνεργασία – διασύνδεση με φορείς και δομές κοινωνικής προστασίας

Παροχή υπηρεσιών για την βελτίωση συνθηκών διαβίωσης

Οι υπηρεσίες για τις οποίες είναι αρμόδια τα κέντρα κοινότητας, σχετίζονται με παροχές προνοιακού τύπου κατά βάση, αιτήσεις για επιδόματα στο πλαίσιο της εκάστοτε κοινωνικής πολιτικής του κράτους. Αυτά τα επιδόματα αφορούν κατά κύριο λόγο το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα, (Ε.Ε.Ε), πρώην κ.ε.α. Επίδομα στέγασης-ενοικίου, επίδομα στεγαστικής συνδρομής υπερηλίκων, διατροφικό επίδομα νεφροπαθών, επίδομα γέννας, επίδομα Τήνου καθώς και αιτήσεις που αφορούν την συνέχιση των προνοιακών επιδομάτων μέσα από την υποβολή εισηγητικού φακέλου, προκειμένου ο εξυπηρετούμενος που ανήκει σε ευπαθή ομάδα να περάσει από επιτροπή πιστοποίησης αναπηρίας (ΚΕΠΑ) ώστε να λάβει την γνωμάτευση με το ποσοστό αναπηρίας για την καταβολή ή μη του προνοιακού επιδόματος. Ενδεικτικά τα ποσά των επιδομάτων ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος και επιδόματος ενοικίου, βάση απόφασης του Υπουργείου κοινωνικής ασφάλισης αναφέρονται στους πίνακες 1 και 2. Τα ποσά για τα υπόλοιπα επιδόματα κυμαίνονται ως εξής:

Προνοιακό επίδομα: κάθε μήνα υπό την προϋπόθεση ο δικαιούχος να καταθέσει την απόφασή ΚΕΠΑ με ποσοστό 67% και άνω. 313 μηνιαίως.

Επίδομα γεννάς: 2000 ευρώ εφάπαξ για κάθε παιδί που γεννιέται.

Διατροφικό επίδομα νεφροπαθών : 362 ευρώ κάθε μήνα.

Επίδομα Τήνου : Χορηγείται από την Ιερά μητρόπολη της Τήνου κατόπιν αιτήσεως στα κέντρα κοινότητας της χώρας, μετά από αξιολόγηση από την αρμόδια επιτροπή εγκρίνεται ένα κονδύλι προς καταβολή όλων των εγκεκριμένων αιτήσεων.

Τα κέντρα κοινότητας θεσμοθετήθηκαν συστάθηκαν το 2016 με τον Ν.4368 και με βάση την ΚΥΑ: Α.Π Δ/23/ΟΙΚ.14435/1135/29/03/2016. Υπάγονται στους ΟΤΑ και αποσκοπούν μέσα από μία ευρεία συνεργασία όλων φορέων της τοπικής αυτοδιοίκησης, να ενισχύσουν το αίσθημα ασφάλειας και προστασίας των πολιτών μέσα από στοχευόμενες παρεμβάσεις, στα κέντρα κοινότητα επίσης λειτουργούν και κέντρα που απευθύνονται σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες όπως οι μετανάστες με την λειτουργία των ΚΕΜ που απευθύνεται σε νόμιμους μετανάστες και αιτούντες άσυλο. Οι κυριότερες κατηγορίες που εξυπηρετούνται στα κέντρα κοινότητας είναι : άνεργοι , άτομα με χαμηλά εισόδημα, άτομα με αναπηρία , μετανάστες , ρομά αλλά και πολίτες που χρειάζονται συμβουλευτική υποστήριξη. Η χρηματοδότηση των Κ.Κ εντάσσεται στο ΕΣΠΑ 2014-2020, ο ρόλος των επαγγελματιών που στελεχώνουν τα κέντρα κοινότητας είναι η ενημέρωση η διασύνδεση και στις περιπτώσεις που απαιτείται, παραπομπή των πολιτών σε υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας με στόχο η παροχή πλήρους και ποιοτικής προνοιακής φροντίδας , συνεργασία επίσης μπορεί να υπάρξει και με τις κοινωνικές υπηρεσίες όπως τα φιλόπρωχα ταμεία των Μητροπόλεων αλλά και με τις εκκλησίες για την διανομή συσσιτίου σε άστεγους και απόρους, η παροχή τροφίμων είναι δυνατή και μέσω κοινωνικών παντοπωλείων των δήμων σε αυτή την περίπτωση ο αρμόδιος κοινωνικός λειτουργός παραπέμπει των εξυπηρετούμενο ή αν σε περίπτωση δυσκολίας αυτού την επικοινωνία την κάνει ο κοινωνικός λειτουργός με τον αρμόδιο φορέα, για τους ωφελούμενους του ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος υπάρχει μέριμνα για επιπλέον βοήθεια υλικής μορφής πέραν της οικονομικής με την διανομή τροφίμων μέσα από χορηγίες διάφορων καταστημάτων αγαθών. Η παροχή αυτή ανήκει στο πρόγραμμα ΤΕΒΑ το οποίο εντάσσεται στα πλαίσια των εγκεκριμένων αιτήσεων του ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος. Τα κέντρα κοινότητας και τα παραρτήματα αυτών λειτουργούν πέντε ημέρες την εβδομάδα, δεύτερα ως Παρασκευή με το ωράριο να διαφέρει μεταξύ ορισμένων κέντρων αλλά πάντα στα πλαίσια του οχταώρου. Η στελέχωση των κέντρων κοινότητας γίνεται με προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων, οι βασικές ειδικότητες στελέχωσης ενός κέντρου κοινότητας σχετίζονται με το εξής προσωπικό:

- Κοινωνικός λειτουργός ΠΕ/ΤΕ
- Διοικητικό προσωπικό
- Ψυχολόγος
- Επισκέπτες υγείας

- Διαμεσολαβητής για το παράρτημα ρομά
- Μεταφραστής και κοινωνικοί επιστήμονες για θέματα μεταναστών
- Στέλεχος διοίκησης επιχειρήσεων για θέματα ανθρώπινου δυναμικού
- Βοηθητικό προσωπικό που αφορά την υποδοχή

Τα κέντρα κοινότητας μέσα στα χρόνια λειτουργίας τους έχουν εξελιχτεί καθώς από την υποδοχή, ενημέρωση και αιτήσεις για ορισμένα επιδόματα πλέον αποτελούν σημαντικό κομμάτι της κοινωνικής πρόνοιας με περισσότερες υπηρεσίες και προγράμματα για ευάλωτες ομάδες.

Ως δομές προστασίας αποτελούν την εξέλιξη των υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόνοιας για την αντιμετώπιση των αυξημένων αναγκών λόγω των μνημονίων που δημιουργήθηκαν το 2013, οι υπηρεσίες αυτές ονομάστηκαν « κοινωνικές δομές αντιμετώπισης της φτώχειας » και περιελάμβανε : Το κοινωνικό φαρμακείο , κοινωνικό παντοπωλείο, κοινωνικό συσσίτιο, δημοτικός λαχανόκηπος, τράπεζα χρόνου, γραφεία διαμεσολάβησης. Η χρηματοδότηση τους οριζόταν από το ΕΚΤ 2007-2013 και αποτελούσε σύμπραξη των δήμων - ΜΚΟ. (Σπουργίτη, 2020). Ενώ ο αρχικός ρόλος των κέντρων κοινότητας περιοριζόταν στην ενημέρωση και παραπομπή των πολιτών σε φορείς πρόνοιας, σήμερα οι αρμοδιότητες τους έχουν πολλαπλασιαστεί καθώς έχουν ενταχθεί επιπλέον επιδόματα εκτός του πρώην κ.ε.α, συγκεκριμένα ένα χρόνο μετά την απόφαση το πρόγραμμα στήριξης του κοινωνικού εισοδήματος αλληλεγγύης (ΦΕΚ 4389/2016), ξεκίνησε η εφαρμογή του επιδόματος ενοικίου, (ΚΥΑ, αριθμός Δ13/οικ.3374/1934/2018 και τον τελευταίο ενάμιση χρόνο ξεκίνησε η παροχή του επιδόματος γέννας, Ν 4659/2020. Επιπλέον για την παροχή των αναπηρικών επιδομάτων η αρχική αίτηση γίνεται στα κέντρα κοινότητας πλέον , μέσω του εισηγητικού φακέλου, όλες οι ανωτέρω παροχές υπάγονται στον ΟΠΕΚΑ, οι αιτήσεις όμως γίνονται από τους αρμόδιους υπαλλήλους στα κέντρα κοινότητας. Τέλος στην αρμοδιότητα τους πέραν των διασυνδέσεων με όλο και περισσότερους φορείς στα κέντρα κοινότητας έχουν ενταχθεί και τα κέντρα στήριξης της οικογένειας καθώς και τα κέντρα ολοκληρωμένης φροντίδας ηλικιωμένων.

3.3. Δομές φιλοξενίας αστέγων

Ως άστεγοι θεωρούνται τα άτομα τα οποία ανήκουν στην επικράτεια της χώρας και αδυνατούν να έχουν πρόσβαση σε υποδομές και σε οικία που είτε τους ανήκει, ή τους έχει παραχωρηθεί ή διαμένουν με μίσθωση και διαθέτουν ηλεκτροδότηση και ύδρευση, (άρθρο 29), Ν.4052/2012. Εκτός των ανθρώπων που διαμένουν στον δρόμο ως άστεγοι θεωρούνται και τα άτομα εκείνα τα οποία φιλοξενούνται σε ιδρύματα που λειτουργούν με μέριμνα του κράτους ή ιδιωτικών οργανώσεων προκειμένου να προστατευτούν από τους κινδύνους, αλλά και όσοι διαμένουν σε καταλύματα που δεν πληρούν τις απαραίτητες υγειονομικές και κτηριακές υποδομές, (taxheaven.gr). Στην Ελλάδα το θέμα της αστεγίας υπήρχε από τα παλαιότερα έτη, έγινε όμως εμφανές σε μεγάλο βαθμό την δεκαετία του 90 καθώς εκείνη την περίοδο παρουσιάστηκε μια αυξημένη προσέλευση ανθρώπων από άλλες χώρες κυρίως των Βαλκανίων και της Αφρικής. ([Κλίμακα, 2011](#)). Στο παρελθόν η μόνη σοβαρή απόπειρα καταγραφής των αστέγων στην Ελλάδα έλαβε χώρα μόλις το 2009 με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και κοινωνικών ασφαλίσεων σε συνεργασία με τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης, ο αριθμός καταγεγραμμένων αστέγων έφτανε στους 7000, αριθμός που αμφισβητήθηκε καθώς αρκετοί μελετητές και επαγγελματίες θεωρούν ότι ο αριθμός των αστέγων κυμαίνεται μεταξύ 17,000-20,000. ([Γουργούρινη, 2015](#)). Για την παροχή προστασίας στους αστέγους το κεντρικό κράτος σε συνεργασία με τους ΟΤΑ και άλλους φορείς αλληλεγγύης και πρόνοιας έχει δημιουργήσει δομές φιλοξενίας αστέγων, από τις σημαντικότερες δομές που λειτουργούν τα τελευταία 40 χρόνια στην Ελλάδα είναι:

- Ο ξενώνας ΚΑΡΕΑ
- Ο κοινωνικός ξενώνας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού
- Οι Γιατροί του κόσμου
- Κοινωνική υπηρεσία γενικού νοσοκομείου νοσημάτων θώρακος ‘Σωτηρία’
- Το κέντρο υποδοχής και αλληλεγγύης του Δήμου Αθηναίων

Ο ΞΕΝΩΝΑΣ ΚΑΡΕΑ

Ο κοινωνικός ξενώνας ΚΑΡΕΑ ιδρύθηκε το 1985 ως ΝΠΔΔ, ο σκοπός ίδρυσης αφορούσε την παροχή φιλοξενίας σε άτομα τα που δεν μπορούσαν να ανταπεξέλθουν οικονομικά ώστε να εξασφαλίσουν δική τους στέγη, η διάρκεια φιλοξενίας δεν μπορούσε να ξεπεράσει τους έξι μήνες, για να αιτηθεί κάποιος πολίτης φιλοξενία στον ξενώνα θα πρέπει να ανήκει σε ευάλωτη οικονομικά ομάδα να είναι αυτοεξυπηρετούμενος, καθώς και να προέρχεται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 2011 συγχωνεύτηκε με το εθνικό κέντρο κοινωνικής αλληλεγγύης. (ΕΚΚΑ). (www.noesi.gr)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΞΕΝΩΝΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ

Ο κοινωνικός ξενώνας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (Ε.Ε.Σ), λειτουργεί από το 2007 σε συνεργασία με το Υπουργείο εργασίας και κοινωνικής αλληλεγγύης από το οποίο και χρηματοδοτείται, οι υπηρεσίες του ξενώνα απευθύνονται σε άστεγους με σκοπό την παροχή φροντίδας και περίθαλψης, ο στόχος δεν είναι η μακροχρόνια παραμονή των αστέγων αλλά σε συνεργασία με εξειδικευμένο προσωπικό να λάβουν την απαραίτητη μέριμνα και αποκατάσταση ώστε να υπάρξει ασφαλή επανένταξη στην κοινωνία. Η κοινωνική υπηρεσία διασυνδέεται με άλλους φορείς προστασίας ενώ στο χώρο λειτουργούν βιβλιοθήκη, παιδότοπος και προγράμματα ενισχυτικής διδασκαλίας για μαθητές. (<http://www.redcross.gr/default.asp?pid=123>).

ΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Οι Γιατροί του κόσμου είναι μία οργάνωση η οποία επιτελεί σημαντικό κοινωνικό έργο από το 1990. Προσφέροντας σημαντικές κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας σε ομάδες που αντιμετωπίζουν προβλήματα διαβίωσης, ανάμεσα σε αυτά ανήκει από το 2016 και ο κοινωνικός ξενώνας φιλοξενίας αστέγων, ο οποίος ιδρύθηκε με γνώμονα την παροχή φροντίδας σε άτομα που αδυνατούν να έχουν ένα σπίτι με αξιοπρεπείς συνθήκες διαμονής ανταποκρινόμενοι στις ανάγκες που δημιουργήθηκαν από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης οι ΓτΚ δημιούργησαν έναν χώρο φιλοξενίας περίπου 50 ατόμων προσφέροντας τους εκτός από τον ύπνο και μία σειρά άλλων υπηρεσιών όπως δυνατότητας καθαρισμού των ρούχων τους, ιατρό φαρμακευτική περίθαλψη, δωμάτια για την δημιουργική απασχόληση των παιδιών καθώς και ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

<https://mdmgreece.gr/mdm-solidarity-house-for-all-i-giatri-tou-kosmou-egkeniazoun-kinoniko-xenona-gia-evalotous-plithismous-sto-kentro-tis-athinas/>

Επιπλέον από το 1997 δίνεται η δυνατότητα μέσω του Ανοιχτού Πολύιατρείου, οι άστεγοι και όσοι δεν διαβιούν σε συνθήκες φτώχειας καθώς και μετανάστες οι οποίοι δεν διαθέτουν ακόμη τα απαραίτητα έγγραφα , να λάβουν δωρεάν ιατρική βοήθεια και να τους χορηγηθούν φάρμακα που έχουν ανάγκη οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται από επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας όπως κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, ιατροί, ψυχολόγοι . (Γουργούρινη, 2015).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΩΡΑΚΟΣ 'ΣΩΤΗΡΙΑ'

Από τα δημόσια νοσοκομεία που επιτελούν σημαντικό κοινωνικό έργο μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών είναι και το Γενικό νοσοκομείο θώρακος 'Σωτηρία' , το οποίο δέχεται σημαντικό αριθμό περιπτώσεων κυρίως αστέγων οι οποίοι εντοπίζονται σε κατάσταση η οποία αποτελεί κίνδυνο για την σωματική τους υγεία, σε πολλές εξ αυτών των περιπτώσεων η μεταφορά τους γίνεται ύστερα από παρέμβαση τρίτων που τους έχουν εντοπίσει, ένα ποσοστό των περιπτώσεων που εξυπηρετούνται αφορά άστεγους με ψυχικά προβλήματα ή έχουν κάνει χρήση ουσιών , από τα συνήθη προβλήματα αποτελεί η απουσία χαρτιών όπως αριθμός φορολογικού μητρώου, Αμκα και ταυτότητας, η κοινωνική υπηρεσία αναλαμβάνει την διεκπεραίωση ώστε να είναι εφικτή η παροχή ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης αλλά και φροντίδας και από άλλους φορείς πρόνοιας με τους οποίους γίνεται διασύνδεση. (Γουργούρινη, 2015). Επιπλέον το νοσοκομείο διαθέτει έξω-νοσοκομειακή μονάδα βραχείας νοσηλείας διάρκειας έως 6 μηνών με υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, διαθέτει 7 δωμάτια, εξειδικευμένο προσωπικό 24ωρου βάσεως. Οι στόχοι του ξενώνα

- ✓ Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και φροντίδα
- ✓ Νοσοκομειακή περίθαλψη
- ✓ Πληροφόρηση
- ✓ Επανένταξη και απόιδρυματοποίηση

<http://www.psychxen-sotiria.gr/index.php?id=99&L=1%27A%3D0>

3.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΥΑΔΑ (κέντρο υποδοχής και αλληλεγγύης Δήμου Αθηναίων)

Το 2005 ξεκίνησε την λειτουργία το κέντρο υποδοχής αστέγων του Δήμου Αθηναίων με σκοπό την παροχή φροντίδας μέσω παροχής συσσιτίων και ένταξη σε πρόγραμμα φιλοξενίας των αστέγων του Δήμου Αθηνών. Από το 2010 με την έναρξη της οικονομικής κρίσης και καθώς οι ανάγκες των αδύναμων ατόμων και ευάλωτων νοικοκυριών αυξάνονταν ο ΚΥΑΔΑ ανέπτυξε και νέες υπηρεσίες οι οποίες δεν στόχευαν αποκλειστικά και μόνο σε συμπολίτες μας που διέμεναν στον δρόμο αλλά και σε οικονομικά ευάλωτες ομάδες που στερούνται βασικών αγαθών σε συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες και τα κέντρα κοινότητας του Δήμου. Σήμερα ο ΚΥΑΔΑ επιτελεί σημαντικό έργο μέσω των υπηρεσιών με τις σημαντικότερες αυτών να είναι:

Φιλοξενία αστέγων: Μέσω του πολυδύναμου κέντρου άστεγων δίνεται η δυνατότητα φιλοξενίας ατόμων που στερούνται στέγης να διαμένουν στα διαμερίσματα που διαθέτει , συγκεκριμένα το κέντρο περιλαμβάνει 55 διαμερίσματα με 3 υπνοδωμάτια το κάθε ένα εξοπλισμένα με τον απαραίτητο εξοπλισμό για αξιοπρεπή διαβίωση, οι άνθρωποι εκεί πέραν της διαμονής της σίτισης και της δυνατότητας να πλένουν τα ρούχα τους και να κάνουν ντους , λαμβάνουν και ψυχοκοινωνική υποστήριξη και ιατρική παρακολούθηση αλλά και ένταξη σε προγράμματα επανένταξης. Ο ΚΥΑΔΑ επίσης έχει επιτελέσει σημαντικό ρόλο και στην λειτουργία του ξενώνα φιλοξενίας τοξικό εξαρτημένων ατόμων που ξεκίνησε να λειτουργεί σχετικά πρόσφατα αλλά και στην ανακαίνιση της Εστίας Αθηνών που αποτελεί δωρεά των Π και Τ Παντελίδη και έχει δυνατότητα φιλοξενίας ως 52 άτομα ηλικιωμένων που βρίσκονται σε καθεστώς αστεγίας

Κέντρο σίτισης: Μέσω του κέντρου σίτισης 500 άνθρωποι λαμβάνουν ανά εβδομάδα τρόφιμα μακράς διάρκειας, ενώ μέσω της ομάδας streetwork παρέχεται φαγητό σε αστέγους, τα γεύματα που διανέμονται καθημερινά αγγίζουν τα 900 έως 1000.

Δράση στο δρόμο : Μέσω αυτής της δράσης ομάδα η οποία στελεχώνεται από επιστημονικό προσωπικό πρόνοιας στοχεύει στην ενημέρωση και προσπάθεια ένταξης των αστέγων σε δομές φιλοξενίας, μέσω καταγραφής των αναγκών υλοποιούνται παρεμβάσεις με σκοπό την διανομή ρούχων, φαγητού και την

παραπομπή όταν κριθεί αναγκαίο σε υπηρεσίες παροχής ιατρικής φροντίδας, η δράση λαμβάνει χώρα καθ' όλη την διάρκεια του εικοσιτετραώρου.

Κόμβος αλληλοβοήθειας πολιτών – κοινωνικό εμπορικό κέντρο

Στη συγκεκριμένη δομή οι πολίτες γίνονται αποδέκτες υλικών αγαθών όπως φαγητό, βιβλία, είδη ένδυσης και υπόδησης, παιχνίδια, σχολικά είδη. Ο χώρος έχει πλέον μετατραπεί σε ένα πλαίσιο στήριξης το οποίο έχει προδιαγραφές κοινωνικού εμπορικού κέντρου στο οποίο στεγάζονται υπηρεσίες όπως :



Κοινωνικό φαρμακείο: Μέσω του κοινωνικού φαρμακείου ωφελούνται περίπου 3 χιλιάδες άνθρωποι οι οποίοι ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, είτε άστεγοι είτε οικογένειες απόρων και ανασφάλιστοι. Τα φάρμακα αποτελούν δωρεές ιδιωτών, οργανισμών, εταιρειών αλλά και από διάφορες πρεσβείες.

Κοινωνικό παντοπωλείο: όπου οι ενδιαφερόμενοι κατόπιν έγκρισης της αιτήσεως από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Δήμου, έχουν την δυνατότητα να παραλάβουν τρόφιμα και είδη πρώτης ανάγκης τα οποία αποτελούν δωρεές και χορηγίες ή περιλαμβάνονται στον προϋπολογισμό του ΚΥΑΔΑ.

Κοινωνικό πλυντήριο: Πρόκειται για μία δομή που είναι εξοπλισμένη με πλυντήρια και στεγνωτήρια όπου οικονομικά ευάλωτες ομάδες που αδυνατούν να έχουν δική τους συσκευή, έχουν την δυνατότητα να καθαρίζουν τα ρούχα τους δωρεάν. Το κόστος της υποδομής καθώς και του εξοπλισμού αποτελεί δωρεά της Skir της Ελαις Unilever Hellas.

Αθηναϊκή αγορά: Καλύπτει τις ανάγκες ένδυσης, υπόδησης και σε οικιακό εξοπλισμό σε περίπου 2000 νοικοκυριά.

Κοινωνικό βιβλιοχαρτοπωλείο – κατάστημα παιχνιδιών: Μέσω του προγράμματος αυτού το οποίο υλοποιείτε με την σημαντική συνεισφορά της ομάδας εθελοντισμού 'Στήριξη', 2345 παιδιά γίνονται αποδέκτες σχολικών ειδών και βιβλίων για να καλύψουν επαρκώς τις σχολικές τους ανάγκες.

Το κέντρο υποδοχής και αλληλεγγύης του Δ. Αθηναίων εκτός των ανωτέρω δομών, αναβάθμισε τις υπηρεσίες του τα τελευταία χρόνια με δύο νέες υποδομές, πρόκειται

για: Α) Το κοινωνικό ιατρείο, και Β) Το κοινωνικό ιατρείο ψυχικής υγείας, τα οποία αποσκοπούν στην παροχή φροντίδας υγείας. Οι υπηρεσίες που παρέχονται στο πρώτο αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την δωρεάν χορήγηση και συνταγογράφηση φαρμάκων. Ενώ στο κοινωνικό ιατρείο ψυχικής υγείας παρέχονται υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχικής στήριξης από επιστημονικό προσωπικό ψυχικής υγείας, (ψυχολόγους, ψυχιάτρους).

Άλλα επιπλέον προγράμματα στήριξης που λειτουργούν με μέριμνα του ΚΥΑΔΑ, αφορούν δωροεπιταγές οι οποίες αποτελούν δωρεά του σουπερ μάρκετ Σκλαβενίτη, αλλά και δωροεπιταγές από το Ίδρυμα Αγγελικούση για την στήριξη οικογενειών. Σημαντική είναι και η συνεισφορά των φορέων ‘Μαζί για το παιδί’ και το ‘Μπορούμε’ . Στις εθελοντικές οργανώσεις που στηρίζουν έμπρακτα το έργο του ΚΥΑΔΑ, περιλαμβάνεται και η ομάδα εθελοντισμού ‘Στήριξη’ όπου εκτός των υπολοίπων δράσεων έχει προχωρήσει και στην αναδοχή 30 ευάλωτων οικογενειών . Η επίπτωση της πανδημίας Covid-19 οδήγησε πολλές οικογένειες στο να βιώσουν την οικονομική αβεβαιότητα, σε αυτές τις συνθήκες ο ΚΥΑΔΑ μέσω υλοποίησης δύο νέων προγραμμάτων παρέχει στήριξη σε επιπλέον 480 οικογένειες, οι 140 οικογένειες με ανήλικα παιδιά στηρίζονται υλικά ανά δύο εβδομάδες και για ένα εξάμηνο με πακέτα τροφίμων και προϊόντα ατομικής υγιεινής και ψυχολογικά με συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη μέσω επικοινωνίας με κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους, οι χορηγίες των υλικών αγαθών προσφέρονται από την Tasty Foods και Pepsico HBH, σε συνεργασία με τον ΚΥΑΔΑ. Οι 340 οικογένειες λαμβάνουν επίσης, εκτός από ψυχοκοινωνική υποστήριξη, ανά 15 ημέρες προϊόντα για την κάλυψη βασικών αναγκών όπως διατροφή και υγιεινής από την Lidl Ελλάς. Τέλος αξίζει να αναφέρουμε ότι προκειμένου ένας που βρίσκεται σε καθεστώς αστεγίας ,να αιτηθεί για την χορήγηση του ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος ή ακόμα και την παράταση επιδόματος πρόνοιας, θα πρέπει να διαθέτει επίσημο έγγραφο αστεγίας τελευταίου εξαμήνου το οποίο δίνεται από την κοινωνική υπηρεσία του ΚΥΑΔΑ κατόπιν έρευνας, εν συνεχεία ο ενδιαφερόμενος προσκομίζει το συγκεκριμένο χαρτί μαζί με τα υπόλοιπα δικαιολογητικά που απαιτούνται στον αρμόδιο υπάλληλο του κέντρου κοινότητας προκειμένου να προχωρήσει η αίτηση. Στην περίπτωση εγκεκριμένης αιτήσεως ο δικαιούχος λαμβάνει το ποσό των 200 ευρώ τα μισά χρήματα αντιστοιχούν σε μετρητά που κατατίθενται σε τραπεζικό λογαριασμό και τα άλλα μισά σε προπληρωμένη κάρτα για αγορά τροφίμων, η κάρτα αυτή αποστέλλεται

στην διεύθυνση που έχει δηλώσει ο άστεγος και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ατόμων που είναι άστεγοι του Δήμου Αθηναίων, στον ΚΥΑΔΑ από όπου την παραλαμβάνει. <http://www.cityofathens.gr/node/320>

3.5. Το εθνικό κέντρο κοινωνικής αλληλεγγύης (Ε.Κ.Κ.Α)

Το εθνικό κέντρο κοινωνικής αλληλεγγύης (Ε.Κ.Κ.Α) συστάθηκε το 2003, με το άρθρο 6 Ν.3106/2003 (ΦΕΚ.30Α) ως Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας, (Ε.Κ.Α.Κ.Β), και το 2005, με το άρθρο 20 Ν..3402/2005 (ΦΕΚ 258Α), μετονομάστηκε σε Ε.Κ.Κ.Α. Σύμφωνα με τον οργανισμό του (ΠΔ 22/7-2-2006, τ. Α ΦΕΚ 18), το Ε.Κ.Κ.Α αποτελεί ΝΠΔΔ, υπάγεται στο Υπουργείο Εργασίας κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής αλληλεγγύης, Ν.4052/12. Το Ε.Κ.Κ.Α ιδρύθηκε ώστε να αποτελέσει τον οργανισμό που θα δικτυώσει τις κοινωνικές υπηρεσίες προστασίας ευάλωτων και ευπαθών ομάδων ώστε να λαμβάνουν την μέγιστη δυνατή και πλήρη υποστήριξη. Το 2010 στο Ε.Κ.Κ.Α βάση του Ν.3895/2010 (ΦΕΚ 206/τΑ), εντάχθηκε, το Εθνικό Παρατηρητήριο Ατόμων με Αναπηρία το οποίο αποτελεί Ν.Π.Ι.Δ, σκοπός ένταξης ήταν να λειτουργήσει ως ένας ελεγκτικός μηχανισμός σχετικά με την ισότιμη μεταχείριση, την εφαρμογή των μέτρων στα δικαιώματα των Α.μ.Ε.Α, καθώς και την ισότιμη πρόσβαση τους στην αγορά εργασίας στο κοινωνικό και οικονομικό γίνεσθαι αλλά και κατά πόσο πληρούνται οι προδιαγραφές ώστε να μην αντιμετωπίζουν προβλήματα πρόσβασης σε υπηρεσίες και στο ευρύτερο περιβάλλον. Το 2011 στην αρχή της κρίσης εντάχθηκε και ο κοινωνικός ξενώνας ΚΑΡΕΑ βάση του Ν. 4025/2011(ΦΕΚ 228/τ. Α') με σκοπό την συνεργασία για παροχή υπηρεσιών σε άτομα τα οποία βρίσκονται σε καθεστώς αστεγίας. Συνοψίζοντας, οι υπηρεσίες του Εθνικού κέντρου κοινωνικής αλληλεγγύης στοχεύουν :

- 1 Στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη και συμβουλευτική μεμονωμένων ατόμων ή οικογενειών που βρίσκονται σε ευάλωτη κατάσταση και βιώνουν τον κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού.
- 2 Παροχή πληροφοριών σχετικά με προγράμματα και υπηρεσίες πρόνοιας, και διασύνδεση με αυτές.
- 3 Σχεδιασμός παρεμβάσεων πρόληψης και ενημέρωσης για την εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού.
- 4 Εποπτεία και αξιολόγηση των υπηρεσιών πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης, υπό την εποπτεία του αρμόδιου Υπουργείου.

- 5 Ανάπτυξη στοχευόμενων δράσεων με τη συνεργασία οργανισμών πρόνοιας για την παροχή ολοκληρωμένης και ποιοτικής φροντίδας.
- 6 ‘Ανάπτυξη δράσεων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης για τον πολίτη – χρήστη και τους φορείς παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας’.
- 7 Ανάπτυξη ολοκληρωμένων σχεδίων δράσεων για την αντιμετώπιση συνθηκών φτώχειας των ευάλωτων νοικοκυριών και ατόμων.
- 8 Αξιολόγηση των παρεμβάσεων και επίτευξης στόχων ,έσω των δράσεων που έχουν σχεδιαστεί και υλοποιηθεί και προτάσεις επανασχεδιασμού όπου κρίνεται αναγκαίο, η έκθεση πραγματοποιείται και υποβάλλεται το πρώτο δίμηνο κάθε έτους προς τα τμήματα: Διεύθυνσης κοινωνικής ένταξης και κοινωνικής συνοχής και της διεύθυνσης καταπολέμησης της φτώχειας του Υπουργείου εργασίας, κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής αλληλεγγύης.

<http://www.ekka.org.gr/index.php/about/2018-05-11-06-34-05>

3.6. Ο ρόλος του ΟΑΕΔ.

Ο οργανισμός απασχόλησης εργατικού δυναμικού αποτελεί έναν δημόσιο οργανισμό, ο οποίος εποπτεύεται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Ο κύριος σκοπός ίδρυσης του ΟΑΕΔ ήταν η απασχόληση , η ανάπτυξη εργατικού δυναμικού της χώρας και η καταπολέμηση της ανεργίας, με την πάροδο όμως των χρόνων και με τις απαιτήσεις για κοινωνική προστασία και την ανάγκη ανάπτυξης νέων προγραμμάτων για τις ευάλωτες ομάδες να μεγαλώνουν, ο ρόλος του οργανισμού αναβαθμίστηκε σημαντικά με το σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων και προγραμμάτων, εκτός αυτών που αφορούν την απασχόληση των ανέργων. Η υπηρεσίες ευρέσεως εργασίας λειτούργησαν πρώτη φορά το 1922 , χωρίς όμως να διαθέτουν νομοθετικό πλαίσιο και πόρους, εν συνέχεια η πορεία του οργανισμού εξελίσσεται ως εξής:

Ιστορική εξέλιξη του ΟΑΕΔ.

Το 1955 συστήνεται με το Νομοθετικό διάταγμα (ΝΔ) 2961/54, ο οργανισμός απασχολήσεως και ασφαλίσεως της ανεργίας ως ΝΠΔΔ, το οποίο υπάγεται στο Υπουργείο Εργασίας.

Το 1969 ο ΟΑΑΑ αντικαθιστάται από τον ΟΑΕΔ με το ΝΔ 212/69, τότε λειτούργησαν υπό νέες σύγχρονες προϋποθέσεις και καινοτόμες προδιαγραφές τα νέα γραφεία εργασίας. (ΒΔ, 405/18.06.71).

Το 1996 με τον Ν 2434/96, ο ΟΑΕΔ οριστικέ ως ο εθνικός φορέας απασχόλησης, καθώς και η νέα τριμερούς εκπροσώπησης σύνθεση του Διοικητικού συμβούλιου.

Το 2001, ο ΟΑΕΔ έλαβε την μορφή που έχει σήμερα με τον (ν. 2956/2001), τα κέντρα προώθησης της απασχόλησης αντικατέστησαν τα γραφεία ευρέσεως εργασίας.

Το 2003 δημιουργήθηκε υπηρεσία ΚΠΑ προκειμένου να συντονίσουν την οργάνωση και λειτουργία των κέντρων, τα κριτήρια λειτουργίας συμβαδίζουν με την λογική λειτουργίας της ιδιωτικής οικονομίας.

Το 2006 τα κέντρα προώθησης της απασχόλησης ΚΠΑ μετονομάστηκαν σε ΚΠΑ2, (ν. 3518/2006), ώστε να μετεξελιχθούν σε one -stop shops, υπηρεσίες μιας στάσης για την προώθηση της απασχόλησης στις επιδοματικές πολιτικές.

Με το πρόγραμμα χρηματοδότησης ΕΣΠΑ 2007-2013 οι υπηρεσίες και αναπτυξιακών προγραμμάτων στο πλαίσιο ελέγχου διαχείρισης και εφαρμογής, πιστοποιούνται με το σύστημα διασφάλισης ISO 9001-2008

Το 2011 η ειδική υπηρεσία ΚΠΑ αντικαταστάθηκε από τη Διεύθυνση Συντονισμού και Ανάπτυξης Δικτύου Υπηρεσιών Απασχόλησης, στο πλαίσιο μετατροπής των ΚΠΑ2 σε υπηρεσίες εξυπηρέτησης μίας στάσης. (ν. 3996/2011).

Το 2013 με τον Ν.4144, ο ΟΑΕΔ αποκτά όλα τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των οργανισμών εργατικής εστίας, Ο.Ε.Ε. και οργανισμού εργατικής κατοικίας, οι οποίοι έχουν καταργηθεί από 14.1.2012

Πηγή: <http://www.oaed.gr/istorike-exelixe>

ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΟΑΕΔ

Ο ΟΑΕΔ για την ανακούφιση και στήριξη των ασθενέστερων ομάδων διαθέτει πληθώρα προγραμμάτων και υπηρεσιών που αφορούν την απασχόληση, υπηρεσίες συμβουλευτικής, πρόγραμμα στέγασης, δράσεις στήριξης των παιδιών, προγράμματα για την ψυχαγωγία, διασυνδέσεις με φορείς. Τα σημαντικότερα προγράμματα που διαθέτει ο οργανισμός για την βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των πολιτών είναι:

ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ - ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ

Επίδομα ανεργίας : Το επίδομα ανεργίας παρέχεται στους πολίτες που είτε έληξε η σύμβαση εργασίας τους είτε απολύθηκαν, για να το αιτηθούν θα πρέπει να είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα του οργανισμού και να είναι ικανοί προς εργασία, η διάρκεια καταβολής καθώς και το ύψος του επιδόματος μπορεί να διαφέρει καθώς εξαρτάται από τον αριθμό ενσήμων και από την οικογενειακή κατάσταση του ωφελούμενου, το βασικό επίδομα ανεργίας ορίζεται στα 399,25 ευρώ.

Επίδομα μακροχρόνιων ανέργων: Δικαιούχοι αυτού του επιδόματος είναι όσοι άνεργοι λάμβαναν την επιδότηση ανεργίας των 12 μηνών, βρίσκονται στα ηλικιακά όρια 20-66 ετών και το ύψος το επιδόματος δεν μπορεί να ξεπερνά τα 200 ευρώ.

Ειδικό βοήθημα τρίμηνης παραμονής στα μητρώα ανέργων του ΟΑΕΔ: Η παροχή αυτή δεν ορίζεται ως επίδομα αλλά ως βοήθημα, η καταβολή του γίνεται μια φορά ανά τρεις μήνες το συνολικό ύψος ορίζεται στα 720 ευρώ (240*3). Οι προϋποθέσεις χορήγησης είναι να έχει τουλάχιστον 60 ημέρες ασφάλισης ανεργίας στο έτος που πέρασε, να μην είναι δικαιούχος άλλου επιδόματος ανεργίας και το ετήσιο εισόδημα να μην ξεπερνά τις 12,325.75.

Ειδικό εποχικό επίδομα: Αφορά την παροχή επιδόματος ορισμένων επαγγελματιών που ασκούνται εποχικά, ορισμένα εξ αυτών των επαγγελματιών αφορούν κλάδους : Οικοδομής και συναφή, δασεργάτες, μουσικούς που να ανήκουν σε επαγγελματικό σωματείο, ειδικοτήτων που απασχολούνται στον κινηματογράφο,, εργαζόμενους στον τουριστικό και επισιτιστικό τομέα.

- Ειδικό βοήθημα αποφυλακισθέντων
- Ειδικό βοήθημα λόγω επίσκεψης ή διακοπής της εργασίας
- Ειδικό βοήθημα μετά την λήξη της τακτικής επιδότησης ανεργίας

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1112&langId=el&intPageId=4571>

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ

Κοινωνικό πρόγραμμα: κοινωνικό πρόγραμμα είναι πρόγραμμα που απευθύνεται σε πολίτες που ανήκουν στα μητρώα ανέργων του ΟΑΕΔ είναι διάρκειας 8 μηνών και σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις δύναται να παραταθεί, η βασική μισθοδοσία

ανεξάρτητου ειδικότητας, εμπειρίας και κοινωνικών κριτηρίων ορίζεται στα ίδια επίπεδα, στο ποσό των 547 ευρώ, το ποσό αυτό ορίστηκε μόλις το 2019 μετά και από την διάταξη αύξησης του κατώτατου μισθού, συνεπώς ο μισθός του κοινωφελούς προγράμματος ορίστηκε από τα 496 στα 547 ευρώ. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εκτός από την μισθοδοσία περιλαμβάνει και ορισμένες δράσεις ενδυνάμωσης και συμβουλευτικής προκειμένου να αποκτήσουν επιπλέον δεξιότητες για την αγορά εργασίας, αυτές οι δράσεις αφορούν: Την συμβουλευτική μέσω επικοινωνίας με εργασιακούς συμβούλους του ΚΠΑ, και σεμινάρια πιστοποίησης και κατάρτισης, η διάρκεια τους είναι 120 ώρες και στόχος είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων στον τομέα πληροφορικής και επικοινωνίας. Το πρόγραμμα αυτό καλύπτει μεγάλο ποσοστό ανέργων κάθε κατηγορίας, αφορά κυρίως την απασχόληση σε δήμους, τα τελευταία 2 χρόνια 65.000 άνεργοι ωφελήθηκαν μέσω αυτού του προγράμματος. Μέσω των προγραμμάτων 2018-2019 και 2019-2020. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι από τα σημαντικότερα καθώς απευθύνεται κυρίως σε άνεργους που πληρούν κυρίως κοινωνικά κριτήρια όπως η ανεργία, σύνθεση νοικοκυριού, άτομα ειδικής κατηγορίας των μητρώων ΑΜΕΑ που είναι σε θέση να απασχοληθούν.

Προγράμματα απασχόλησης νέων 18-29: Αφορά άτομα ηλικίας 18-29 ετών, η διάρκεια απασχόλησης είναι οι 12 μήνες και η επιδότηση μισθοδοσίας ανέρχεται στο 75%.

Πρόγραμμα απασχόλησης μακροχρόνια ανέργων 55-67: Οι ωφελούμενοι απασχολούνται σε νομικά πρόσωπα και οργανισμούς δημόσιου δικαίου, με διάρκεια 12 μηνών με δυνατότητα παράτασης 12 επιπλέον μηνών. Η επιδότηση ανέρχεται στο 75% επί του ποσού των 750 ευρώ.

Πρόγραμμα απασχόλησης ευπαθών κοινωνικών ομάδων: Οι ωφελούμενοι του προγράμματος είναι άτομα με ειδικές ανάγκες, αποφυλακισμένοι, άτομα νεαρά που βρίσκονται σε κίνδυνο παραβατικότητας, άτομα τα οποία έχουν απεξαρτηθεί από ουσίες. Η διάρκεια του προγράμματος είναι 12 μήνες με δυνατότητα παράτασης άλλους 12, και το ύψος της επιδότησης αγγίζει το 90%.

<http://www.oaed.gr/documents/10195/1214512/%CE%95%CE%9A%CE%9F-%CE%95%CE%9D%CE%97%CE%9C%CE%95%CE%A1%CE%A9%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%9F.pdf/1b966937-d5fe-4cca-ad2a-3c3dfd599388>

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΟΑΕΔ

Στις κοινωνικές παροχές του ΟΑΕΔ περιλαμβάνονται προγράμματα όπως

- ✓ Ο κοινωνικός τουρισμός
- ✓ Βρεφονηπιακοί σταθμοί
- ✓ Παιδικές κατασκηνώσεις
- ✓ Στεγαστική πολιτική

Ο κοινωνικός τουρισμός του ΟΑΕΔ είναι ένα πρόγραμμα μέσω του οποίου οι ωφελούμενοι που επιλέγονται βάση κριτηρίων, λαμβάνουν κωδικοποιημένη επιταγή με την οποία έχουν την δυνατότητα να επιλέξουν ένα τουριστικό προορισμό με βάση τα συμβεβλημένα με τον οργανισμό καταλύματα και έχει διάρκεια ως 6 ημέρες. Ξεκίνησε να εφαρμόζεται το 1983 ως κοινωνικό πρόγραμμα του οργανισμού εργατικής εστίας, οι ωφελούμενοι ανήκουν κυρίως στις κατηγορίες των ανέργων, των χαμηλόμισθων και των χαμηλοσυνταξιούχων, η αρμοδιότητα του προγράμματος πέρασε μαζί με τις υπόλοιπες του οργανισμού εργατικής εστίας, στον ΟΑΕΔ το 2012. Ο ενδιαφερόμενος μπορεί να λάβει την επιταγή ανά δύο έτη, εκτός από τους πολίτες που ανήκουν στην κατηγορία των ΑΜΕΑ, οι οποίοι δικαιούνται την παροχή κάθε χρόνο, αρκεί να διαθέτουν βεβαίωση ΚΕΠΑ και να είναι στα μητρώα ΑΜΕΑ, ΟΑΕΔ.

https://www.oee.gr/koinonikos_tourismos.html

ΠΑΙΔΙΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ

Ο θεσμός των παιδικών σταθμών ξεκίνησε το 1984, ο σκοπός δημιουργίας τους ήταν να ωθήσει την γυναικεία απασχόληση με την συμμετοχή των γυναικών στην κοινωνικό οικονομική ζωή της χώρας. Από το 1984 ως σήμερα έχουν ιδρυθεί 25 βρεφονηπιακοί σταθμοί στην Αττική και σε όλη την επικράτεια της χώρας, όλες σχεδόν οι δομές φιλοξενίας των βρεφονηπιακών σταθμών ανήκουν στον οργανισμό, οι ηλικίες που φιλοξενούνται κυμαίνονται από 8 μηνών ως 2,5 ετών και 2,5 ετών ,ως την εγγραφή στο νηπιαγωγείο.

ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ

Είναι πρόγραμμα που αφορά μικρά παιδιά ηλικίας 6-16 ετών, η διαμονή των παιδιών δεν μπορεί να ξεπερνά τις 15 ημέρες, για την αίτηση θα πρέπει οι ωφελούμενοι να έχουν συμπληρώσει 50 ημέρες ασφάλισης, ή να έχουν λάβει δίμηνη επιδότηση ανεργίας ή 50 ημέρες ειδικής παροχής προστασίας.

Πηγή : www.oaed.gr ,

ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Αν και ο ΟΑΕΔ έχει πλέον από το 2012 αποκτήσει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της εργατικής εστίας και του οργανισμού εργατικής κατοικίας καθώς έχουν καταργηθεί, η ιστορική εξέλιξη των φορέων αυτών ξεκινά πολλές δεκαετίες πριν, καθώς η στεγαστική πολιτική δεν αφορά τα τελευταία 10-20 χρόνια αλλά πολύ περισσότερο. Οι πρώτες παρεμβάσεις στον τομέα στέγασης μέσω του οργανισμού εργατικής κατοικίας έγιναν το 1951-1952 με τους ΑΝ/1667/51 και 2063/53, έτη τα οποία ξεκινούν οι βάσεις για την αντιμετώπιση των θεμάτων κατοικίας ενός μέρους του πληθυσμού που είχαν ανάγκη, έτσι το 1954 ιδρύεται ο οργανισμός εργατικής κατοικίας οποίος λειτουργεί ως ΝΠΔΔ και υπάγεται στο Υπουργείο Εργασίας, . ΦΕΚ 195Α/1954). Η ίδρυση του ΟΕΚ αποσκοπούσε αρχικά στην παραχώρηση κατοικίας σε άστεγους εργατοϋπαλλήλους και δυνατότητα δανείων στη συνέχεια ώστε να αποκτήσουν την δική τους κατοικία. Από το 1954 που ιδρύθηκε ο ΟΕΚ έως και το 1983 διατέθηκαν σε ωφελούμενους περίπου 25.569 κατοικίες, και 104.000 οικογένειες απέκτησαν την δυνατότητα δανείου για κατοικία. (Κοτζαμάνης, Μαλουτάς, χ.χ). Αντίθετα με τον ΟΕΚ ο οργανισμός εργατικής εστίας χρονολογείται πολύ πριν από τον οργανισμό εργατικής κατοικίας. Συγκεκριμένα ο νόμος ίδρυσης θεσμοθετείται το 1931, Ν.5204, ξεκίνησε 6 χρόνια αργότερα , ενώ ταυτόχρονα βάση του Β.Δ, 27 Ιουνίου-21 Ιουλίου 1937, προωθεί δράσεις ψυχαγωγίας δια μέσου του οργανισμού, καθώς και την εισφορά από πλευράς των εργοδοτών. Ο Ν.3467/30-31 επαναφέρει τον οργανισμό σε καθεστώς ΝΠΔΔ και τους στόχους στέγασης και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων των απασχολούμενων, το 1977 ο Ν.678.1977, δρομολογεί ξανά τις ρυθμίσεις όπως αυτές υπήρχαν πριν την προηγούμενη νομοθεσία η οποία καταργείται σε ένα μεγάλο μέρος, οι υποχρεώσεις υπέρ των συνδικαλιστικών οργανώσεων για μια σειρά δράσεων όπως:

- *Εξασφάλιση στέγης*

- Πληρωμή εξόδων θέρμανσης
- Κάλυψη δαπανών για επίπλωση και εξοπλισμό σπιτιού
- Οικονομική κάλυψη για σεμιναρίων

Καθολική συμμετοχή στις δαπάνες είχαν ο ΟΔΕΠΕΣ ο οποίος καταργήθηκε το 1982 με τον Ν.1264/82 και η εργατική εστία η οποία ανέλαβε όλα τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις αποκλειστικά. (Σαρμίδα , Καλυβά, 2001). Με την κατάργηση του οργανισμού διαχείρισης ειδικών πόρων εργασιακών σωματείων όλοι οι εργαζόμενοι απέκτησαν το δικαίωμα εργασιακής ένταξης στον οργανισμό εργατικής εστίας διατηρώντας τις ίδιες απολαβές.

<https://www.e-forologia.gr/lawbank/document.aspx?digest=C044C0200E43578C.27DF74CC34D8&version=1982/07/01>

3.7 Ο ρόλος της Εκκλησίας.

Η Εκκλησία της Ελλάδος από τους ιστορικούς χρόνους ως και σήμερα έχει επιτελέσει σημαντικό κοινωνικό έργο. Από την εποχή του Πάτερ Κοσμά του Αιτωλού ο οποίος συνέβαλε τα μέγιστα στην φιλανθρωπία μέσω σχολείων και ορφανοτροφείων . Με την ανάληψη της διακυβέρνησης ο Ιωάννης Καποδίστριας έδωσε προτεραιότητα στην ανασύνταξη του κράτους μέσω της κοινωνικής πρόνοιας , σε αυτό συνέβαλε ενεργά και με ιδιαίτερη θέρμη η Εκκλησία, πέραν των ήδη ανεγερθέντων ιδρυμάτων και σχολείων , η Εκκλησία δώρισε τα υπάρχοντα της και την γη που της ανήκε με σκοπό την ανέγερση σημαντικών δομών προστασίας όπως νοσοκομεία, ιδρύματα παιδών, αλλά και με συμβολή ανθρώπινου δυναμικού προσφέροντας σημαντική κοινωνική φροντίδα στους ανθρώπους που είχαν ανάγκη. Ο ρόλος της Εκκλησίας υπήρξε καταλυτικός στον τομέα της προστασίας ειδικά μέχρι το 1922 που το κράτος επεδίωκε την σύσταση του κοινωνικού κράτους. (Κοτσώνης, 2014). Στα δύσκολα χρόνια που ακολούθησαν με την μεσολάβηση του εμφυλίου καθώς και με τους παγκοσμίους πολέμους δεν ήταν εφικτή η ανάπτυξη ενός ισχυρού κράτους με προνοιακού χαρακτήρα, πλην της κρατικής μέριμνας με ορισμένες δομές προστασίας των παιδιών η παρουσία της κρατικής προστασίας ήταν ελάχιστη, η κοινωνική πρόνοια ασκούταν στο σύνολο της από την Εκκλησία και την συνδρομή φιλάνθρωπων, εκτός από την διανομή φαγητού , ιματίων και φαρμάκων, εκείνη την

εποχή ανεγέρθησαν σπουδαίες δομές που μέχρι σήμερα προσφέρουν περίθαλψη και φροντίδα όπως τα νοσοκομεία Ευαγγελισμός και Ερυθρός Σταυρός. Η κοινωνική δράση της Εκκλησίας συνεχίζεται και μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου με δημιουργία υπηρεσιών πρόνοιας. (Μιχαήλ, 2019). Σήμερα μέσω των μητροπόλεων οι οποίες έχουν συγκροτήσει δομές και φιλανθρωπικά ταμεία η Εκκλησία προσφέρει υπηρεσίες φροντίδας σε κάθε άνθρωπο που έχει ανάγκη. Ορισμένοι από τις σημαντικότερες δομές της Εκκλησίας που ασκούν φιλανθρωπικό έργο σήμερα είναι. Τα γενικά φιλόπτωχα ταμεία: Στην Ελλάδα υπάρχουν 3,2235 ενοριακά ταμεία που μέσω οικονομικών βοηθημάτων προσφέρουν οικονομική βοήθεια σε άπορους που έχουν πραγματικά ανάγκη, ενώ στηρίζουν μέσω οικονομικής ενίσχυσης φοιτητές, άπορους ηλικιωμένους, ορφανά, εκτός των χρημάτων παρέχουν φαρμακευτική περίθαλψη καθώς σίτιση. (Κοτσώνης, 2014). Στην Αθηνά επίσης λειτουργεί το γενικό φιλόπτωχο ταμείο της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών το οποίο διαθέτει μια σειρά από πολύτιμες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Κοινωνικό φαρμακείο: Μέσω του κοινωνικού φαρμακείου οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες που ανήκουν σε μία εκ των 152 ενοριών της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών, μπορούν να λαμβάνουν δωρεάν τα φάρμακα τους. Οι αιτήσεις υποβάλλονται στην κοινωνική υπηρεσία του γενικού φιλόπτωχου ταμείου .

Ιμάτιο : Πρόκειται για μία υπηρεσία που έχει ως σκοπό την διανομή ρούχων σε αστέγους και άπορους, μέσω του καταστήματος στην οδό Κουμουνδούρου, ενώ σε συχνά διαστήματα μέσω εθελοντών και προσωπικού της Αρχιεπισκοπής που μεταβαίνουν σε διάφορες περιοχές, διανέμονται ρούχα και κουβέρτες σε αστέγους.

Κοινωνικό οδοντιατρείο: Η υπηρεσία εγκαινιάστηκε μόλις το 2016, αποσκοπεί παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε ασθενέστερους οικονομικά πολίτες, όπως και στην υπηρεσία ΙΜΑΤΙΟ και του κοινωνικού φαρμακείου οι αιτήσεις και έκδοση κάρτας γίνεται από την κοινωνική υπηρεσία του φιλόπτωχου.

Στέγη κατάκοιτων γερόντων: Ιδρύθηκε το 1974 επί αρχιεπισκόπου Αθηνών και πάσης Ελλάδος Σεραφείμ, ο σκοπός του είναι η παροχή προστασίας και περίθαλψης σε άτομα τρίτης ηλικίας τα οποία στερούνται υποστηρικτικού περιβάλλοντος και ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικό οικονομικά ομάδες. Ενώ προαιρετικά δίνεται η δυνατότητα θρησκευτικής διαπαιδαγώγησης.

Κοινωνική υπηρεσία : Μέσω της κοινωνικής υπηρεσίας οι πολίτες που χρήζουν κοινωνικής υποστήριξης μπορούν να λάβουν βοήθεια που αφορά οικονομικά βοηθήματα ειδικά σε περιπτώσεις που υπάρχει λόγος υγείας ή αδυναμίας κάλυψης εκτάκτων αναγκών, έκδοση καρτών για χρήση των υπηρεσιών φαρμακείου, μάτιο και οδοντιατρείο, συμβουλευτική στήριξη, διασύνδεση και παραπομπή σε υπηρεσίες πρόνοιας, επιπλέον ανά χρονικά διαστήματα υπάρχει η δυνατότητα διανομής τροφίμων που προέρχονται από χορηγίες,

Βρεφονηπιακός σταθμός: Τα τελευταία 22 χρόνια λειτουργεί ο βρεφονηπιακός σταθμός της ΙΑΑ, σε συνεργασία με το Βαφειαδάκειο, το σταθμός έχει δυνατότητα φιλοξενίας ως 180 παιδιών.

Πηγή: <http://www.filoptocho.gr/index.php>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΕΝΤΡΙΚΕΣ ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΟΜΕΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΩΝ Α.μ.Ε.Α ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

4.1. Ορισμοί.

Ορισμός υγείας: Αν και δεν υπάρχει πλέον μόνο ένας ορισμός για να αποδώσει την έννοια της υγείας ο ορισμός που επικρατεί και είναι αποδεκτός από τους από την επιστημονική κοινότητα και τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (Π.Ο.Υ), είναι ο εξής : *Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας.* (Τσαλακοπούλου, Σαράφης, 2013). Εκτός του συγκεκριμένου και ευρέως αποδεκτού ορισμού υγεία' θα μπορούσε να οριστεί να αποδοθεί και μέσα από τρεις φράσεις- ορισμούς.

- 1 Η απουσία νόσου ή βλάβης
- 2 Η κατάσταση οπου ένα άνθρωπος έχει την ικανότητα να ανταπεξέλθει πλήρως στις καθημερινές του υποχρεώσεις, δραστηριότητες και ανάγκες. Δίχως να υπάρχει κάποια νόσος η αδυναμία του οργανισμού.
- 3 Η κατάσταση ισορροπίας που διατηρεί με επιτυχία το άτομο με τον εαυτό του και το ευρύτερο περιβάλλον που δραστηριοποιείται καθημερινά. (Sartorius, 2006).

Ορισμός αναπηρίας: Μπορούμε να αποδώσουμε τον ορισμό της αναπηρίας με βάση δύο προσεγγίσεις, η πρώτη αφορά την ιατρική προσέγγιση και η δεύτερη την κοινωνική προσέγγιση.

Ιατρική προσέγγιση: Συμφώνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας αναπηρία είναι η κατάσταση κατά την οποία το άτομο αδυνατεί να ανταπεξέλθει με πλήρη λειτουργικό τρόπο σε καθημερινούς τομείς που αφορούν την ζωή του και την κοινωνική του δράση, λόγω οργανικών και περιβαλλοντικών αιτιών που προκαλούν σοβαρή μειονεξία, οι τομείς περιλαμβάνουν την απασχόληση, την εκπαίδευση την ψυχαγωγία αλλά και την αυτοεξυπηρέτηση του ίδιου του ατόμου. Βάση αυτού του ορισμού έχει τεθεί η εξής ταξινόμηση για την κατανόηση της αναπηρίας του ατόμου.

- *Μειονέκτημα:* Ο Π.Ο.Υ την ορίζει ως την κάθε απώλεια, ουσίας ή αλλοίωση μίας δομής ή μιας ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής λειτουργίας.
- *Η ανικανότητα:* Ορίζεται η κατάσταση που αντιστοιχεί σε μερική ή ολική μείωση της ικανότητας στην εκτέλεση μιας δραστηριότητας, με συγκεκριμένο τρόπο ή μέσα στα όρια που θεωρούνται φυσιολογικά για την ανθρώπινη υπόσταση.
- *Το ελάττωμα:* Έρχεται σε ένα δεδομένο άτομο ως αποτέλεσμα μίας ανεπάρκειας ή μίας ανικανότητας που περιορίζει ή απαγορεύει την εκπλήρωση ενός φυσιολογικού ρόλου που είναι ομαλός(ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες) για το άτομο αυτό. (Στρογγύλος, χ.χ)

Κοινωνική προσέγγιση : Το κοινωνικό μοντέλο δίνει έμφαση στην διαφοροποίηση μεταξύ βλάβης αναπηρίας, η αναφορά στον όρο *βλάβη* παραπέμπει σε δυσλειτουργίες του οργανισμού, του σώματος και την απουσία επαρκών νοητικών λειτουργιών. Ο όρος *αναπηρία*, εστιάζει στον περιορισμό του ατόμου που προκαλείται από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες μιας κοινωνίας και οι οποίοι δεν του επιτρέπουν την ισότιμη συμμετοχή του στα κοινά και την δυνατότητα να αποκτήσουν την προοπτική μέσα από διαδικασίες ενδυνάμωσης προκειμένου να είναι λειτουργικοί. Συνεπώς η κοινωνική προσέγγιση αποσκοπεί στην απόδοση των αιτιών αποκλεισμού του ατόμου, στην κοινωνία και τους περιορισμούς που αυτή επιβάλλει. (Κουρτέση, 2013).

Βάση του Ελληνικού Συντάγματος και του νόμου 1566/1985, ΦΕΚ167/Α/30/9/1985. Ως άτομα με ειδικές ανάγκες θεωρούνται κατά την έννοια αυτού του νόμου, τα πρόσωπα τα οποία από οργανικά, ψυχικά ή κοινωνικά αίτια παρουσιάζουν καθυστερήσεις, αναπηρίες ή διαταραχές στη γενικότερη ψυχοσωματική κατάσταση ή στις επιμέρους λειτουργίες τους και σε βαθμό που δυσκολεύεται η παρεμποδίζεται σοβαρά η παρακολούθηση της γενικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης, η δυνατότητα ένταξής τους στην παραγωγική διαδικασία και η αλληλοαποδοχή τους με το κοινωνικό σύνολο.

https://www.minedu.gov.gr/publications/docs2018/EPAL_N_1566_1985.pdf

4.2. Ιστορική αναδρομή της αναπηρίας.

Η αναπηρία δεν είναι κάτι το οποίο συναντάται στον κόσμο τα τελευταία 100 ,200 χρόνια αλλά υπήρχε από την απαρχή του ανθρώπου, με διαφορά αντίληψης της σε κάθε εποχή, η κατανόηση της αναπηρίας σε διάφορες εποχές της ιστορίας πέρασε από διάφορα στάδια στην Ελλάδα, οι αντιλήψεις στην αντιμετώπιση αναπηρίας ήταν:

Αρχαία Σπάρτη: Τα παιδιά που γεννιόταν εκείνη την εποχή στην Αρχαία Σπάρτη, εκπαιδευόταν από μικρή ηλικία για να αποκτήσουν πολεμικές ικανότητες και να γίνουν σκληροί, όταν κάποιο από αυτά κατά την γέννηση του παρουσίαζε κάποιο σωματικό πρόβλημα ,η απόφαση ήταν να το ρίξουν στον Καιάδα αντί να εκπαιδευτεί.

Ως το 400 π.χ. : Ως το 400 π.χ. οι αρχαίοι έβλεπαν την αναπηρία σε κάποιον άνθρωπο ως σημάδι τιμωρίας από κάποιον θεό. Ο Ιπποκράτης κατέρριψε αυτόν τον μύθο μέσα από την μελέτη του αναδεικνύοντας την θεωρία του περί ασθένειας, ο ίδιος στην συνέχεια έδωσε βάρος στις περιπτώσεις παιδιών με ψυχικές και νοητικές παθήσεις.

Στην Βυζαντινή εποχή: Η αναπηρία στην εποχή του Βυζαντίου θεωρούταν ως τρόπος άφεσης αμαρτιών, τα παιδιά που αντιμετώπιζαν κάποια πάθηση είχαν το δικαίωμα ένταξης σε κάποιο από τα ιδρύματα της εποχής για την αντιμετώπιση της ασθένειας.

Στον Μεσαίωνα Την εποχή αυτή επανήλθε η διατύπωση της θεωρίας περί πνευμάτων είχε ως αποτέλεσμα, τα άτομα τα οποία αντιμετώπιζαν κάποιας μορφής αναπηρία να τεθούν στην κρίση της 'Ιεράς εξέτασης' με αποτέλεσμα την βάνανση τιμωρία τους .

Ο 18^{ος} αιώνας : Ήταν η εποχή οπού η ευθύνη για την εμφάνιση αναπηρίας στο παιδί αφορούσε τον ανέντιμο βίο των γονέων τους. Παράλληλα κάνει την εμφάνιση της η Ειδική αγωγή μέσω δημιουργίας των ειδικών σχολείων για τυφλά και κωφά παιδιά.

Ο 19^{ος} αιώνας : Βρίσκει την Ελλάδα σε μία πολύ δύσκολη περίοδο, η Μικρασιατική καταστροφή είχε ως αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι εκτός των άλλων προβλημάτων που αντιμετώπιζαν, να νοσήσουν και πολλοί να μείνουν ανάπηροι. Το νεοσύστατο τότε Υπουργείο Υγείας εστίασε στην ανάπτυξη δομών και θέσπιση πολιτικής για την περίθαλψη των προσφύγων , ασθενών και αναπήρων. Το 1937 μέσω εκπαίδευσης από την πρώτη σχολή Κοινωνικής πρόνοιας, οι μαθητές παρείχαν φροντίδα στους ανθρώπους που έπασχαν από ασθένειες και αντιμετώπιζαν τον κίνδυνο αναπηρίας .

Τον 20^ο αιώνα : Οι συνέπειες του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου είχαν ως αποτέλεσμα μία στασιμότητα στην προσπάθεια ανάπτυξης κοινωνικής πρόνοιας, το τέλος του βρίσκει Κράτος και Εκκλησία να γίνονται αρωγοί της κοινωνικής προστασίας ,συμβάλλοντας

από κοινού στην σύσταση δομών στελεχωμένα από κοινωνικούς λειτουργούς. .
(Παπαγεωργίου, χ.χ.).

ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.

Η αναπηρία μπορεί να παρουσιαστεί σε κάποιο άτομο σε διαφορετική χρονικά περίοδο της ζωής τους , είτε να γεννηθούν με κάποιο πρόβλημα υγείας το οποίο την προκαλεί, είτε μέσα στην πάροδο του χρόνου εξαιτίας κάποιας κληρονομικής νόσου ή κάποιου δυστυχήματος ή να πρόκειται για συγγενείς αναπηρίες. Η διάκριση των αναπηριών περιλαμβάνει μορφές, οι οποίες ταξινομούνται ως εξής.



A. Σωματικές αναπηρίες

Αυτές χωρίζονται σε :

- *i. Κινητικές* (τετραπληγίες, παραπληγίες, κλπ.)
- *ii. Αναπηρίες λειτουργίας εσωτερικών συστημάτων* (καρδιοπάθειες, φυματίωση, νεφρική ανεπάρκεια κλπ.)
- *iii. Χρόνιες δερματικές παθήσεις*
- *iv. Αναπηρίες στην ομιλία*
- *v. Ιδιόμορφες χρόνιες παθήσεις* (επιληψία, λέπρα κλπ.)
- *vi. Αναπηρίες αισθητηρίων οργάνων* (τυφλότητα, βαρηκοΐα κλπ.)

B. Ψυχικές και πνευματικές (διανοητικές) αναπηρίες

Αυτές διακρίνονται σε:

- *i. Νευρώσεις και ψυχώσεις* (σχιζοφρένιες, συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής)
- *ii. Διανοητικές καθυστερήσεις*

Πηγή : <https://slideplayer.gr/slide/16130557/> (Εικόνα 8).

4.3. Δικαιώματα και προγράμματα στήριξης των ΑΜΕΑ.

Για την βελτίωση του επιπέδου ζωής των ατόμων με ειδικές ανάγκες, έχουν θεσμοθετηθεί μία σειρά παροχών από τους αρμόδιους κρατικούς φορείς σε συνεργασία με τις υπηρεσίες πρόνοιας, οι παροχές αυτές περιλαμβάνουν μέριμνα για προγράμματα και επιδόματα καθώς και πολιτικές για ισότιμη πρόσβαση των ΑΜΕΑ.

Επιδοματική πολιτική : Η επιδοματική πολιτική αφορά την οικονομική ενίσχυση των ατόμων με αναπηρία, τα επιδόματα αναπηρίας διακρίνονται ως ακολούθως στα εξής:

Επίδομα βαριάς αναπηρίας: Το πόσο της οικονομικής ενίσχυσης ανέρχεται στα 313 ευρώ κάθε μήνα, για να αιτηθεί κάποιος για το επίδομα βαριάς αναπηρίας πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις, βασική προϋπόθεση αποτελεί η απόφαση των

ΚΕΠΑ, η οποία να είναι σε ισχύ και να το ποσοστό της γνωμάτευσης α) να είναι 67% και άνω για σωματική, ψυχική ή νοητική ασθένεια , β) ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω για χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, ανεξαρτήτου του διατροφικού επιδόματος, γ) διαβήτη τύπου 2 , ινσουλινο εξαρτημένοι με ποσοστό αναπηρίας, 50% και άνω. Για την πρώτη περίπτωση ο ωφελούμενος δικαιούται την οικονομική ενίσχυση εφόσον δεν απασχολείται σε οποιαδήποτε εργασία εξαιρουμένων των κοινωφελών προγραμμάτων που εγκρίνονται από τον ΟΑΕΔ και έχουν διάρκεια 8 μηνών. Ν.4331/2015. Στην δεύτερη περίπτωση η δυνατότητα απασχόλησης σε κάθε μορφή εργασίας δεν αναιρεί το δικαίωμα λήψης του επιδόματος αν η εργασία συμβάλει στην κοινωνική επανένταξη και ψυχική αποκατάσταση του ασθενούς. Τέλος για την χορήγηση του επιδόματος ο δικαιούχος θα πρέπει να πληροί ορισμένες προϋποθέσεις επιπλέον όπως, να μην λαμβάνει οικονομική ενίσχυση από άλλον φορέα τους δημοσίου , να μην περιθάλπεται σε κάποιο Προνοιακό ίδρυμα για διάστημα άνω των 3 μηνών και να μην απουσιάζει στο εξωτερικό για χρονικό διάστημα άνω των 6 μηνών. (<https://opeka.gr/atoma-me-anapiria/atoma-me-anapiria-paroches/>). Ο νόμος για την παροχή επιδομάτων αναπηρίας θεσμοθετήθηκε το 1986 , Ν.1599/1986 ο οποίος ενέχει θέση υπεύθυνης δήλωσης, από το 2011 προκειμένου να καταστεί δικαιούχος ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να εξεταστεί από την υγειονομική επιτροπή των κέντρων πιστοποίησης αναπηρίας. άρθρο 46 του ν.4025/2011 (Α'228). Τέλος από τι 1.1.2015 ο τρόπος χορήγησης επιδομάτων αναπηρίας έχει τροποποιηθεί βάση του Ν.4331/2015. Ως εξής :Ο ενδιαφερόμενος αυτοπρόσωπος είτε μέσω εξουσιοδότησης σε τρίτο άτομο υποβάλει την αίτηση στον δήμο των οποίον υπάγεται, στην συνέχεια και κατόπιν πληροφόρησης για το αν πληροί η όχι τις προδιαγραφές για την αίτηση, καταθέτει εγγράφως τα δικαιολογητικά που απαιτούνται , στη συνέχεια καταθέτει αίτημα προς τα ΚΕΠΑ προκειμένου να εξεταστεί από την αρμόδια επιτροπή βάσει των κατατεθέντων ιατρικών εγγράφων που έχει καταθέσει. Η ενημέρωση για την υποχρέωση κατάθεσης δικαιολογητικών για την συνέχιση ή χορήγηση του επιδόματος, λαμβάνει χώρα 3 μήνες πριν την λήξη της απόφασης πιστοποίησης αναπηρίας, με την λήξη της διακόπτεται η χορήγηση επιδόματος μέχρι αν κατατεθεί η καινούρια απόφαση με το ποσοστό αναπηρίας.

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ergasia-koinonike-asphalise/n-4331-2015.html>

<http://www.opengov.gr/minlab/?p=2766&cpage=1>

Διατροφικό επίδομα νεφροπαθών και μεταμοσχευμένων καρδιάς και ήπατος :

“Χορηγείται σε ασθενείς που εμπίπτουν σε δύο συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών, α) νεφροπαθών τελευταίου σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας οι οποίοι υποβάλλονται σε διαδικασία αιμοκάθαρσης δια τεχνητού νεφρού ή σε περιτοναϊκή κάθαρση και β) σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε πολυσπλαχνική μεταμόσχευση, καθώς και σε όσα έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση έστω ενός εκ των παρακάτω οργάνων: στομάχι, σπλήνα, πάγκρεας, νησίδια παγκρέατος, έντερο (παχύ ή λεπτό), ήπαρ, νεφρός, καρδιά, πνεύμονες και μυελός των οστών. Οι δικαιούχοι του συγκεκριμένου επιδόματος προκειμένου να λάβουν την ενίσχυση θα πρέπει να προσκομίζουν γνωμάτευση του αρμόδιου ιατρού ενός μεταμοσχευτικού κέντρου, που να πιστοποιεί την μεταμόσχευση, επιπλέον ο δικαιούχος μπορεί να λαμβάνει παράλληλα και σύνταξη από ασφαλιστικό φορέα, η μόνη περίπτωση μη έγκρισης του επιδόματος είναι η παράλληλη χορήγηση διατροφικού επιδόματος και από έτερο φορέα. Το ποσό της οικονομικής ενίσχυσης ανέρχεται στα 362 ευρώ κάθε μήνα. Το διατροφικό επίδομα θεσμοθετήθηκε το έτος 1982 με την: ΚΥΑ Β'591, 19.7/13.8.82, ΦΕΚ 591/ 82.

Επίδομα οικονομικής ενίσχυσης τετραπληγικών-παραπληγικών:

Οι δικαιούχοι της οικονομικής ενίσχυσης θα πρέπει να εμπίπτουν σε μία εκ των εξής κατηγοριών :

- *Να πάσχουν από παραπληγία ή τετραπληγία σε ποσοστό 67% και άνω.*
- *Ασθένειες που έχουν επιφέρει αναπηρία του ίδιου βαθμού (67% και άνω) και της ίδιας μορφής (τετραπληγία, παραπληγία) λόγω μη αναστρέψιμης βλάβης του νωτιαίου μυελού ή των ριζών ή των νεύρων ή των μυών.*
- *Ακρωτηριασμένοι με παθολογοανατομικό ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%, προερχόμενο από ακρωτηριασμό, ανεξαρτήτως του σημείου του ακρωτηριασμού ή του αριθμού των ακρωτηριασμένων μελών .*

Οι δικαιούχοι που απασχολούνται σε ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ και σε ΟΤΑ, η οικονομική ενίσχυση παρέχεται από τους φορείς απασχόλησης τους και όχι μέσω ΟΠΕΚΑ. Η χορήγηση του επιδόματος αποτελεί νόμο του 1981, άρθρο 42 του Ν.1140/1981. Τα ποσά οικονομικής ενίσχυσης ανέρχονται στα 771, ενώ στις περιπτώσεις που περιθάλπονται σε δομές κλειστής φροντίδας ή είναι στην κατηγορία ατόμων με μονό ακρωτηριασμό τα ποσά ανέρχονται στα 385,50 και 330, 40 ευρώ αντίστοιχα.

<https://opeka.gr/atoma-me-anapiria/atoma-me-anapiria-paroches/>

Δελτία μετακίνησης σε ΜΜΜ. Μέσω των δελτίων μετακίνησης το άτομο που ανήκει στην κατηγορία ατόμων με ειδικές ανάγκες, δικαιούται να μετακινείται δωρεάν όταν χρησιμοποιεί τα ΜΜΜ της πόλης και έκπτωση 50% όταν κάνει χρήση των υπεραστικών λεωφορείων. Το δελτίο χορηγείται κατόπιν αίτησης στα ΚΕΠ, με την κατάθεση των απαραίτητων εγγράφων και της απόφασης των ΚΕΠΑ

Δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη: Κάθε πολίτης που αντιμετωπίζει κάποιου είδους πρόβλημα υγείας ή αναπηρίας έχει το δικαίωμα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στο δημόσιο σύστημα υγείας, τα άτομα με αναπηρία που δεν έχουν ασφαλιστεί σε κάποιο φορέα και διαθέτουν απόφαση από ΚΕΠΑ έχουν το δικαίωμα περίθαλψης η οποία περιλαμβάνει κάθε είδους ιατρική πράξη

Συμμετοχή σε διαγωνισμούς ΑΣΕΠ: Σε κάθε προκήρυξη περιλαμβάνεται ένα ποσοστό θέσεων οι οποίες καλύπτονται από άτομα ειδικής κατηγορίας, ΑΜΕΑ.

Είσοδος στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση: Άνευ υποχρέωσης συμμετοχής στην εξεταστική ή σε ορισμένες περιπτώσεις λαμβάνουν αυξημένη μοριοδότηση.

Συμμετοχή σε επιδοτούμενα προγράμματα και εργασίας για ΑΜΕΑ μέσω ΟΑΕΔ.

Δικαίωμα απαλλαγής στράτευσης.

<http://www.kardiopatheia.gr/dikaiomata-amea/analutika-ola-ta-dikaiomata>

Τα άτομα με αναπηρία καλούνται να μπορέσουν να συμβιώσουν ισότιμα στην κοινωνία παρά την ανισότητα και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην πρόσβαση σε σημαντικούς τομείς της κοινότητας, όπως η απασχόληση, η εκπαίδευση, οι υπηρεσίες φροντίδας και της υγείας, αλλά και του οικονομικού αποκλεισμού καθώς η αναπηρία και τα προβλήματα υγείας σχετίζονται με την οικονομική δυσχέρεια και τον αποκλεισμό ευρύτερα. Προκειμένου να διασφαλιστεί ισότητα η στην πρόσβαση και στην αντιμετώπιση των ατόμων με ειδικές ανάγκες, διαχρονικά έχουν θεσμοθετηθεί μία σειρά νόμων από τους κρατικούς φορείς.

*Προτεραιότητα των ατόμων με ειδικές ανάγκες στις δημόσιες υπηρεσίες .
(ΔΙΑΔΠ/4291/17.2.97).*

*Διαμόρφωση υποδομών ώστε να είναι εφικτή η πρόσβαση σε όλα τα Αμεα.
(ΔΙΑΔΠ/26534/1.12.96)*

Δυνατότητα απασχόλησης σε ΝΠΔΔ ή σε ΟΤΑ, ατόμων με αναπηρία 50% και άνω ή συγγενείς πρώτου βαθμού αυτών. Ν.2643/98

Έκδοσης κάρτας αναπηρίας σε ΑΜΕΑ, με ποσοστό 67%. Ν.2430/96

Ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες στο πρόγραμμα 'Βοήθεια στο σπίτι'.

Ένταξη των παιδιών με γονείς Αμέα, στους παιδικούς σταθμούς και κέντρα παιδικής μέριμνας. (Γ2β/οικ/8291/84).

Δημιουργία ειδικών σχολικών μονάδων για παιδιά με ειδικές ανάγκες και υποδομές με εύκολη προσβασιμότητα σε φορείς εκπαίδευσης όπως, λύκεια, γυμνάσια, ΑΕΙ,ΤΕΙ.

Λειτουργία σχολικών μονάδων εντός νοσοκομείων για τα παιδιά που νοσηλεύονται

Προγράμματα απασχόλησης μέσω ΟΑΕΔ, λειτουργία τμημάτων ειδικών κοινωνικών ομάδων σε δομές του οργανισμού απασχόλησης.

Υποχρέωση επιχειρήσεων που απασχολούν αριθμό ατόμων άνω των 50, να δέχονται προσωπικό που ανήκουν σε ειδική κοινωνική ομάδα. Ν.2643/98 – Ν.2839/00.

Μειωμένο ωράριο εργασίας σε φορείς ΟΤΑ και ΝΠΔΔ, για ορισμένες κατηγορίες ατόμων με αναπηρία ή γονέων και συζύγων Αμέα με ποσοστό 67% και 100% αντίστοιχα. Ν.2527/97.

Χορήγηση δελτίων τουρισμού και ψυχαγωγίας σε άτομα με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω.

Διασφάλιση πρόσβασης σε περιοχές ολυμπιακών και παραολυμπιακών αγώνων καθώς και σε περιοχές συναθροίσεων. Ν.3057/2002.

Όσο αφορά την οικονομική ενίσχυση των ατόμων με ειδικές ανάγκες, η καταβολή των επιδομάτων πρόνοιας και αναπηρίας γίνεται τα τελευταία 3 χρόνια μέσω του ΟΠΕΚΑ, ως το τέλος του 2018 αρμόδιες ήταν οι υπηρεσίες πρόνοιας των Δήμων. Ο ΟΠΕΚΑ συστήθηκε ως ο ενιαίος φορέας υλοποίησης και διαχείρισης προνοιακών παροχών με τον Ν.4520/2018, όπου προέβλεπε την μετεξέλιξη και μετονομασία του ΟΓΑ σε Οργανισμό Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στα πλαίσια των αλλαγών θεσπίζεται η καταβολή των επιδομάτων σε σταθερή

ημερομηνία κάθε μήνα πλέον αντί ανά δίμηνο που ίσχυε. <https://opeka.gr/atoma-me-anapiria/nomothetiko-plaisio/>. Ο ΟΠΕΚΑ επίσης είναι αρμόδιος και για το επίδομα παιδιών καθώς και για τα επιδομάτα αλληλεγγύης που υποβάλλονται στα κέντρα κοινότητας, τα άτομα με αναπηρία προσκομίζουν και την απόφαση των ΚΕΠΑ, προκειμένου να αιτηθούν για την ενίσχυση.

4.4. Δομές και υπηρεσίες στήριξης για ΑΜΕΑ.

1. Δομές ψυχικής υγείας

Η κοινωνική πολιτική για τα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και κάποιου είδους αναπηρία χρονολογείται από την περίοδο της Αρχαίας Ελλάδας, αν και η αντιμετώπιση τους δεν είναι ίδια εν τούτοις στην Αθήνα θεσμοθετούνται παροχές οικονομικής φύσεως για να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες που βίωναν, ωστόσο οι επικρατούσες αντιλήψεις για τα άτομα που αντιμετώπιζαν ορισμένα προβλήματα ήταν δυστυχώς ότι θα έπρεπε να μένουν στο περιθώριο, ως την περίοδο της τουρκοκρατίας πέραν των προβλημάτων αναπηρίας οι άνθρωποι καλούταν να αντιμετωπίσουν και τα προβλήματα της κοινωνικής ένταξης. Την εποχή του Ιωάννη Καποδίστρια δρομολογούνται με την σύμπραξη Κράτους Εκκλησίας μια σειρά από μέτρα κοινωνικής προστασίας με την θεμελίωση δομών για την περίθαλψη και την εκπαίδευση παιδιών αλλά και των ατόμων με προβλήματα υγείας. Το 1862 στην Ελλάδα θεσμοθετείται ο νόμος για την λειτουργία των φρενοκομείων που αφορά σε τρεις περιοχές της Ελλάδας, στην Αίγινα, στην Κέρκυρα, και στην Αθήνα, δομές για νοσηλεία ατόμων με ψυχικές ασθένειες. (Κουρτέση, 2013). Στην Αίγινα η δομή λειτουργούσε από το 1838, αλλά με πολύ μικρή δυναμικότητα φιλοξενίας ασθενών. Στην Αθήνα 20 χρόνια αργότερα και συγκεκριμένα ξεκινά την λειτουργία του το Δρομοκαΐτιο ίδρυμα για την νοσηλεία πασχόντων από ψυχικές ασθένειες, το ίδρυμα αποτελεί κληροδότημα του Ζώρζη Δρομοκαΐτη, ο οποίος είχε κληροδοτήσει και στην ιδιαίτερη πατρίδα του την Χίο, το Αμαλειό ορφανοτροφείο. Το Δρομοκαΐτιο εγκαινιάζεται το 1887, με δυνατότητα αρχικής νοσηλείας 77 ατόμων, με την συμβολή ιδιωτών προστίθενται τρία περίπτερα, το Σεβαστοπούλειο, Θεολόγιο, Συγγεριο, προκειμένου να ωφεληθούν και άνθρωποι χωρίς μεγάλη οικονομική δυνατότητα. (Καραμανωλάκης, χ.χ.) Σήμερα το ίδρυμα συνεχίζει να προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης και περίθαλψης ατόμων με ψυχικές ασθένειες, με δυναμικότητα 305

κλινών και πολλών προγραμμάτων και δομών, στελεχώνεται από 550 επαγγελματίες επιστημονικού προσωπικού. Εξυπηρετώντας ετησίως πάνω από 15,000 ασθενείς. <https://www.dromokaiteio.gr/taytothta/>. Οι ανωτέρω δομές δεν ήταν οι μονές για την περίθαλψη των ψυχικά ασθενών, διαχρονικά αναπτύχθηκαν και άλλες οι οποίες προσέφεραν φροντίδα σε ασθενείς με προβλήματα ψυχικής υγείας ενώ το 1893 εντάσσεται η Ψυχιατρική στον τομέα της εκπαίδευσης, η δημιουργία του Αιγινιτείου το 1905 το οποίο ως και σήμερα αποτελεί από τις σπουδαιότερες δομές στον τομέα της ψυχικής υγείας, αποτέλεσε σταθμό στην προώθηση σπουδών στον τομέα της νευρολογίας και της ψυχιατρικής. Ενδεικτικά από το 1838 ως το 1979, τα ιδρύματα που λειτούργησαν για παροχή περίθαλψης σε πάσχοντες ψυχικών νοσημάτων ήταν. Ψυχιατρείο Κέρκυρας (1838).

- Άσυλά πασχόντων ψυχικών ασθενειών, Κεφαλληνίας (1840)
- Άσυλά πασχόντων ψυχικών ασθενειών, Μαγνησίας (1885)
- Σκυλίτσειο Νοσοκομείο (1886)
- Δρομοκαίτιο (1887)
- Αιγινήτειο νοσοκομείο (1905)
- Άσυλο φρενοβλαβών Σύρου (1906)
- Άσυλο φρενοβλαβών Σούδας (1910)
- Βέγειο άσυλο Κεφαλονιάς (1931)
- Κρατικό άσυλο φρενοβλαβών Αθήνας (1914)
- Ψυχιατρικό νοσοκομείο Σταυρούπολης Θεσσαλονίκης (1917)
- Άσυλο Αγίας Ελεούσα Καλλιθέας (1919)
- Ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής 'Δαφνί' (1925)
- Ψυχιατρική κλινική του πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (1950)
- Ψυχιατρικό νοσοκομείο Λέρου (1958)
- Ψυχιατρικό νοσοκομείο Τρίπολης (1967)
- Ψυχιατρείο Πέτρας Ολύμπου (1971)
- Κέντρο ψυχικής υγείας Θεσσαλονίκης (1971)
- Κέντρο ημέρας Αιγινήτειο (1977)
- Κέντρο ψυχικής υγιεινής Βύρωνα (1979) (Σακελλάρης , 2008)

Άσυλο ψυχικά πασχόντων Κεφαλονιάς: Ιδρύθηκε από τους Άγγλους, ήταν μικρής χωρητικότητας και η δομή του ήταν σε έναν στρατώνα. (Στυλιανίδης, 2018.).

Άσυλο ψυχικά πασχόντων Μαγνησίας : Ιδρύθηκε το 1885 , με σκοπό την νοσηλεία ψυχικά ασθενών ατόμων, με μικρή δυναμικότητα νοσηλείας .(Στυλιανίδης, 2018)

Σκυλίτσειο νοσοκομείο : Ιδρύθηκε το 1886, για την ανέγερση του συνέβαλαν πολλοί οικονομικά επιφανείς πολίτες αλλά και όλοι οι κάτοικοι της Χίου, η ίδρυσή του πέρασε από πολλά εμπόδια κυρίως από τούρκικης πλευράς οι οποίοι αντιτιθόταν στην ανέγερση του. Τελικώς το νοσοκομείου εγκαινιάστηκε το 1886 αποτελούμενο από τμήματα για παιδιά, ηλικιωμένους , ψυχικά ασθενείς. (Μιχαηλίδης, 2008).

Δρομοκαίτιο : Εγκαινιάστε το 1887, αποτελεί κληροδότημα του Ζώρζη Δρομοκαίτη, ο σκοπός ίδρυσης ήταν η νοσηλεία ψυχικά ασθενών, η αρχική δυναμικότητα του ήταν 77 ατόμων, ο αριθμός αυτός σήμερα ανέρχεται στις 305 κλίνες και ετησίως δέχονται φροντίδα 15.000 ,άνθρωποι.

Αιγινήτειο νοσοκομείο: Αποτελεί κληροδότημα του ιατρού Διονύσιου Χατζή, ο οποίος είχε καταγωγή από την Αίγινα, έμεινε στην ιστορία ως Διονύσης Αιγινήτης, από όπου προέρχεται και το όνομα του νοσοκομείου. Ο σκοπός ίδρυσης ήταν η αντιμετώπιση περιστατικών ψυχικών και νευρικών περιστατικών, η αρχική του δυναμικότητα ήταν 24 κλίνες , σταδιακά αυξανόταν, φτάνοντας σήμερα τις 200 κλίνες, το 1963 με την ανέγερση της ψυχιατρικής κλινικής του πανεπιστήμιου Αθηνών, υπήρξε διαχωρισμός με την νευρολογική, τα εξωτερικά ιατρεία λειτούργησαν το 1984 προσφέροντας εξειδικευμένες υπηρεσίες στους ασθενείς. Το 1996 αναπτύσσονται νέα προγράμματα ψυχικής υγείας και το νοσοκομείο στελεχώνεται από σύγχρονες μονάδες και εξοπλισμό. Στο νοσοκομείο εκτός από την παροχή φροντίδας σε ψυχικά ασθενείς και ασθενείς με νευρολογικά θέματα, λειτουργούν και τρεις μονάδες οι οποίες αφορούν την αντιμετώπιση περιστατικών ουσιοξαρτήσεων (συνεργασία με OKANA), μονάδα τηλεφωνικής βοήθειας sos και μονάδα ανάδοχων οικογενειών. (Πυργάκης, 2019).

Άσυλο φρενοβλαβών Σύρου: Λειτούργησε την περίοδο 1908-1949 για την παροχή φροντίδα και νοσηλείας ατόμων με ψυχικές ασθένειες από όλη την Ελλάδα , η ίδρυση του έγινε από το σωματείο φιλόanthropos επιτροπή Ερμουπόλεως´ σε κτήριο που παραχωρήθηκε από την τότε κυβέρνηση. Το 1945 μετονομάστηκε σε 'Βαρδάκειο άσυλο φρενοβλαβών Σύρου' λόγο του κληροδοτήματος από τον Ιωάννη Βαρδάκη.
https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%86%CF%83%CF%85%CE%BB%CE%BF_%CE

[%A6%CF%81%CE%B5%CE%BD%CE%BF%CE%B2%CE%BB%CE%B1%CE%B2%CF%8E%CE%BD %CE%A3%CF%8D%CF%81%CE%BF%CF%85](#)

Άσυλο φρενοβλαβών Σούδας: Το ίδρυμα ουσιαστικά αποτέλεσε επανίδρυση του ψυχιατρείου Χανίων το οποίο μετά από ένα έτος λειτουργίας του καταργήθηκε. Το 1925 ως Δημόσιο ψυχιατρείο απαριθμούσε 150 κλίνες, παρά την μεταφορά σε άλλη κτηριακή δομή το 1930, τα προβλήματα υποδομής δεν βελτιώθηκαν και αυτό επηρέαζε αρνητικά την περίθαλψη των ασθενών. Με τον Ν.965/1937 η δυναμική των κλινών αυξήθηκε στις 330 ενώ το ίδρυμα οριστικέ ως ΝΠΔΔ. Το 1982 η δυνατότητα νοσηλείας αφορούσε 400 ασθενείς είχε μεσολαβήσει μία αύξηση των κλινών στις 550, η οποία όμως δεν διατηρήθηκε. Υπό την διεύθυνση του Δ. Καρτάκι το 1970, ξεκίνησε η αναβάθμιση της δομής με την ανέγερση νέου κτηριακού συγκροτήματος καθώς οι προδιαγραφές της δομής ως τότε δεν ευνοούσαν την σωστή περίθαλψη των ασθενών. (Καρτάκις, 1985). Το ίδρυμα στο πλαίσιο της αποασυλοποίησης σταμάτησε να λειτουργεί το 2005. <https://www.kathimerini.gr/society/450731/pros-epanaleitoyrgia-o-organismos-psihiatreiou-soydas/>

Βέγιο άσυλο Κεφαλονιάς : Το 1910 για την περίθαλψη των ατόμων που έπασχαν από ψυχικές ασθένειες οι κάτοικοι της Κεφαλονιάς αποφάσισα την συνδρομή για την ανέγερση δομής φροντίδας των ανθρώπων αυτών, ως τότε περιθάλπονταν σε δομές στρατώνα που είχαν δημιουργήσει οι Άγγλοι, η ανέγερση του έγινε από μεγάλη δωρεά ενός Κεφαλλονίτη που διέμενε στο εξωτερικό του Πλάτων Βέγεια, από όπου και πήρε την ονομασία του, η λειτουργία σταμάτησε το 1953 εξαιτίας της καταστροφής του από τον μεγάλο σεισμό που έπληξε την περιοχή. (Παπαγεωργίου,2005).

Κρατικό άσυλο φρενοβλαβών Αθήνας: Το 1915 οι ψυχικά πάσχοντες οι οποίοι υπήρχαν στην Αθήνα, αποφασιζόταν να φιλοξενοούνται προσωρινά στα αστυνομικά τμήματα, η κατάσταση αυτή ωστόσο δεν ήταν ωφέλιμη καθώς εκεί κρατούταν και άλλοι άνθρωποι κυρίως παραβάτες αλλά και άνθρωποι που δεν είχαν στέγη, οι ψυχικά ασθενείς εκείνη την περίοδο μεταφέρθηκαν σε μία δομή στο Μοσχάτο, η οποία ονομάστηκε κρατικό άσυλο φρενοβλαβών, προσωρινά καθώς στην συνέχεια μεταφέρθηκαν στο άσυλο Αγίας Ελεούσας της Καλλιθέας λόγω συμφόρησης. (Παπαγεωργίου, 2005).

Άσυλο Αγίας Ελεούσας Καλλιθέας : Το άσυλο της Αγίας Ελεούσας της Καλλιθέας φιλοξένησε αρχικά τους ψυχικά πάσχοντες οι οποίοι είχαν βρει στέγη σε μία προσωρινή δομή στο μοσχάτο, αλλά ήταν αδύνατη η παραμονή τους εκεί λόγω συμφόρησης. Το άσυλο της Αγίας Ελεούσας στεγάστηκε σε μία βίλα στην περιοχή της Καλλιθέας, η μικρασιατική καταστροφή είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των νοσηλευομένων σε 300, λόγω του μεγάλου όγκου των ασθενών οι συνθήκες ήταν εξαιρετικά δυσμενής και το προσωπικό ελάχιστο και χωρίς εξειδικευμένη εμπειρία. Το 1924 η εποπτεία του άσυλου περνά από το Υπουργείο Εσωτερικών, στην διεύθυνση υγιεινής του Υπουργείου Πρόνοιας, ως δημόσιο ψυχιατρείο Αγίας Ελεούσας, Το ίδρυμα στελεχώνεται με επιστημονικό προσωπικό και ιατρούς. Οι τρόφιμοι από 300 ανήλθαν σε 500 κάτι που οδήγησε ξανά στην ανάπτυξη δυσμενών συνθηκών με αποτέλεσμα να κριθεί αναγκαία η μεταφορά ορισμένων εξ αυτών στο Δαφνί. <http://medsubjs.blogspot.com/2011/03/t.html>

Ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής Δαφνί : Το Δαφνί ιδρύθηκε το 1925 στα πρώτα στάδια της λειτουργίας του φιλοξένησε τους ασθενείς που νοσηλεύονταν στο ίδρυμα της Αγίας Ελεούσας της Καλλιθέας. Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι υψηλού επιπέδου χάρη στο επιστημονικό προσωπικό με το οποίο στελεχώνεται αλλά και τις υποδομές, ο πόλεμος του 40 έχει ως αποτέλεσμα να μείνουν πολλοί άνθρωποι ανάμεσα τους και παιδιά, ανάπηροι και νοητικά πάσχοντες, η ανάγκη επέκτασης γίνεται εμφανής, το 1956 λειτουργεί στην Σαλαμίνα το πρώτο παράρτημα του ιδρύματος, η Αποικία ψυχοπαθών Αγίου Γεωργίου Σαλαμίνας. Ως τότε η δομή διέθετε ιατρεία αλλά και κτηνοτροφικές μονάδες προκειμένου να εξασφαλίζεται το φαγητό των ασθενών και του προσωπικού, από το 1956 και έπειτα εντάσσονται τα τμήματα , κοινωνικών υπηρεσιών, απασχολησιοθεραπείας, ψυχολογικό εργαστήριο εξωτερικές ιατρικές μονάδες, κ.α.

<https://www.psyhat.gr/el/content/%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%B4%CF%81%CE%BF%CE%BC%CE%B7>

Ψυχιατρικό νοσοκομείο Σταυρούπολης Θεσσαλονίκης: Η μεταφορά του νοσοκομείου στην περιοχή της Σταυρούπολης έγινε το 1919, από το έτος ίδρυσης του το 1917 και για δύο χρόνια στεγαζόταν επί της οδού Ειρήνης στο Βαρδάρη. Ξεκίνησε να λειτουργεί ως άσυλο φρενοβλαβών δυναμικότητας 300 κλινών, μόλις το 1925 και

μετά από 8 έτη λειτουργίας, με την αλλαγή του ονόματος σε Δημόσιο ψυχιατρείο θεσπίζονται οργανισμοί και κανόνες ο αριθμός των κλινών πλέον ανέρχεται σε 150. Τα έτη (1919-1934), το νοσοκομείο στελεχωνόταν από προσωπικό που αποτελούταν από επιφανείς παράγοντες της πόλης. Το 1956 και καθώς έχει μεσολαβήσει ο Β΄ παγκόσμιος πόλεμος, η νέα σύσταση οργανισμού ως Ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, οδηγεί στην κατακόρυφη αύξηση των κλινών σε 800, οργανώνονται οι υπηρεσίες και ορίζεται επιστημονικό συμβούλιο, ενώ για την δημιουργική απασχόληση των ασθενών εντάσσονται η αγροτική και βιοτεχνική εργασία. Η χωρητικότητα το 1960 αυξάνεται σε 1000 κλίνες ενώ πέντε χρόνια αργότερα ξεκινούν εργασίες επισκευών στα κτήρια, η αναμόρφωση του νοσοκομείου γίνεται το 1986 βάση του Ν. 1357/83 και του ΠΔ 87/86. Το νοσοκομείο προσφέρει τις υπηρεσίες του ως και σήμερα στους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα με ψυχικές ασθένειες αλλά λειτουργεί και ως φορέας εκπαίδευσης. Το ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και το γενικό νοσοκομείο 'ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ' από το 2013 αποτελούν ενιαίο ΝΠΔΔ, καθώς τελούν και υπό ενιαία διοίκηση.

<https://www.psychotes.gr/%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%AF%CE%BF/%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%B4%CF%81%CE%BF%CE%BC%CE%AE/>

Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης: Αποτελεί ένα από τα τμήματα της ιατρικής σχολής του πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, η οποία ιδρύθηκε το 1942. (ΦΕΚ αρ. 28 - 18/2/1942). <https://www.med.auth.gr/tmima-istorika-stoiheia>

Ψυχιατρικό νοσοκομείο Λέρου: Ιδρύθηκε το 1957 με σκοπό την νοσηλεία ψυχικά ασθενών ατόμων από όλη την Ελλάδα μεταφερόμενοι από τα άλλα ιδρύματα της χώρας, η δυναμική του αρχικώς ανερχόταν στις 650 κλίνες, οι πρώτοι ασθενείς που φιλοξενήθηκαν ανερχόταν στους 300 και προερχόταν από την δομή του Αγίου Γεωργίου Σαλαμίνας, το οποίο αποτελούσε παράρτημα του ιδρύματος Δαφνί. Στο ίδρυμα μεταφέρονταν κυρίως περιστατικά χρόνιων παθήσεων. Η ονομασία του ιδρύματος βάση του (ΒΔ 169,25/2/1965, θα αλλάξει σε ψυχιατρικό νοσοκομείο Λέρου, από Αποικία ψυχοπαθών Λέρου, και η δυναμικότητα του θα αυξηθεί σε 2650 κλίνες. (Παπαγεωργίου, 2005). Την περίοδο αυτή το προσωπικό που στελέχωνε το νοσοκομείο αποτελούταν από 625 άτομα, στα τέλη του 1960 ο ασθενείς ανερχόταν

περίπου στους 2400, προερχόμενοι από όλη την επικράτεια. Την περίοδο 1976, βάση του Π.Δ, 874/16-11-1976 , το ψυχιατρείο συγχωνεύεται με το γενικό νοσοκομείο Λέρου. Εντός του 1980 ολοκληρώνονται οι μεταφορές ασθενών από το Κ.Θ.Ψ.Π.Α. Ένα χρόνο αργότερα οι κλίνες αυξάνονται απαριθμώντας πλέον τις 2.750. Το 1987 βάση του ΦΕΚ 182/87 , η επωνυμία του οργανισμού αποκτά την ονομασία, Κρατικό θεραπευτήριο – Κέντρο υγείας Λέρου, χωρίζεται σε 6 ψυχιατρικούς τομείς και η δυναμική του ορίζεται σε 1500 κλίνες. Τα πρώτα βήματα αποσυμφόρησης έγιναν το 1990. Το 1992 εντάσσεται στο Κ.Θ-Κ.Υ, Λέρου το παράρτημα Π.Ι.Κ.Π.Α του νησιού στελεχωμένο από το προσωπικό αλλά και τους ασθενείς, η ένταξη έγινε στα πλαίσια του Ν.2071/92 άρθρο 140 , και μέσω αυτής της ένωσης δημιουργείται ο Τομέας ατόμων με ειδικές ανάγκες. (Τ.Α.Μ.Ε.Α). Τα έτη 1989-1990 αποτέλεσαν ορόσημο για την λειτουργία του οργανισμού καθώς ξεκινά η αναμόρφωση του ψυχιατρείου αλλά επίσης και οι ενέργειες μεταρρυθμίσεων στα πλαίσια απόιδρυματοποίησης. Τα προγράμματα που αφορούν την αποασυλοποίησης είναι : 1995 προγράμματα ΛΕΡΟΣ 1 ΚΑΙ 2, στα επόμενα χρόνια με τα προγράμματα κοινωνικού αποκλεισμού και την περίοδο 2002-2006 με το πρόγραμμα Ψυχαργός. (Γκουτίδης, Γεωργίου 2009).

Ψυχιατρικό νοσοκομείο Τρίπολης: Ως θεραπευτήριο λειτούργησε το 1967, είχε προηγηθεί η χρήση του ως σανατόριο για 20 χρόνια από το 1947, η ανέγερση του διήρκησε 15 χρόνια (19250-1940). Την ονομασία ψυχιατρικό νοσοκομείου Τρίπολης την πήρε την περίοδο 1985-1987, η ίδρυση του δεν αποσκοπούσε μόνο στην κάλυψη περιστατικών της πόλης ή του νομού αλλά και άλλους όπως η Αιτωλοακαρνανία, η Λευκάδα, η Πελοπόννησος και η Κεφαλονιά. Βάση του Νόμου 1397/83 ορίζεται ως ΝΠΔΔ, ενώ με το Φ.Ε.Κ. 75/5-2-1987 Τ.Β μετονομάζεται σε Περιφερειακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης . (Δημητροπούλου, Σπανίδη, χ.χ.). Τα έτη που λειτούργησε και ειδικά από το 1984 και έπειτα έλαβαν χώρα μια σειρά από υπηρεσίες, όπως ανάπτυξη ξενώνα- οικοτροφείου, κέντρο επαγγελματικής κατάρτισης με μια σειρά ειδικοτήτων όπως αγγειοπλαστική κηροπλαστική, αργαλειού, αιογραφίας, ενώ εντάχθηκε και στα προγράμματα ψυχικής μεταρρύθμισης : Horizon (1993-1994), Ψυχαργός Α΄ και Β΄ φάση. (Μαντά, Οικονομοπούλου, 2005). Εδώ και κάποια χρόνια το παλιό ψυχιατρείο έχει σταματήσει να λειτουργεί και οι ασθενείς εξυπηρετούνται από τα τμήματα ψυχικής υγείας του νοσοκομείου.

Ψυχιατρείο Πέτρας Ολύμπου : Ξεκίνησε τη λειτουργία του ως ψυχιατρείο το 1970, για 34 χρόνια από το 1936 ως το 1969 σε αυτή την έκταση λειτουργούσε σανατόριο το οποίο έκλεισε. Η έκταση στην οποία είχε ανοικοδομηθεί το θεραπευτήριο πέρασε με τον νόμο 436/76 στο ελληνικό δημόσιο. Οι πρώτοι τρόφιμοι προήλθαν από το ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Το 1986 το νοσοκομείο στα πλαίσια και της σύστασης του Ε.Σ.Υ, αναδιοργανώνεται και μετονομάζεται, ψυχιατρικό νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου με χωρητικότητα 450 κλινών. Αποτέλεσε πρότυπο στα πλαίσια κατάργησης του ασύλου, ήταν πρωτοπόρο όχι μόνο γιατί ήταν το πρώτο που προχώρησε σε αυτήν αλλά και γιατί ανέπτυξε ένα εξαιρετικό δίκτυο κοινοτικής φροντίδας και ψυχικής υγείας όχι μόνο εντός Ελλάδος αλλά και σε όλη την νότια Ευρώπη. Με την ένταξη του στο πρόγραμμα Ψυχαργώς Β' ολοκληρώθηκε πλήρως η αποασυλοποίηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου. Την περίοδο 2002 – 2004, ξεκινούν και οι διαδικασίες και κλείνει οριστικά ως άσυλο. Σήμερα διαθέτει δομές με αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης όπου χρησιμοποιούνται από 'ενοικούς' οι οποίοι στερούνται υποστηρικτικού περιβάλλοντος, στις δομές φροντίδας του ψυχιατρικού νοσοκομείου, οι άνθρωποι αυτοί βρίσκουν την περίθαλψη που χρειάζονται.

http://eureka.teithe.gr/jspui/bitstream/123456789/7857/4/Zaragka_Triada.pdf

Κέντρο ψυχικής υγείας Βύρωνα: Ιδρύθηκε το 1979 και εποπτεύεται από το Αιγινήτσιο ως τμήμα του. Σκοπός είναι παροχή ψυχικής φροντίδας και περίθαλψης καθώς και συμβουλευτικής με σκοπό την επανένταξη των ατόμων στην κοινότητα. Επίσης συμβάλει και στην παροχή πληροφοριών και κινητοποίησης της κοινότητας με απώτερο σκοπό την πρόληψη ψυχικών νοσημάτων

https://www.uoa.gr/foitites/symboyleytikes_ypiresies/kentro_psychikis_ygieinis_byrona_kais_arianis/

Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1980 ΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

Το 1984 αποτέλεσε σημαντική χρόνια στον τομέα ψυχικής υγείας καθώς με τον Ν.1397/83 όπου καθιερώθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ), στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων της τότε κυβέρνησης, ήταν εφικτή η αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ώστε να βελτιωθούν οι άθλιες συνθήκες διαβίωσης των ασθενών. Η αναβάθμισή αυτή υλοποιήθηκε μέσα από το εκτακτο οικονομικό κονδύλι της ΕΟΚ βάση του κανονισμού 815/84. Δωθηκε έμφαση και στις διαδικασίες για την

αποιδρυματοποίηση των ασθενών μέσα από ένα μακροπρόθεσμο πλάνο με σκοπό την κοινωνική τους επανένταξη και την παροχή υπηρεσιών από κέντρα ψυχικής υγείας, τμήματα ψυχιατρικών μονάδων σε νοσοκομεία αλλά και σχεδιασμός προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης και ενταξης καθώς και διαμονή σε ξενώνες και διαμερίσματα ενταγμένα στην κοινότητα. Μέσω του Ν.2716/99, σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε το πρόγραμμα ψυχαργός και σύνολο παρεμβάσεων με σκοπό την αυτονομία του ατόμου, την δυνατότητα συμβίωσης στην οικογένεια και την ένταξη του στην κοινότητα μεσά από δράσεις εκπαίδευσης και απασχόλησης.

<https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/programma-quot-psyxargws-quot/83-h-psyxiatrikh-metarrythmish-sthn-ellada>

Το πρόγραμμα Ψυχαργός :Υλοποιήθηκε σε 3 φάσεις, η πρώτη το διάστημα 2000-2001 από το Υπουργείο Εργασίας μέσω χρηματοδότησης από την Ε.Ε. Η αρχική δράση έδινε βαρύτητα στην ισότιμη πρόσβαση στην αγορά εργασίας όσων ανθρώπων αντιμετώπιζαν θέματα ψυχικής υγείας, εν συνεχεία ξεκίνησε σταδικά η υλοποίηση της φάσης αποιδρυματισμού από τα κρατικά ιδρύματα της χώρας. Η δεύτερη φάση διήρκησε ως το 2009, η οποία μέσω του συμφώνου της Ευρωπαϊκής ένωσης και της Ελληνικής κυβέρνησης, επιδιώχτηκε να ολοκληρωθεί η προσπάθεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέσα από δράσεις και σχεδιασμό και σε άλλους τομείς της ψυχικής υγείας. Η τρίτη φάση του προγράμματος υλοποιήθηκε την δεκαετία 2010-2020, ο σχεδιασμός της Γ' φάσης έγινε από ομάδα εργασίας η οποία κλήθηκε να αναπτύξει το Εθνικό Σχέδιο Δράσης 'Ψυχαργός Γ'. Το σχέδιο αυτό κινήθηκε σε τρεις βασικούς άξονες.

- ❖ Ο πρώτος άξονας εστιάζει σε παρεμβάσεις μέσα στην κοινότητα με δομές για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στον τομέα της ψυχικής υγείας σε κάθε επίπεδο.
- ❖ Ο δεύτερος άξονας δίνει έμφαση σε δράσεις για την βελτίωση της ψυχικής υγείας στο σύνολο των μελών μιάς κοινότητας και εστιάζει και στην πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας.
- ❖ Ο τρίτος άξονας αφορά τον συνολικό σχεδιασμό των δράσεων, καθώς και στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων των επαγγελματιών που συμμετέχουν στο σύστημα που σχεδιάζει τις δράσεις για την ψυχική υγεία

Πρίν την ψήφιση του νόμου και την ανάπτυξη του προγράμματος Ψυχαργός το 1999, είχε προηγηθεί άλλο ένα πρόγραμμα δύο φάσεων στην προσπάθεια αποσυλοποίησης, το Λέρος I και II. Βάση του σχεδιασμού του προγράμματος αυτού, θέτονταν οι προϋποθέσεις προκειμένου να είναι εφικτή η μεταφορά ασθενών σε δομές οι οποίες λειτουργούσαν στην κοινότητα στην οποία ανήκαν ή ήταν πλησιέστερη στον τόπο τους ενώ προωθήθηκε και η αναβάθμιση του νοσοκομείου. Μέσα στο επόμενο χρονικό διάστημα με ορίζοντα κάποιων χρόνων αναπτύχθηκαν 25 δομές οι οποίες δεν αφορούσαν ψυχιατρικά νοσοκομεία αλλά ξενώνες, διαμερίσματα καθώς εργαστήρι επαγγελματικής απασχόλησης. Μέσα στην περίοδο 1990-1995 στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, παρατηρήθηκαν θετικά αποτελέσματα, πλέον η παροχή φροντίδας στον τομέα της ψυχικής υγείας ήταν εφικτή μέσω των 388 νέων δομών (κοινοτικά κέντρα, τμήματα ψυχικής υγείας σε νοσοκομεία, διαμερίσματα) ενώ αναβαθμίστηκε σημαντικά και ο ρόλος των νοσοκομείων. Η ψυχική αποκατάσταση των ασθενών συντέλεσε στην προσπάθεια εξόδου του δόγματος φροντίδας μέσω ψυχιατρείων που επικρατούσε επί πολλά έτη. Πάρα τις σημαντικές βελτιώσεις που επέφερε το πρόγραμμα εν τούτοις προέκυψε σημαντικό θέμα ως προς την ισότητα πρόσβασης λόγω γεωγραφικής κατανομής των δομών που αναπτύχθηκαν καθώς έμειναν εκτός 19 νομοί της χώρας. (Γκρούτσης, 2010). Το πρόγραμμα Ψυχαργός είχε ως αποτέλεσμα την κατάργηση τμημάτων ασύλου ψυχικών παθήσεων, τα τμήματα αφορούσαν τα εξής ψυχιατρικά τμήματα.

- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου (2005)
- Θεραπευτήριο Ψυχικών παθήσεων Χανίων
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
- Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

Πλέον λειτουργούν 452 μονάδες ψυχικής υγείας σε όλη την επικράτεια έχοντας την δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης κάθε πολίτης που αντιμετωπίζει κάποιο θέμα ψυχικής υγείας. Οι μονάδες αυτές λειτουργούν είτε σε νοσοκομεία, κοινωνικούς συνεταιρισμούς, ΟΤΑ, ορισμένα λειτουργούν ως ΝΠΔΔ και άλλα ως ΝΠΙΔ ,

όπως ορισμένες ΜΚΟ. Ενδεικτικά τα τμήματα ψυχικής υγείας που παρέχουν φροντίδα και περίθαλψη στον τομέα της ψυχικής υγείας αφορούν τα εξής :

- *Κέντρα Ψυχικής Υγείας*
- *Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα*
- *Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας*
- *Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδών Γενικών, Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων*
- *Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδών και Εφήβων*
- *Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία*
- *Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας*
- *Πανεπιστημιακές Μονάδες Ψυχικής Υγείας*
- *Ψυχιατρικά ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία*
- *Ιδιωτικές Κλινικές • Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθάλψεως (Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας, Κέντρα Παρεμβάσεως στην Κρίση για ενήλικες, παιδιά και εφήβους . (Δεπάστας, 2018).*

2. Δομές φροντίδας ατόμων με αναπηρία.

Η αναπηρία είναι κάτι το οποίο μπορεί είτε υπάρχει σε έναν άνθρωπο με την γεννήσή του σαν αποτέλεσμα κάποιου γενετικού προβλήματος, είτε λόγω κληρονομικότητας ή να παρουσιαστεί κάποια στιγμή στην ζωή του ως συνέπεια τραυματισμού. Τα άτομα με αναπηρία χρειάζονται να έχουν ποιοτική φροντίδα μέσα από τις υπηρεσίες και τις δομές του κράτους. Στην Ελλάδα ουσιαστικές προσπάθειες προνοιακού κράτους για τα άτομα με αναπηρία ξεκινάνε από το 1980 και έπειτα, καθώς το κράτος εστίασε τομείς όπως η αναβάθμιση ήδη υφιστάμενων δομών οι οποίες λειτουργούσαν μέσω ΜΚΟ. Στον τομέα της περίθαλψης εκτός από τα δύο σημαντικά προγράμματα, το Βοήθεια στο σπίτι και τα ΚΑΠΗ, ξεκινά και η λειτουργία κλειστών δομών περίθαλψης. Η δεκαετία του 90 μέσα από Β' ΚΠΣ, η αποκατάσταση των ατόμων και η κοινωνική επανένταξη αποτέλεσε προτεραιότητα, για την επίτευξη των στόχων δημιουργήθηκε ένα εθνικό δίκτυο κέντρων κοινωνικής υποστήριξης και κατάρτισης

ατόμων με ειδικές ανάγκες. Οι σημαντικότεροι φορείς παροχής υπηρεσιών φροντίδας ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι ενδεικτικά οι εξής :

- **Κέντρα κοινωνικής υποστήριξης και κατάρτισης ατόμων με αναπηρία**
- **Κέντρα αποθεραπείας- αποκατάστασης**
- **Κέντρα περίθαλψης παιδιών (ΚΕ.ΠΕ.Π)**
- **Εθνικό κέντρο κοινωνικής αλληλεγγύης (Ε.Κ.Κ.Α)**
- **Εθνικό ίδρυμα κωφών (Ε.Ι.Κ)**
- **Κέντρο εκπαίδευσης – αποκατάστασης τυφλών (Κ.Ε.Α.Τ)**

(Σπυρόπουλος, 2008)

Τα κέντρα κοινωνικής υποστήριξης και κατάρτισης ατόμων με αναπηρία:
θεσπίστηκαν με τον Ν.2646/98 , οι υποδομές τους αποτελούν ένα περιβάλλον το οποίο προσφέρει σύγχρονες δυνατότητες και ποιοτικές υπηρεσίες στον χρήστη των υπηρεσιων ορισμένες εκ των οποίων αφορούν την παροχή συμβουλευτικής στα πλαίσια επαγγελματικής και κοινωνικής ένταξης. Στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα όπως ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επαγγελματιες υγείας. (Μέγα, 2009).

Τα κέντρα αποθεραπείας αποκατάστασης και στήριξης των ατόμων με αναπηρία :

Τα κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας έχουν ως στόχο την περίθαλψη και την παροχή φροντίδας στους ασθενείς που αντιμετωπίζουν πρόβλημα στο νευρικό, μυϊκό, κυκλοφορικό σύστημα ή νοητική υστέρηση. Μέσω της αποκαταστασης και την παροχή συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής στήριξης επιδιώκεται η επανένταξη του ατόμου στο περιβάλλον καθώς και η αυτοεξυπηρέτηση του. (Σπυρόπουλος, 2008).

Στην Ελλάδα λειτουργούν κέντρα αποκατάστασης δημόσια και ιδιωτικά, ενώ σε ορισμένα νοσοκομεία όπως το Ασκληπειό της Βούλας, το Γενικό Κρατικών Αθηνών, το 401Γ.Σ.Ν.Α και 451 Νοσοκομείο αεροπορίας, Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ιωαννίνων, λειτουργούν τμήματα αποκατάστασης και αποθεραπείας. (Σαμαρτζή, 2011).

Μία από τις σημαντικότερες δομές αποκατάστασης στην Ελλάδα είναι το Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης (ΕΚΑ), ιδρύθηκε το 1945 από το Αμερικανικό Ίδρυμα 'Εγγύς Ανατολή'. Τέσσερα χρόνια αργότερα οι δαπάνες για την λειτουργία του ως Κέντρο Αποκατάστασης Πολιτών Αναπήρων Ψυχικού, (Κ.Α.Π.Α.Ψ), καλύπτοταν από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, στο πλαίσιο της κρατικής κοινωνικής πολιτικής για την αποκατάσταση των αναπήρων. Ένας από τους ρόλους που επιτέλεσε ήταν και αυτός της περίθαλψης των αναπήρων πολέμου, ως ΝΠΔΔ

εντάχθηκε το 1961 με το ΝΔ 564/61 και ΒΔ 334/73, ακολούθησαν τέσσερις ακόμα νομοθετικές τροποποιήσεις, ΠΔ.106/1986,- ΠΔ.68/1992,- ΠΔ.307/2000, ΑΡΘΡΟ 9, Ν.2345/1995. Με τον Ν.3868/2010 μετονομάζεται σε Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης υπάγεται στο Ε.Σ.Υ ως νοσηλευτικό ίδρυμα. <https://ekahosp.wordpress.com/>

Τα κέντρα περίθαλψης παιδιών (ΚΕ.ΠΕ.Π): Τα κέντρα περίθαλψης παιδιών παρέχουν φροντίδα και περίθαλψη σε παιδιά τα οποία αντιμετωπίζουν βλάβες λόγο αναπηρίας οι οποίες είναι μη αναστρέψιμες και η παραμονή στο οικογενειακό τους περιβάλλον καθίσταται δύσκολη και δεν έχουν δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης. (Κανάτας, 2005).

Εθνικό κέντρο κοινωνικής αλληλεγγύης: Στα πλαίσια κοινωνικών μεταρρυθμίσεων με τον Ν.2646/1998, επιχειρήθηκε η συγχώνευση φορέων κοινωνικής προστασίας σε έναν ενιαίο φορέα, τον Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας (Ε.Ο.Κ.Φ). Οι φορείς που ενταθήκαν σε αυτόν τον φορέα ήταν: α) το Π.Ι.Κ.ΠΑ, β) Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας, (ΕΟΠ), γ) Κέντρο Βρεφών 'ΜΗΤΕΡΑ' αλλά και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας. Ο Ε.Ο.Κ.Φ καταργήθηκε το 2003, ορισμένοι φορείς του εντάχθηκαν στα Περιφερειακά συστήματα υγείας και πρόνοιας, επίσης κάποιοι εντάχθηκαν στο Ε.Κ.Α.Κ.Β το οποίο ορίστηκε ως ΝΠΔΔ, το 2005 μετονομάζεται πλέον στο σημερινό ΕΚΚΑ μέσω του Ν.3402/2005. Ο ρόλος που επιτελεί το ΕΚΚΑ δεν περιορίζεται μόνο σε συγκεκριμένες ομάδες αλλά καλύπτει ένα ευρύ φάσμα των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, ανάμεσα τους και τα άτομα με αναπηρία, καθώς με τον Ν.3895/2010 εντάχθηκε σε αυτό και Εθνικό Παρατηρητήριο Ατόμων Με Ειδικές Ανάγκες, το οποίο ως τότε λειτουργούσε ως ΝΠΙΔ, σκοπός ήταν ο σχεδιασμός δράσεων για την εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης όλων των ΑΜΕΑ. <http://www.ekka.org.gr/images/%CE%94%CE%97%CE%9C%CE%9F%CE%A3%CE%99%CE%95%CE%A3%20%CE%A3%CE%A7%CE%95%CE%A3%CE%95%CE%99%CE%A3/NEA-YGEIA-108.pdf> και <http://www.ekka.org.gr/index.php/about/2018-05-11-06-34-05>.

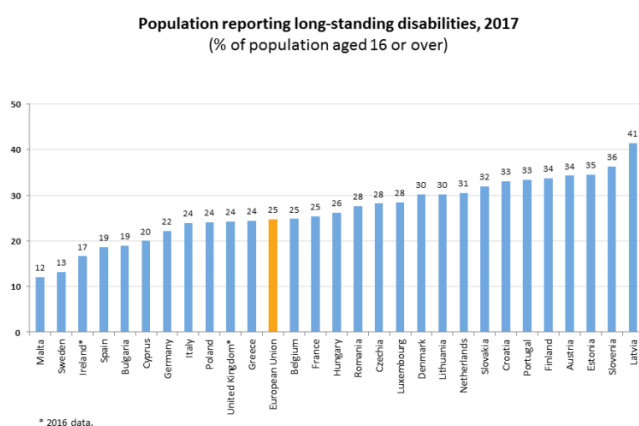
Εθνικό Ίδρυμα Κωφών : Ιδρύθηκε το 1907 και ξεκίνησε να προσφέρει τις υπηρεσίες του το 1938, ενώ ένα χρόνο πριν είχε συγχωνευτεί στα πλαίσια του Ν.726/4-6-1937, με τον Εθνικό Οίκο Κωφάλαων, όπου και συστήνεται το : Εθνικό Ίδρυμα Προστασίας Κωφάλαων, το οποίο υπάγεται στο Υπουργείο Πρόνοιας. Μέχρι και σήμερα το ίδρυμα στεγάζεται στην περιοχή των Αμπελοκήπων. Λόγο της κατάστασης που επικρατούσε στην Ελλάδα λόγω των συνεπειών του πολέμου, το ίδρυμα για εννέα χρόνια (1941-1950), λειτούργησε ως νοσοκομείο περίθαλψης. Παράλληλα την περίοδο 1956-1959 λειτουργούν σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας ειδικά σχολεία Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Βόλο, Σέρρες, Κρήτη ενώ το 1980 συστήνονται παραρτήματα

του Ιδρύματος. Με το ΒΔ.703/72 αναδιαμορφώνεται ο οργανισμός ενώ το 1975 γίνεται δεκτός ο εσωτερικός κανονισμός. Το παράρτημα που εδρεύει στον Βόλο καθώς και τα σχολεία, Σερρών και Κρήτης παύουν την λειτουργία τους το 2009. Ο σκοπός του ιδρύματος είναι:

- ❖ Η έγκαιρη διάγνωση της κώφωσης και της βαρηκοΐας
- ❖ η χορήγηση ειδικής αγωγής και περίθαλψη
- ❖ Η εκπαίδευση ώστε να επιτευχθεί η επανένταξη και αποκατάσταση του ατόμου
- ❖ Παροχή στήριξης στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς

Τα Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες μέσα από στατιστικά.

Βάση στατιστικών ένας στους τέσσερεις έλληνες έχουν αντιμετωπίσει κάποιας μορφής αναπηρίας η οποία για διάστημα μεγαλύτερο ή ίσο των έξι μηνών αποτέλεσε εμπόδιο στην εκπλήρωση των καθημερινών κοινωνικών τους υποχρεώσεων, με τον Μ.Ο στην Ε.Ε να είναι σχεδόν στα ίδια επίπεδα.

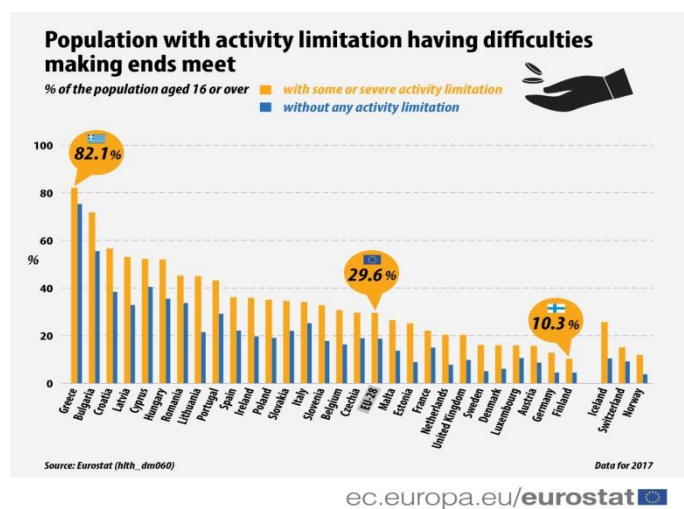


ec.europa.eu/eurostat

<https://www.amea-care.gr/eurostat-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CF%84%CE%BF-%CF%80%CE%BF%CF%83%CE%BF%CF%83%CF%84%CF%8C-%CF%80%CE%BF%CF%85-%CE%AD%CF%87%CE%B5%CE%B9-%CE%B4%CE%B7%CE%BB%CF%8E>

Στον τομέα της οικονομίας, οι επιπτώσεις της μακρόχρονης οικονομικής κρίσης στην χώρα μας φαίνεται πώς έχουν αντίκτυπο στην καθημερινότητα των ατόμων με ειδικές

ανάγκες καθώς ένα πολύ μεγάλο ποσοστό αντιμετωπίζει σοβαρές δυσκολίες κάλυψης αναγκών, αγγίζοντας ποσοστό λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών από ότι η Ελλάδα.



<https://www.amea-care.gr/eurostat-%CF%80%CE%AC%CE%BD%CF%89-%CE%B1%CF%80%CF%8C-8-%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%82-10-%CE%B1%CE%BC%CE%B5%CE%B1-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CE%B1%CE%BD%CF%84/>

4.5. ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Ορισμοί

Ορισμός εξάρτησης: Ως εξάρτηση θεωρείται η συμπεριφορά ενός ατόμου κατά την οποία επιδεικνύει ιδιαίτερη και συνεχή επικέντρωση προς μία ουσία και κυριεύεται από την θέληση του να την λάβει, το άτομο αυτό θεωρεί ιδανική την ψυχολογική του κατάσταση όταν κάνει χρήση αυτής της ουσίας θεωρώντας ότι με την λήψη αυτής καθίσταται ικανό να ανταποκριθεί σε κάθε δραστηριότητα του περιβάλλοντος και της ζωής του. (www.kethea.gr/fag/einai-exartisi/). Ο όρος εξάρτηση ορίστηκε το 1964 από επιτροπή εμπειρογνομόνων του Π.Ο.Υ, βάση αυτού ως εξάρτηση ορίζεται μια κατάσταση ψυχοσωματική, ως αποτέλεσμα επίδρασης της ουσίας σε έναν οργανισμό, ωθώντας το άτομο στην αναζήτηση και διαρκή ανάγκη να λάβει αυτή την συγκεκριμένη ουσία βιώνοντας την ψυχολογική επίδραση που αυτή προκαλεί, προσφέροντας του την αίσθηση ικανοποίησης αλλά και αντιμετώπισης αρνητικών συναισθημάτων που προκαλούνται με την στέρηση αυτής. (Ξούπα, 2011). Υπάρχουν δύο είδη εξαρτήσεων του ατόμου σε ουσίες η σωματική εξάρτηση και η ψυχική.

Σωματική εξάρτηση : Στην σωματική εξάρτηση ο οργανισμός του ατόμου εθίζεται στην παρουσία της ουσίας ως ‘ανάγκη’, η λήψη της ουσίας αυτής προκειμένου να επιδρά με την ίδια αποτελεσματικότητα στον οργανισμό μετά από ένα (χ) διάστημα απαιτεί μεγαλύτερη ποσότητα δόσης, αυτή η ανάγκη ονομάζεται ‘ανοχή’. Λόγο της ανοχής η τυχόν διακοπή της ουσίας και η απουσία της από τον οργανισμό οδηγεί το άτομο σε στερητικό σύνδρομο, τα συμπτώματα του οποίου είναι τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά.

Ψυχική εξάρτηση: Στην ψυχική εξάρτηση το άτομο καθορίζει την καθημερινότητα του με βάση την ανάγκη να λάβει την ουσία, συνεπώς όλος ο κόσμος του περιστρέφεται γύρω από αυτή, αδυνατεί να κατανοήσει την ζωή του με την απουσία αυτής. (www.faethon.org/arthra/18-kentro-prolipsis/prolipsi-kai-proagwgh-ygeias/23-ti-einai-h-eksartisi). Από τα δύο είδη εξαρτήσεων μεγαλύτερη δυσκολία στην αντιμετώπιση της συναντάται στην ψυχολογική καθώς απαιτεί περισσότερο χρόνο και προσπάθεια.

Ιστορική αναδρομή.

Η μαστίγα των ναρκωτικών ουσιών αναδείχτηκε κυρίως από την δεκαετία του 80’ και μετά, ωστόσο δεν εμφανίστηκε τότε καθώς υπάρχουν αναφορές για περιστατικά εξαρτήσεων ήδη από το 1901. Οι θεραπευτικές μονάδες οι οποίες έχουν οργάνωση και αφορούν αποκλειστικά τις εξαρτήσεις λειτουργούν τα τελευταία 40 χρόνια, ως τότε η παροχή βοήθειας γινόταν με άλλο τρόπο και σε άλλες δομές που φιλοξενούσαν και άλλες κοινωνικές ομάδες που αντιμετώπιζαν διαφορετικά προβλήματα είτε υγείας είτε κοινωνικοποίησης. Οι πρώτες δομές που φιλοξένησαν άτομα που έκαναν χρήση ουσιών ήταν τα θεραπευτήρια που λειτουργούσαν για την περίθαλψη των ψυχικά ασθενών, ειδικότερα το 1901 και 1912 στο θεραπευτήριο Δρομοκαίτιο νοσηλεύτηκαν οι πρώτοι εξαρτημένοι. Τέσσερα χρόνια μετά την ίδρυση του το 1905, το Αιγινήτειο παρείχε περίθαλψη σε χρήστη ουσιών κατά πάσα πιθανότητα για πρώτη φορά μετά την σύσταση του. Περιστατικά νοσηλείας ασθενών που έκαναν χρήση ουσιών συναντάμε και στο Δαφνί το 1924, αν και ως τότε υπήρχαν αναφορές για ύπαρξη χώρων που αργότερα συστεγάστηκαν στο Δαφνί, πρόκειται για την Βίλλα της Καλλιθέας, γνωστό και ως άσυλο της Αγίας Ελεούσας, ενώ ως την μεταφορά τους εκεί οι κρατήσεις ατόμων οι οποίοι είτε ως άστεγοι , κακοποιοί, χρήστες ουσιών, κρατούταν στα υπόγεια αστυνομικού τμήματος στο μοσχάτο. Το 1960 δημιουργείται

με πρωτοβουλία ενός ψυχιάτρου μία κλινική η οποία απευθυνόταν σε χρήστες ουσιών, για τον τρόπο λειτουργίας της ωστόσο υπήρξαν αρκετές ενστάσεις ακόμα και από τους ίδιους τους επαγγελματίες της κλινικής, καθώς την περίοδο 77-78, οι ίδιοι θεώρησαν δικαίωμα του χρήστη η προσέλευση του για θεραπεία και όχι κατόπιν εισαγγελικής παρέμβασης.

<https://www.vice.com/el/article/zm34p3/o-kosmos-twn-narkwtikwn-sthn-ellada-exei-mia-istoria-ekato-xronwn>

Οι πρώτες οργανωμένες ενέργειες για ανάπτυξη δομών που αφορούν αποκλειστικά την παροχή φροντίδας σε εξαρτημένα άτομα ξεκίνησαν την δεκαετία του 80'. Οι δομές που λειτουργούν 'ως και σήμερα και ξεχωρίζουν είναι οι εξής.

- **18 Άνω.**
- **ΚΕΘΕΑ.**
- **ΟΚΑΝΑ**

Το πρόγραμμα 18 Άνω

Η μονάδα απεξάρτησης 18 Άνω λειτουργεί υπό την διοίκηση του Ψυχιατρικού νοσοκομείου Αττικής ως μονάδα ξεκίνησε να λειτουργεί το 1972 στο περίπτερο Ν. 18 Άνω. Το 1995 διαχωρίζεται σε 2 τμήματα, η μία παρέχει υπηρεσίες σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών και η άλλη σε άτομα που αντιμετώπιζαν πρόβλημα με το αλκοόλ. Από τα δύο τμήματα του 1987 σήμερα απαριθμεί 33 συνολικά τμήματα και προγράμματα παροχής υπηρεσιών σε εξαρτημένους ανθρώπους. www.18ano.gr/profil

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει τρεις φάσεις, στην πρώτη φάση ο στόχος είναι η προσέγγιση του ασθενούς με σκοπό την αντίληψη του προβλήματος του με σκοπό να ενταχθεί σε κλειστή δομή, έχει διάρκεια τριών μηνών και ο σχεδιασμός περιλαμβάνει τοξικολογικές εξετάσεις αλλά και την ψυχική στήριξη του ασθενούς. Η δεύτερη φάση είναι μεγαλύτερης διάρκειας, ο χρήστης συμμετέχει σε ομάδα σε ομάδα μαζί με άλλα άτομα με τα οποία μοιράζεται τις ψυχοσυναισθηματικές εμπειρίες, δεν έχει επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον για να μην επηρεάζεται η επικέντρωση του στον στόχο που δεν είναι άλλος από την ολοκλήρωση της θεραπείας. Τέλος η τελική φάση είναι η πιο καθοριστική προγράμματος και η μεγαλύτερη σε χρονική διάρκεια, με την ολοκλήρωση της ο ασθενής θα πρέπει να είναι σε θέση να ενταχθεί ξανά στην κοινότητα διεκδικώντας ίσες ευκαιρίες. (Δημητροκάλης, 2018).

Ο ρόλος του ΟΚΑΝΑ.

Ο ΟΚΑΝΑ συστήθηκε το 1993 με τον Ν.2161/1993 και ξεκίνησε να λειτουργεί το 1995, ένα χρόνο αργότερα εφαρμόζει το πειραματικό πρόγραμμα υποκατάστασης (ΠΠΥ), που αφορούσε την χορήγηση μεθαδόνης, παράλληλα λειτουργούν υπό την εποπτεία του δύο ακόμα παρόμοιες δομές υποκατάστασης σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. (Αμπλιανίτη, 2011). Ο ΟΚΑΝΑ στελεχώνεται από επιστημονικό προσωπικό όλων των ειδικοτήτων, όπως κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, το οποίο παρέχει πέραν της θεραπείας με υποκατάστατο και συμβουλευτική υποστήριξη σε νομικά και ψυχολογικά θέματα, ψυχοθεραπεία και παροχή ιατρικής περίθαλψης. Επίσης λειτουργούν και ένας αριθμός στεγνών θεραπευτικών προγραμμάτων που εφαρμόζονται στην Ελλάδα. (Μίχος, 2017). Για 20 χρόνια μέχρι την θεσμοθέτηση του Ν.4139/2013 επιτελούσε τον ρόλο του εθνικού συντονιστικού φορέα καθώς και είχε την επιμέλεια προώθησης και σχεδιασμού παρεμβάσεων και προγραμμάτων για την επανένταξη και την θεραπεία. (Καρακικέ, κατσιβαρδέα, 2016). Ο ΟΚΑΝΑ από την ίδρυση του ως σήμερα έχει ως σκοπό την παροχή φροντίδας μέσω δράσεων όπως :

- Μελέτη και ανάπτυξη δράσεων μέσα από διασύνδεση κρατικών οργάνων με στόχο την πρόληψη, θεραπευτική αγωγή και επανένταξη των τοξικό εξαρτημένων ατόμων.
- Ανάλυση δεδομένων, που εντοπίζεται το πρόβλημα της εξάρτησης από ουσίες και έγκυρη ενημέρωση της κοινής γνώμης με σκοπό την πρόληψη και ευαισθητοποίηση.
- Ανάπτυξη δομών μέσω των οποίων θα χορηγείται θεραπευτική αγωγή και προγραμμάτων με σκοπό την βοήθεια του ατόμου να επανέλθει στην κανονικότητα και στην ισότιμη συμμετοχή σε επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο.
- Ανάπτυξη διασυνδέσεων με οργανισμούς όχι μόνο της Ελλάδας αλλά και εκτός συνόρων προκειμένου να υπάρξει ολοκληρωμένη μελέτη σχετικά με την μάστιγα των ναρκωτικών ουσιών. (Πετράτου, Παππά. 2018).

Η είσοδος της χώρας στην δίνη της οικονομικής κρίσης είχε ως αποτέλεσμα να υπάρξει μία σχετική μείωση στις συνολικές δαπάνες του οργανισμού της τάξης περίπου στο 30% (Από 46.394.218 το 2009 σε 33.288.368) επί του συνόλου

Πίνακας 1.1: Κατανομή δαπανών ΟΚΑΝΑ (2009 – 2018)				
	2009	2015	2017	2018
	€	€	€	€
Πρόληψη				
Συγχρηματοδότηση Κέντρων Πρόληψης	6.814.753	6.505.174	6.500.000	6.500.000
Πρόγραμμα Υποκατάστασης				
				(ΜΥΑΠ, ΜΟΘΕ, ΜΕΦΥ, ΕΙΣ, ΜΚΕ)1,2
Κόστος μισθοδοσίας προσωπικού	18.236.516	11.627.027	12.738.110	11.759.987
Έξοδα στέγασης και λειτουργίας	8.522.640	6.785.161	5.301.350	8.137.174
Σύνολο	26.759.156	18.412.188	18.039.460	19.897.161
«Στεγνά» Θεραπευτικά Προγράμματα				
Κόστος μισθοδοσίας προσωπικού	476.288	250.465	279.714	870.134
Έξοδα στέγασης και λειτουργίας	167.921	58.837	114.244	424.931
Σύνολο	644.209	309.302	393.958	1.295.065
ΕΚΚΕ (Εξειδικευμένα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης)				
				ΕΚΚΕ / Υπηρεσίες στήριξης σε μέλη Θεραπευτικών Προγραμμάτων
Κόστος μισθοδοσίας προσωπικού	413.028	163.238	181.758	342.780
Έξοδα στέγασης και λειτουργίας	300.396	128.180	55.475	167.397
Σύνολο	713.424	291.418	237.233	510.177
Προγράμματα Άμεσης Πρόσβασης και Βοήθειας				
Κόστος μισθοδοσίας προσωπικού	2.836.611	926.441	875.397	1.001.972
Έξοδα στέγασης και λειτουργίας	604.006	188.068	535.988	489.315
Σύνολο	3.440.617	1.114.509	1.411.385	1.491.286
Κεντρική Διοίκηση – Άλλες δομές υποστήριξης προγραμμάτων				
Κόστος μισθοδοσίας προσωπικού	3.601.702	1.952.288	1.537.486	1.977.577
Έξοδα στέγασης και λειτουργίας	1.936.318	3.227.627	2.369.402	965.752
Σύνολο	5.538.020	5.179.915	3.906.888	2.943.329
Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας (ΑΠΘ) και άλλες επιχορηγήσεις				
				651.350
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	46.934.218	33.291.303	31.736.340	33.288.368

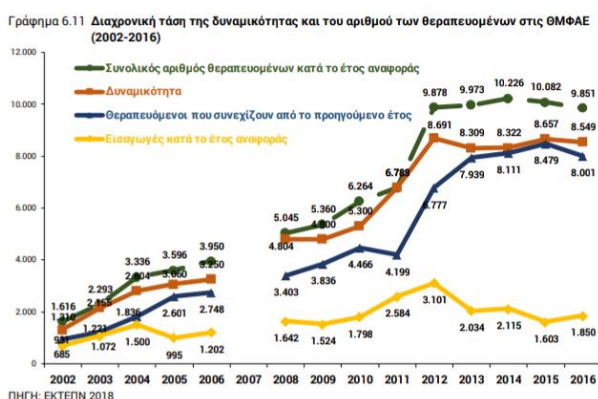
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2019 (Στοιχεία: ΟΚΑΝΑ 2010-2019)

(Πίνακας,4)

<https://www.ektepn.gr/publications/2020/etisia-ekthesi-ektepn/etisia-ekthesi-2019-i-katastasi-toy-problimatos-ton>.

Από το 2002 στην Αθήνα και από το 2011 στην Θεσσαλονίκη για τα άτομα που επιθυμούν να ενταχθούν στο πρόγραμμα θεραπείας φαρμακευτικής αντιμετώπισης (ΘΦΑΕ) , λειτουργούν τα κέντρα υποδοχής και ενημέρωσης και προσανατολισμού, με σκοπό την αναβάθμιση των υπηρεσιών. Μέσω των κέντρων αυτών ο χρήστης έχει την δυνατότητα να ενημερωθεί για τα θεραπευτικά προγράμματα που μπορεί να ενταχθεί, να αιτηθεί την ένταξη σε ΘΦΑΕ αλλά και να λάβει περαιτέρω πληροφορίες για αυτά. Δίνεται βαρύτητα επίσης στο περιβάλλον του χρήστη και την ενδυνάμωση του ευρύτερου περιβάλλοντος του, ενώ τέλος υπάρχει διασύνδεση και με φορείς πρόνοιας και δομές που μπορούν να παρέχουν στήριξη στον χρήστη. Στο διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζεται ο αριθμός των θεραπευομένων που εντάχθηκαν σε πρόγραμμα ΘΦΑΕ, από το 2002 ως το 2011 παρατηρείται μία αύξηση αλλά με σταθερό ρυθμό ενώ το 2012 το ποσοστό εκτινάσσεται κατά 46%. Τέλος το διάστημα

2012-2016 επανέρχεται η σταθερότητα λόγω της παραμονής των χρηστών στο πρόγραμμα για μεγάλο διάστημα.



(Διάγραμμα,4)

<https://www.ektepn.gr/sites/default/files/2020-06/ETHSIA%20EKTHESI%202016%28final%29.pdf>

Ο ΟΚΑΝΑ από την σύσταση τους ως σήμερα έχει αναπτύξει συνολικά 57 δομές σε όλη την Ελλάδα, 4 στεγνά θεραπευτικά προγράμματα, ενώ λειτουργούν και θεραπευτικές μονάδες σε 3 σωφρονιστικά καταστήματα, α) Πάτρα, β) Κορυδαλλο και γ) Άγιο Στέφανο Αττικής. (Πετράτου, Παππά. 2018).

Ο ρόλος του ΚΕΘΕΑ

Το ΚΕΘΕΑ με την σημερινή του μορφή λειτούργησε για πρώτη φορά το 1987, είχε προηγηθεί το Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα "ΙΘΑΚΗ" την περίοδο 1983-1987, που είχε σκοπό την παροχή βοήθειας σε άτομα που αντιμετώπιζαν πρόβλημα με την τοξικοεξάρτηση. Ν.1729 . Η ίδρυση του ΚΕΘΕΑ ήταν η αρχή ενός οργανωμένου σχεδιασμού για πρώτη φορά στην Ελλάδα για την παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και προστασίας των τοξικοεξαρτημένων ατόμων, σε αυτό εντάχθηκαν όλες οι υπηρεσίες του Ειδικού Θεραπευτικού Προγράμματος. Λειτουργεί ως ΝΠΙΔ εποπτεύεται βάση του Ν.3204/2003 από του Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Μέσω των δομών σε όλη την Ελλάδα σχεδιάζονται δράσεις με στόχο την θεραπευτική παρέμβαση, την πρόληψη, την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση αλλά και παροχή συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής στήριξης των ατόμων για την κοινωνική τους επανένταξη. (Ζήση, 2014). Μέσω του ΕΣΠΑ 2014-2020 αναπτύχθηκαν 15 ακόμα νέες δομές για την αντιμετώπιση ειδών εξαρτήσεων αλλά και την προώθηση της εκπαίδευσης των

ατόμων και την ένταξη τους , συνολικά διαθέτει 100 μονάδες και 19 σωφρονιστικά καταστήματα σε όλη την χώρα και ο ετήσιος μέσος όρος εξυπηρετούμενων χρηστών φτάνει τις 15.000. <https://www.kethea.gr/kethea/nees-monades-meso-espa/> Οπώς και στην περίπτωση του ΟΚΑΝΑ και για το ΚΕΘΕΑ η οικονομική κρίση επηρέασε τις δαπάνες καθώς το 2009, έτος έναρξης της κρίσης παρατηρήθηκε μείωση στις επιχορηγήσεις με αποτέλεσμα να μειωθούν οι δαπάνες, σταδιακά η κατάσταση σταθεροποιείται δεν παρατηρείται όμως κάποια άυξηση όπως στην περίπτωση του ΟΚΑΝΑ, μάλιστα για το ΚΕΘΕΑ η μείωση στις επιχορηγήσεις αγγίζει το 49%.

Πίνακας 1.2: Κατανομή δαπανών ΚΕΘΕΑ (2009 – 2018)

	2009 €	2015 €	2017 €	2018 €
Πρόληψη				
Στη Σχολική κοινότητα	399.185	181.042	194.292	122.630
Στην Κοινότητα	347.857	307.049	460.202	361.865
Εποπτεία –Υποστήριξη – Ενημέρωση	252.397	338.150	142.805	139.792
Σύνολο	999.439	826.241	797.299	624.287
Μείωση της βλάβης - κινητοποίηση				
Συμβουλευτικά Κέντρα	3.622.980	1.286.792	1.306.022	1.381.674
Προγράμματα Άμεσης Πρόσβασης και Προγράμματα Προσέγγισης Χρηστών στο Δρόμο	969.902	648.431	500.773	529.642
Ψυχοδιαγνωστικό Κέντρο /Ιατρικές Υπηρεσίες	527.052	186.824	235.917	241.431
Τηλεφωνική Γραμμή SOS 1145	200.643	64.625	64.353	69.029
Σύνολο	5.320.577	2.186.672	2.107.065	2.221.777
Παρεμβάσεις στο Σύστημα Ποινικής Δικαιοσύνης				
Συμβουλευτικό Κέντρο στα Δικαστήρια Ανηλίκων	51.159	615.696	299.286	330.940
Πρώτα Συμβουλευτικές Κρατούμενων	1.589.303	-	-	-
Πρώτα Απεξάρτησης Κρατούμενων	654.257	597.193	535.790	576.090
Κέντρα Υποδοχής και Επανεπίταξης	542.865	1.029.853	512.176	231.966
Αποφυλακισμένων	-	-	-	-
Πρόγραμμα Οικογενειακής Υποστήριξης	48.629	-	-	-
Σύνολο	2.886.213	2.242.742	1.347.252	1.138.997
Θεραπεία				
Προγράμματα Απεξάρτησης Διαμονής Ενηλίκων	3.700.220	1.759.749	1.803.757	1.707.583
Προγράμματα Απεξάρτησης Ημερήσιας Φροντίδας Ενηλίκων και Εφήβων – Νεαρών Ενηλίκων	2.983.973	1.611.327	1.332.590	1.370.367
Πολυφασικά προγράμματα ενηλίκων	-	-	904.050	1.383.940
Πολυφασικά προγράμματα εφήβων	858.839	497.763	238.129	302.832
Σύνολο	7.543.032	3.868.839	4.278.526	4.764.721
Υπηρεσίες για Ειδικούς Πληθυσμούς				
Κέντρο για Μετανάστες και Πρόσφυγες (MOSAIC)	488.806	233.046	144.449	129.801
Μονάδα Απεξάρτησης από το Αλκοόλ και τα Τυχερά Παίχνια	305.374	278.375	429.665	381.302
Ειδική Μονάδα Απεξάρτησης για Εξαρτημένους Γονείς	106.578	-	-	-
Σύνολο	900.758	511.421	574.114	511.102
Κοινωνική Επανεπίταξη				
Κέντρα Κοινωνικής Επανεπίταξης	1.545.251	666.324	916.699	880.009
Επαγγελματική κατάρτιση / Εκπαίδευση				
Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης / Εκπαίδευσης μελών	343.071	248.796	984.029	960.637*
Παραγωγικές Μονάδες Λιθογραφεία, Ξυλουργείο, Κεραμική, Αγρόκτημα)	3.461.776	1.028.844	1.159.435	1.054.283
Μεταβατικά Σχολεία	1.221.475	811.426	238.963	439.030
Σύνολο	5.026.322	2.089.066	2.382.427	2.453.950
Μονάδες Χρηματοδοτούμενες από ΕΣΠΑ / Χορηγίες				
Πολυδύναμα Ψυχοδιαγνωστικά Κέντρα	-	479.612	-	-
Κινητές Μονάδες street-work	-	477.240	-	-
Τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης και τηλεσυμβουλευτικής	-	31.779	-	-
Σύνολο	-	988.631	-	-
Θεραπεία Οικογένειας: Κέντρα Οικογενειακής Συμβουλευτικής και Θεραπείας	1.819.197	476.881	605.865	636.390
Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας / Στλετών	900.036	107.434	448.955	393.512
Έρευνα / Αξιολόγηση	1.502.499	218.266	321.727	231.337
Διοικητική Υποστήριξη	1.875.087	1.185.817	1.304.964	1.347.691
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	30.318.411	15.368.331	15.084.893	15.203.774

(Πίνακας 5)

Το ΚΕΘΕΑ διαθέτει σειρά από δομές και υπηρεσίες, πιο αναλυτικά αυτές αφορούν : 2 κέντρα άμεσης πρόσβασης, 2 κινητή μονάδα προσέγγισης χρηστών στον δρόμο, 31 συμβουλευτικά κέντρα, 17 μονάδες εντατικής ψυχικής απεξάρτησης, 4 μονάδες απεξάρτησης ήπιας παρέμβασης, 29 κέντρα οικογενειακής στήριξης, 10 κέντρα κοινωνικής επανεπίταξης, 4 θεραπευτικές κοινότητες σε σωφρονιστικά καταστήματα, 19 προγράμματα συμβουλευτικής στήριξης και 2 τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας. Το ΚΕΘΕΑ επίσης έχει αναπτύξει διασυνδέσεις με την ΕΕ, συγκεκριμένα αποτελεί Σύμβουλος οργανισμός του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου (ECOSOC) του ΟΗΕ σε θέματα ναρκωτικών και συνεργάτης της Διεύθυνσης Πληροφόρησης (DPI) του ΟΗΕ. Μέλος της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων (WFTC), της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων (EFTC), στην

οποία και προεδρεύει, της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Οικογενειακής Θεραπείας (EFTA), της Επιτροπής των ΜΚΟ στην Βιέννη για τα ναρκωτικά.

https://www.kethea.gr/wp-content/uploads/2019/07/APOL-2018_LF3L.pdf

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΟΜΕΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

5.1. Η Τρίτη ηλικία

Η τρίτη ηλικία ενός ανθρώπου ξεκινά από την ηλικία των 60 χρόνων έως την στιγμή που ο άνθρωπος φεύγει από την ζωή, στις παλαιότερες εποχές η έναρξη της τρίτης ηλικίας θέτονταν από την ηλικία των 50. Όπως κάθε άνθρωπος σε κάθε ηλικιακή ομάδα έτσι και τα άτομα της τρίτης ηλικίας βιώνουν μία καθημερινότητα που περιβάλλεται από ανάγκες, η πυραμίδα του Maslow αντικατοπτρίζει με σαφήνεια τις ανάγκες του ανθρώπου και οι οποίες είναι επίσης σημαντικές και για την τρίτη ηλικία.



Με βάση την πυραμίδα του Maslow οι ανάγκες των ηλικιωμένων εκφράζονται ως εξής : Κύριο μέλημα νοείτε η εξασφάλιση της υγείας καλύπτοντας τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες όπως η διατροφή και ο ύπνος. Η ασφάλεια αποτελεί το δεύτερο επίπεδο της πυραμίδας, η έννοια της ασφάλειας αφορά πολλές παραμέτρους οι οποίες έχουν να κάνουν με την προσβασιμότητα σε δομές προστασίας, ισότητα στην διασφάλιση πρόσβασης στην φροντίδα της υγείας, εξασφάλιση υγιούς και ασφαλούς περιβάλλοντος διαμονής και τέλος οικονομική ασφάλεια μέσω ενός αξιοπρεπούς εισοδήματος. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας έχουν ανάγκη από συντροφικότητα, αποτελεί ζωτικής σημασίας για αυτούς να μην αισθάνονται απομονωμένοι, ειδικά όσοι έχουν βιώσει απώλεια φίλων, συγγενών ή συντρόφων , το αίσθημα του ανήκειν στο τρίτο επίπεδο της πυραμίδας είναι εξίσου σημαντικό ή ακόμα και σημαντικότερο από άλλα πράγματα στην ζωή, οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να κινητοποιούνται τόσο από το στενό τους περιβάλλον όσο και από τους επαγγελματίες της υγείας να συμμετέχουν σε δραστηριότητες και συλλόγους, συμμετέχοντας σε δράσεις ψυχαγωγίας. Στις κεντρικές κρατικές υπηρεσίες περιλαμβάνονται τέτοιες δομές που

δίνουν την δυνατότητα δικτύωσης μεταξύ των ανθρώπων αυτής της ηλικίας και συμμετοχής αυτών σε δραστηριότητες τύπου εκδρομές, αναψυχής και τουρισμού. Η έναρξη της τρίτης ηλικίας αποτελεί για τον άνθρωπο ένα προσωπικό άτυπο 'στοίχημα' σχετικά με την ικανότητα να φέρει εις πέρας οτιδήποτε. Σε όλη τους την πορεία οι άνθρωποι έχουν αποκτήσει εμπειρίες και γνώσεις που θεωρούν σημαντικό να μεταφέρουν στα πιο νέα ηλικιακά άτομα του περιβάλλοντος τους. Θεωρείται πολύ σημαντικό επίσης να αισθάνονται ικανοί και άξιοι στην επίτευξη στόχων, αυτό είναι το αίσθημα της αυτοεκτίμησης, μία σημαντική ανάγκη η οποία ιεραρχείται στο τέταρτο επίπεδο της πυραμίδας. Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι τόσο στο περιβάλλον μας (παππούδες, γιαγιάδες, γονείς, συγγενείς) αλλά και ηλικιωμένοι σε κάθε κοινότητα και μέρος του κόσμου αξίζουν τον σεβασμό και να νιώθουν αξιοπρέπεια. Το τελευταίο και εξίσου σημαντικό επίπεδο είναι αυτό της αυτοπραγμάτωσης. Ο κάθε άνθρωπος που έχει φτάσει στην ηλικία των 60+ , μέσα από όσα έχει δημιουργήσει στη ζωή του, οι γνώσεις και οι εμπειρίες που απέκτησε του δίνουν το δικαίωμα να αισθάνεται πλήρης, η επιτυχής επίτευξη στόχων που ανήκουν στα προηγούμενα επίπεδα δίνει ο δικαίωμα να βιώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό το αίσθημα της αυτοπραγμάτωσης. (Γκράτζιου, 2018). Η προστασία των ατόμων της τρίτης ηλικίας αποτελεί μέλημα του οικογενειακού τους περιβάλλον, καθώς ο χρόνος περνάει ο ηλικιωμένος άνθρωπος αισθάνεται όλο και πιο έντονα την κόπωση να καταβάλει τον οργανισμό του σταδιακά, η ανάγκη για παροχή φροντίδας από τρίτο πρόσωπο γίνεται όλο και πιο συχνή καθώς η αυτό εξυπηρέτηση δεν είναι το ίδιο εφικτή όπως πρώτα. Για να μπορέσει ένα οικογενειακό περιβάλλον να ανταπεξέλθει στην κάλυψη των αναγκών της τρίτης ηλικίας θα πρέπει να είναι βιώσιμο, δηλαδή τα παιδιά των ηλικιωμένων ατόμων να έχουν ενσυναίσθηση των αναγκών και να θέτουν ένα πλάνο φροντίδας με όλα τα μέλη της οικογένειας. (Κουτρουλή, χ.χ). Όταν η φροντίδα είναι αδύνατη από το δίκτυο του περιβάλλοντος του ατόμου , υπάρχει μέριμνα για την ένταξη των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας σε δομές προστασίας που ανήκουν είτε στις κεντρικές κρατικές υπηρεσίες, είτε στον ιδιωτικό τομέα. Στο ελληνικό κράτος η κοινωνική μέριμνα για την φροντίδα των ηλικιωμένων επικεντρώνεται σε ένα μικτό σύστημα πρόνοιας το οποίο περιλαμβάνει:

- Παροχή κοινωνικών υπηρεσιών
- Κάλυψη φροντίδας μέσω ασφαλιστικών ταμείων
- Φορολογικές ελαφρύνσεις

- Εισοδηματική ενίσχυση

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας έχουν ανάγκη από μία ολοκληρωμένη φροντίδα η οποία διασφαλίζεται μέσω της διασύνδεσης νοσοκομειακής και πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά και κοινωνικής μέριμνας, ο σχεδιασμός των προγραμμάτων γίνεται από επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν την διεπιστημονική ομάδα. Θεωρείται σημαντικό η φροντίδα να εστιάζει στο κοινωνικό αντί του κλινικού μοντέλου, η επιτυχής έκβαση αυτού του μοντέλου προσφέρει μια σειρά από πλεονεκτήματα όπως η εξοικονόμηση πόρων και η ελαχιστοποίηση πιθανοτήτων ιδρυματικής ή νοσοκομειακής περίθαλψης . Στο πλαίσιο υιοθέτησης του κοινωνικού μοντέλου το ελληνικό κράτος ανέπτυξε δομές και προγράμματα εστιασμένα στην κάλυψη κοινωνικών αναγκών. Η πολιτική για τους ηλικιωμένους ανθρώπους στηρίζεται σε έξι άξονες

- 1 Διασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης
- 2 Αναβάθμιση και εμπλουτισμός παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- 3 Ενίσχυση οικογενειακών πολιτικών
- 4 Προώθηση της ενεργού συμμετοχής των ατόμων τρίτης ηλικίας, όπως και η παροχή δυνατοτήτων για να αναπτύξουν τις ικανότητές τους
- 5 Διασύνδεση επιμέρους προνοιακών πολιτικών και προγραμμάτων
- 6 Ενθάρρυνση της τοπικής, αποκεντρωμένης και μικρής κλίμακας λειτουργία

Όσο αφορά την περίθαλψη, στην Ελλάδα υπάρχουν δύο κατηγορίες, η έξω ιδρυματική και η ιδρυματική. Από τα πρώτα προγράμματα προστασίας έξω ιδρυματικής περίθαλψης που ξεχωρίζουν για την τρίτη ηλικία, είναι το πρόγραμμα των ΚΑΠΗ (κέντρο ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων), το οποίο ξεκίνησε να εφαρμόζεται την δεκαετία του 80', δέκα χρόνια αργότερα ξεκινά και το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι, ένα πρόγραμμα που εστίαζε στις ανάγκες των ηλικιωμένων οι οποίοι δεν είχαν κάποιο οικογενειακό ή στενό περιβάλλον, το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποδείχτηκε πολύ επιτυχές βάση της αξιολόγησης , συνεπώς κρίθηκε αναγκαία η επέκτασή του. Επιπλέον σημαντική συνεισφορά στην φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας παρέχει και το πρόγραμμα Κ.Η.Φ.Η (κέντρο ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων). Τα ανωτέρω προγράμματα εντάσσονται στο πλαίσιο της έξω ιδρυματικής φροντίδας , στις δομές προστασίας ιδρυματικής περίθαλψης ανήκουν οι δομές των γηροκομείων και των θεραπευτηρίων χρόνιων παθήσεων, οι

όποιες επίσης στελεχώνονται από επιστημονικό προσωπικό προκείμενου να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα.

5.2. Τα γηροκομεία.

Στην αρχαία Ελλάδα το η οριοθέτηση του γήρατος αφορούσε την ηλικία των 50 ετών και έπειτα, οι κακές συνθήκες διαβίωσης είχαν ως αποτέλεσμα ασθένειες και θανάτους από πολύ μικρότερη ηλικία σε σχέση με τα σημερινά δεδομένα. Η νομοθεσία εκείνης της εποχής υποχρέωνε τις ευκατάστατες οικογένειες να αναλάβουν την φροντίδα των ηλικιωμένων γονέων τους, για όσους δε ανήκαν στους άπορους υπήρχαν τα γηροβοσκεία, τα σημερινά δηλαδή γηροκομεία. Τα γηροκομεία αποτελούν δομές προστασίας και φροντίδας ηλικιωμένων, ανήκουν στις κλειστές μονάδες περίθαλψης. Τα γηροκομεία με τη σημερινή τους μορφή χρονολογούνται από το 1875, όπου ιδρύθηκε το πρώτο γηροκομείο στην Αθήνα , ενώ το δεύτερο ανεγέρθη στον Πειραιά λίγα έτη αργότερα και συγκεκριμένα το 1891, <https://www.nou-pou.gr/stories/patridognwsia/to-2o-archeotero-giromio-stin-ellada-ine-ston-pirea/>. αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα λειτουργούν περίπου 200 γηροκομεία τα οποία φιλοξενούν 25.000 ηλικιωμένους. (ethnos.gr). Η περίθαλψη ενός ηλικιωμένου σε μια δομή όπως το γηροκομείο μπορεί να κριθεί αναγκαία για ποικίλους λόγους, οι πιο βασικοί είναι είτε μη ύπαρξης οικογενειακού περιβάλλοντος, δηλαδή να είναι μοναχικό άτομο, είτε λόγω αδυναμίας της οικογένειας να παρέχει επαρκή φροντίδα, αυτό μπορεί να συμβαίνει είτε λόγω οικονομικής αβεβαιότητας , είτε έλλειψη χρόνου λόγω εργασίας των μελών της οικογένειας, είτε ακόμα και όταν υπάρχουν σοβαρά προβλήματα υγείας κυρίως ψυχοδιανοητικής φύσεως, όπου η παραμονή του ατόμου σε ένα οικογενειακό περιβάλλον κρίνεται αδύνατη.

5.3. Ο ρόλος των ΚΑΠΗ

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ είναι ένα πρόγραμμα ανοιχτής περίθαλψης ηλικιωμένων το οποίο ξεκίνησε το 1979 από το υπουργείο υγείας, 4 χρόνια αργότερα και συγκεκριμένα το 1983, ο θεσμός πέρασε στην αρμοδιότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης. Μέσω του προγράμματος των ΚΑΠΗ, ο ηλικιωμένος έχει την δυνατότητα να συμμετέχει σε εκδηλώσει, δραστηριότητες, ταξίδια αναψυχής, με άλλους συνομηλικούς του, χωρίς να στερείται την διαμονή του στο οικογενειακό περιβάλλον και της οικογενείας του. Η πρώτη δομή ΚΑΠΗ συστάθηκε το 1979 από

πενταμελή ομάδα εθελοντών, διαφόρων ειδικοτήτων, η ονομασία αυτής της πρώτης δομής ήταν ‘ Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς’. Μέσα σε δύο χρόνια (1979-1981) στην Ελλάδα λειτούργησαν 8 ΚΑΠΗ, από την ανάληψη της αρμοδιότητας του προγράμματος από τους ΟΤΑ, ο αριθμός των δομών ανήρθε στα 260. Οι οικονομικές δαπάνες των ΚΑΠΗ καλυπτόταν αρχικά από το υπουργείο υγείας και έπειτα από τους δήμους. Ο εξοπλισμός, οι υλικές ανάγκες αλλά και οι κτηριακές υποδομές χορηγούταν ως το 1991, από το υπουργείο υγείας, ενώ στη συνέχεια η αρμοδιότητα αυτή πέρασε στο υπουργείο εσωτερικών. Η λειτουργία των ΚΑΠΗ διέπεται από το Ν.Δ, 162/1974, ΦΕΚ Α’227. Ο ρόλος των ΚΑΠΗ εστιάζει στην κάλυψη αναγκών των ατόμων της τρίτης ηλικίας όπως:

- Κάλυψη συναισθηματικών, βιολογικών αναγκών.
- Συνεργασία φορέων με στόχο την παροχή καλύτερης δυνατής φροντίδας
- Κάλυψη ιατρικών αναγκών, μέσα από ανάπτυξη προγραμμάτων εμβολιασμού, ιατρικών- διαγνωστικών εξετάσεων
- Ενημέρωση για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, αλλά και προγράμματα φυσιοθεραπείας

Οι συναισθηματικές- κοινωνικές ανάγκες για την ψυχική ευεξία των ηλικιωμένων, είναι εφικτό να καλυφθούν μέσα από μια σειρά δράσεων όπως εκδρομές, συζητήσεις, πολιτιστικές επισκέψεις, επιμόρφωση. Οι δομές των ΚΑΠΗ στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα διάφορων επαγγελματιών υγείας όπως : Ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, διοικητικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας, εργοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, διοικητικό και υγειονομικό προσωπικό καθώς και οικογενειακούς βοηθούς. Για την αποτελεσματικότερη φροντίδα και κοινωνική προστασία, υπάρχει διασύνδεση μεταξύ φορέων και προγραμμάτων , όπως το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι και τα Κ.Η.Φ.Η.

5.4 Το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι

Το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι είναι ένα πρόγραμμα παροχής φροντίδας κατ’ οίκον σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν δυσκολία στην αυτοεξυπηρέτηση τους και έχουν ανάγκη από συντροφικότητα. Ξεκίνησε το 1997 πιλοτικά μέσω συνεργασία Υπουργείων υγείας και εσωτερικών- Δήμων και ΚΑΠΗ. Η επιτυχής έκβαση της πιλοτικής εφαρμογής έκρινε αναγκαία την συνέχιση και επέκταση του προγράμματος

συγκεκριμένα το 2002 μέσα από την χρηματοδότηση από εθνικούς πόρους και του Γ' ΚΠΣ (κοινοτικό πλαίσιο στήριξης), το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε άλλους 751 ΟΤΑ, σήμερα στην ελληνική επικράτεια λειτουργούν 1000 μονάδες του προγράμματος. Σκοπός: Ο σκοπός του προγράμματος είναι η φροντίδα ατόμων τρίτης ηλικίας που δεν δύναται να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως, η φροντίδα αυτή περιλαμβάνει ενέργειες όπως

- Συντροφικότητα / συναισθηματική υποστήριξη
- Δουλειές στην οικία του εξυπηρετούμενου, όπως μαγείρεμα, καθαρισμός
- Ιατρικές πράξεις όπως χορήγηση φαρμάκων, λήψη ζωτικών σημείων, θερμομέτρηση
- Πληρωμές λογαριασμών
- Συνοδεία σε ιατρικά κέντρα
- Ενημέρωση και βοήθεια σε θέματα γραφειοκρατικά όπως επιδόματα, αιτήσεις, συντάξεις
- Παροχή ειδών πρώτης ανάγκης
- Διασύνδεση με φορείς και αν κριθεί αναγκαίο σε περίπτωση ιατρικού προβλήματος, ένταξη του ηλικιωμένου σε μονάδα ιατρικής περίθαλψης

Στελέχωση προγράμματος:

Το προσωπικό που απασχολείται κατά κύριο λόγο στο πρόγραμμα 'Βοήθεια στο σπίτι' αποτελείται κυρίως από : Έναν κοινωνικό λειτουργό ο οποίος εποπτεύει το πρόγραμμα, αναλαμβάνει την διασύνδεση μεταξύ των φορέων και την επίλυση των ιατρικών και κοινωνικών θεμάτων. Νοσηλεύτριες οι οποίες έχουν ως αρμοδιότητα την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως η λήψη ζωτικών σημείων, η θερμομέτρηση αλλά και η επικοινωνία με ιατρούς ειδικοτήτων έτσι ώστε αν κριθεί αναγκαίο ο εξυπηρετούμενος να μεταφερθεί για περίθαλψη, στο προσωπικό του προγράμματος επίσης απασχολούνται οικογενειακοί βοηθοί οι οποίοι διεκπεραιώνουν θέματα που σχετίζονται με τις οικιακές δουλειές, καθάρισμα μαγειρική, παροχή προμηθειών, πληρωμή λογαριασμών. Τα μέλη της ομάδας που στελεχώνουν το πρόγραμμα βρίσκονται σε επικοινωνία και συνεργασία με ιατρούς και ψυχολόγους για την καλύτερη δυνατή παροχή ποιοτικής φροντίδας στους εξυπηρετούμενους.

5.5. Κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων. (ΚΗΦΗ)

Το πρόγραμμα κέντρων ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων ξεκίνησε την λειτουργία του το 2002 και συνεχίζει ως και σήμερα, απευθύνεται σε ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν κινητικά προβλήματα ή πάσχουν από άνοια και η φροντίδα τους από το οικογενειακό τους περιβάλλον καθίσταται αδύνατη. Οι υπηρεσίες των ΚΗΦΗ αφορούν κατά κύριο λόγο παροχή ιατρικής- νοσηλευτικής φροντίδας, υγειονομική περίθαλψη, προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης, ενίσχυση του οικογενειακού περιβάλλοντος ώστε να μην καταστεί αναγκαία η περίθαλψη του ηλικιωμένου σε κάποια δομή. Ο κύριος ρόλος τους είναι η απασχόληση και φροντίδα των ηλικιωμένων στις περιπτώσεις αδυναμίας φροντίδας τους από το οικογενειακό τους περιβάλλον είτε λόγω οικονομικών προβλημάτων, είτε λόγω περιορισμένου χρόνου λόγω εργασίας, στοχεύοντας στην αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού τους και της περιθωριοποίησης. Η δυναμικότητα τους ανέρχεται από 15 ως και 25 ατόμων για παροχή ημερήσιας φροντίδας. Οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης είναι ο επιβλέπων φορέας βάσει της ΚΥΑ 4035/27.07.01, των υπουργείων υγείας πρόνοιας , εργασίας και κοινωνικών ασφαλίσεων (ΦΕΚ 1397/τ.Β). Εν αντίθεση με τα άλλα δύο προγράμματα ο αριθμός των δομών είναι μικρότερος. (Καραγιάννη, 2011). Ο αριθμός των ΚΗΦΗ αυτή τη στιγμή ανέρχεται στα 55.

Στελέχωση των ΚΗΦΗ.

Το προσωπικό που απασχολείται κατά κύριο λόγο στο πρόγραμμα δεν διαφέρει από αυτό που απασχολείται σε δομές των ΚΑΠΗ, δηλαδή κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό και κοινωνικούς φροντιστές. Εκτός των ΚΑΠΗ η διασύνδεση των ΚΗΦΗ περιλαμβάνει συνεργασία και με φορείς τοπικού χαρακτήρα που ασκούν κοινωνική πολιτική καθώς και με το ΕΚΑΚΒ (Εθνικό κέντρο άμεσης κοινωνικής βοήθειας). Για να εγγραφεί κάποιος σε ΚΗΦΗ θα πρέπει να ανήκει στον ίδιο ΟΤΑ που βρίσκεται η δομή που ενδιαφέρεται, να μην νοσεί από μεταδιδόμενη νόσο και να έχει υποβάλει το προηγούμενο έτος φορολογική δήλωση η βεβαίωση από την αρμόδια ΔΟΥ μη υποχρέωσης δήλωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

6.1. Ιστορική αναδρομή.

Οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης, (ΟΤΑ). “ονομάζονται τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου καθένα από τα οποία έχει συσταθεί σε συγκεκριμένη εδαφική περιφέρεια και έχει ως σκοπό τη διοίκηση των τοπικών ζητημάτων, τα δε όργανά του εκλέγονται με καθολική ψηφοφορία από τους δημότες της περιφέρειας.

Εμμέσως ο όρος εμπεριέχει και γεωγραφική και δημογραφική σημασία, υπό την έννοια ότι κάθε Ο.Τ.Α. έχει καθορισμένη έκταση, έδρα και συγκεκριμένο πληθυσμό.” (el.Wikipedia.gr). Η πρώτη απόπειρα διαχωρισμού τοπικών κοινοτήτων έγινε το 1828 από τον Ιωάννη Καποδίστρια σε 13 διοικητικά τμήματα, πέντε χρόνια αργότερα (1833), η διαίρεση των δήμων και η λειτουργία τους ως οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης θεσπίζονται από την Βαυαρική Αντιβασιλεία, το 1864 καθιερώνεται συνταγματικά. Με τον ΔΝΖ/1912 εντάσσονται και οι κοινότητες ως τύπος ΟΤΑ . πρώτου βαθμού. Σύμφωνα με αυτόν τον νόμο ως δήμοι οριζόταν οι πρωτεύουσες των νομών και οι πόλεις με πληθυσμό άνω των δέκα χιλιάδων, αναιρώντας το διάταγμα του 1833.(Πολίτης, 1912). Το 1927 τέθηκαν νέες βάσεις στην λειτουργία της τοπικής αυτοδιοίκησης οι οποίες αναιρέθηκαν από δικτατορίες των Μεταξά και μετέπειτα της χούντας. Στα χρόνια της μεταπολίτευσης και συγκεκριμένα το 1986, συστήνονται οι ΟΤΑ Β΄ βαθμού με την ονομασία ‘Νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις’. Το 1997 μέσω του Ν.2539/1997 (Νόμος Καποδίστρια),πολλοί δήμοι ενοποιούνται και ο μεγάλος αριθμός κοινοτήτων μειώνεται,(Παππάς,2017).Το 2010 με το πρόγραμμα Καλλικράτης, οι νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις καταργούνται και οι αρμοδιότητες των ΟΤΑ ,Β βαθμού μεταφέρονται στις υπό σύσταση περιφέρειες. (Νικολακόπουλος , 2010).

6.2. Η έννοια της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Οι δήμοι εντάσσονται στα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (ΝΠΙΔΔ),έχουν διοικητικές και οικονομικές αρμοδιότητες, ήδη από το 1833 η έννοια της τοπικής αυτοδιοίκησης εφαρμόζεται στην Ελλάδα με την εξουσία των τοπικών κοινωνιών να ανέρχεται σε αιρετούς και τοπικά όργανα μέσα από ψηφοφορία. Ο ρόλος που ασκεί το κεντρικό κράτος είναι αυτός της εποπτείας κυρίως στο πλαίσιο της νομιμότητας διοικητικών πράξεων. (Παπαχριστόπουλος,2010). Τα όργανα της τοπικής

αυτοδιοίκησης λειτουργούν αυτοτελώς χωρίς την πολιτική καθοδήγηση του κεντρικού κράτους, η μόνη εποπτεία του κράτους αφορά καθαρά και μόνο την νομιμότητα των πράξεων, χωρίς να ασκεί παρεμβατική δράση στο έργο των οργάνων των ΟΤΑ.(Ζιώγα,2018). Στο άρθρο 102 του Συντάγματος του έτους 1975 θεμελιώνεται ο Α' και Β' βαθμός της τοπικής αυτοδιοίκησης, πιο συγκεκριμένα:

Άρθρο 102: (Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης)

1. Η διοίκηση των τοπικών υποθέσεων ανήκει στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρώτου και δευτέρου βαθμού. Υπέρ των Οργανισμών συντρέχει τεκμήριο αρμοδιότητας για τη διοίκηση των τοπικών υποθέσεων. Νόμος καθορίζει το εύρος και τις κατηγορίες των τοπικών υποθέσεων, καθώς και την κατανομή τους στους επί μέρους βαθμούς. Με νόμο μπορεί να ανατίθεται στους Ο.Τ.Α. η άσκηση αρμοδιοτήτων, που συνιστούν αποστολή του κράτους.

2. Οι Ο.Τ.Α. έχουν διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Οι αρχές τους εκλέγονται με καθολική και μυστική ψηφοφορία, όπως ο νόμος ορίζει.

3. Με νόμο μπορεί να προβλέπονται για την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών ή την άσκηση αρμοδιοτήτων των Ο.Τ.Α. αναγκαστικοί ή εκούσιοι σύνδεσμοι, που διοικούνται από αιρετά όργανα.

4. Το Κράτος ασκεί στους Ο.Τ.Α. εποπτεία, που συνίσταται αποκλειστικά σε έλεγχο νομιμότητας και δεν επιτρέπεται να εμποδίζει την πρωτοβουλία και την ελεύθερη δράση τους. Ο έλεγχος νομιμότητας ασκείται όπως ο νόμος ορίζει. Πειθαρχικές ποινές στα αιρετά όργανα της Τ.Α., εκτός από τις περιπτώσεις που συνεπάγονται αυτοδικαίως έκπτωση ή αργία, επιβάλλονται μόνον ύστερα από σύμφωνη γνώμη συμβουλίου, που αποτελείται κατά πλειοψηφία από τακτικούς Δικαστές, όπως ο νόμος ορίζει.

5. Το Κράτος λαμβάνει τα νομοθετικά, κανονιστικά και δημοσιονομικά μέτρα που απαιτούνται για την εξασφάλιση της οικονομικής αυτοτέλειας και των πόρων, που είναι αναγκαίοι για την εκπλήρωση της αποστολής και την άσκηση των αρμοδιοτήτων των Ο.Τ.Α. με ταυτόχρονη διασφάλιση της διαφάνειας κατά τη διαχείριση των πόρων αυτών. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την απόδοση και κατανομή, μεταξύ των Ο.Τ.Α., των φόρων ή τελών, που καθορίζονται υπέρ αυτών και εισπράττονται από το κράτος. Κάθε μεταβίβαση αρμοδιοτήτων από κεντρικά ή περιφερειακά όργανα του κράτους προς την Τοπική Αυτοδιοίκηση συνεπάγεται και την μεταφορά των αντίστοιχων πόρων. Νόμος ορίζει τα σχετικά με τον καθορισμό και την είσπραξη τοπικών εσόδων απευθείας από τους Ο.Τ.Α.

Πηγή:<https://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-106/>

6.3. Το πρόγραμμα Καλλικράτης.

Το πρόγραμμα Καλλικράτης ξεκίνησε να εφαρμόζεται στην Ελληνική επικράτεια στις 1 Ιανουαρίου 2011 βάση του Ν.3852/2010. Η δομή του προγράμματος αφορά την συνένωση και ισχυροποίηση των δήμων, με στόχο την ανάπτυξη και βελτίωση των υπηρεσιών της τοπικής αυτοδιοίκησης με λιγότερες δαπάνες. Η αναδιάρθρωση περιλαμβάνει την μείωση των δήμων από 1034 σε 325 και την κατάργηση των νομαρχιών με την σύσταση των 13 περιφερειών, επίσης ο αριθμός των νομικών προσώπων και δημοτικών επιχειρήσεων από 6000 μειώθηκαν σε 2000. Μία ακόμη αλλαγή που επέφερε ο Καλλικράτης ήταν η αύξηση θητείας των δημάρχων και της ηγεσίας των περιφερειών από 4 έτη στα 5.(Μανωλοπούλου, Μπερερή, Ματαίου, 2015). Αν και το πρόγραμμα είχε σχεδιαστεί αρκετά έτη πριν, η εφαρμογή του τέθηκε σε ισχύ το 2010 λόγω της επιβολής του πρώτου μνημονίου στα πλαίσια μιας σειράς μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα εκείνη την χρονική περίοδο. Η επιβολή των μνημονίων οδήγησε και σε μείωση των δαπανών και αυξημένες περικοπές προσωπικών των δήμων κάτι που επηρέασε και ευρύτερα την λειτουργία της τοπικής αυτοδιοίκησης και στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής καθώς μέσα στο προσωπικό που μειώθηκε ανήκαν και επαγγελματίες πρόνοιας και κοινωνικής προστασίας όπως το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, οι ανάγκες για την κοινωνική προστασίας λόγω του μνημονίου εκτοξευτήκαν ενώ αντιθέτως οι δυνατότητες εφαρμογής της περιορίστηκαν. (Σκαμνάκης, 2016).

6.4. Θεσμικό πλαίσιο της τοπικής αυτοδιοίκησης

Οι ΟΤΑ διέπονται από οικονομική αυτοτέλεια όπως αυτή διασφαλίζεται από άρθρο 102 του Συντάγματος αλλά και από το άρθρο 9 του Ευρωπαϊκού Ύχρητη Τοπικής Αυτονομίας. Αποτελεί καθήκον μείζονος σημασίας οι ΟΤΑ να αποτελούν οικονομικά ανεξαρτήτους φορείς διότι στις περιόδους κρίσης και αβεβαιότητας εξαιτίας των μνημονίων η φορολογική αποκέντρωση μπορεί να επιφέρει πλεονεκτήματα καίρια όπως: .

1. Η δημιουργία αποτελεσματικών και ισχυρών θεσμών τοπικής αυτοδιοίκησης , ικανών να αντιμετωπίσουν τις τοπικές ανάγκες μιας κοινωνίας, προϋποθέτει οι ΟΤΑ να μπορούν να ελέγχουν και να προγραμματίζουν τα έσοδα τους, σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα. Η έντονη εξάρτηση από τις κρατικές επιχορηγήσεις και η αβεβαιότητα για την εξέλιξη των εσόδων τους επιφέρει ακριβώς το αντίθετο αποτέλεσμα.
2. Η χαμηλή συμμετοχή των τοπικών φόρων και τελών στα συνολικά έσοδα σημαίνει ότι οι δαπάνες που πραγματοποιούνται για μια περιοχή, υλοποιούνται με έσοδα που προέρχονται από το κράτος. Συνεπώς, μια ενδεχόμενη αύξηση των δαπανών, δεν συνοδεύεται από αντίστοιχη αύξηση των φορολογικών βαρών των κατοίκων της περιοχής, ώστε να επωμίζονται οι αιρετοί το ανάλογο πολιτικό κόστος. Ως αποτέλεσμα, εκλείπει το στοιχείο της υπευθυνότητας και του απολογισμού προς τους πολίτες.
3. Η διαχείριση ορισμένων φόρων με τοπικά χαρακτηριστικά είναι ευκολότερη και οικονομικότερη για τους ΟΤΑ, σε σχέση με την κεντρική διοίκηση. Κατά συνέπεια, η μη εκχώρηση της διαχείρισης τους, σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο, συνεπάγεται αυτόματα αύξηση του κόστους λειτουργίας του κράτους.
4. Μία ενδεχόμενη μείωση των κρατικών επιχορηγήσεων, συνεπάγεται μείωση των συνολικών εσόδων των ΟΤΑ. Όμως για την αποφυγή δημιουργίας ελλειμμάτων θα έπρεπε οι ΟΤΑ να μειώσουν παράλληλα και τις δαπάνες τους, κάτι που συνήθως είναι ανέφικτο, γιατί η πλειοψηφία των δαπανών της τοπικής αυτοδιοίκησης χαρακτηρίζονται ως ανελαστικές δαπάνες. Δηλαδή, αν οι κρατικές επιχορηγήσεις μειωθούν, λόγω πχ της μείωσης των εσόδων του ΦΕΦΝΠ, οι ΟΤΑ δεν θα είναι σε θέση να μειώσουν τα έξοδα τους, κλείνοντας για παράδειγμα ένα βρεφονηπιακό σταθμό.
5. Τέλος ένα από τα κυριότερα πλεονεκτήματα είναι ότι μέσω της φορολογικής αποκέντρωσης, αυξάνεται η κοινωνική συναίνεση, διότι οι πολίτες συνειδητοποιούν για ποιες υπηρεσίες φορολογούνται ή τον τρόπο με τον οποίο αξιοποιούνται τα χρήματα τους. Αυτό επιφέρει μικρότερη φοροδιαφυγή, σε περίπτωση αποτελεσματικής διαχείρισης των φορολογικών εσόδων ή λειτουργεί ως μέσο πίεσης των αιρετών της τοπικής αυτοδιοίκησης, σε περίπτωση αναποτελεσματικής διαχείρισης των ιδίων πόρων (Ζιώγα, 2018).

Πόροι χρηματοδότησης της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Η χρηματοδότηση της τοπικής αυτοδιοίκησης προέρχεται από τους κεντρικούς αυτοτελείς πόρους (ΚΑΠ) οι οποίοι δημιουργήθηκαν με τον Ν.1828/89 και αφορά την χρηματοδότηση τους από τα φορολογικά έσοδα του κεντρικού κράτους. Οι ΚΑΠ αποτέλεσαν σημαντική μεταρρύθμιση για τα οικονομικά των δήμων κυρίως την δεκαετία του 90.

Η ΣΑΤΑ (συλλογική απόφαση τοπικής αυτοδιοίκησης) αποτελεί πόρους που προέρχονται από τα ποσά των ΚΑΠ και αφορά τις επενδύσεις, βάση του Ν.13654/98 ΥΠΕΣΔΔΑ, τα ποσά αυτά αφορούν μόνο κάλυψη υποχρεώσεων των επενδύσεων και δάνειων αυτών.

Τα ανταποδοτικά τέλη και δικαιώματα έχουν γνωρίσει μεγάλη ανοδική πορεία τα τελευταία 40 χρόνια και έχουν διατελέσει σημαντικά στην αύξηση εσόδων των τοπικών αυτοδιοικήσεων, ορισμένα από αυτά τα τέλη είναι :

- 1 Υπηρεσία καθαριότητας
- 2 Υπηρεσία ύδρευσης
- 3 Υπηρεσία ύδρευσης
- 4 Υπηρεσία ηλεκτροφωτισμού
- 5 Υπηρεσία αποχέτευσης
- 6 Παρκόμετρα
- 7 Λοιπά τέλη και δικαιώματα

«Ειδικό πρόγραμμα τοπικής αυτοδιοίκησης ‘ΘΗΣΕΑΣ’ ,αφορά το δεύτερο εκ των πέντε κεφαλαίων του Ν.3274, ΦΕΚ 195^Α/19/10/2004 αφορά χρηματοδότηση επενδύσεων, αποτελεί συνέχεια του ειδικού προγράμματος τοπικής αυτοδιοίκησης (ΕΠΤΑ), οι πόροι του προέρχονται κατά 65% από τα ΚΑΠ και 35% από πόρους άλλων υπουργείων, εκτός ΥΠΕΣΔΔΑ».

Άλλες πηγές εσόδων της τοπικής αυτοδιοίκησης αποτελούν, Α) οι κρατικές επιχορηγήσεις, Β) Δανεισμός της ΤΑ, αλλά και τα Ευρωπαϊκά προγράμματα όπως τα ΚΠΣ (κοινοτικά πλαίσια στήριξης), και τα προγράμματα ΕΣΠΑ. (Παλλής, 2010)

6.5. Προγράμματα και δομές προστασίας της τοπικής αυτοδιοίκησης

Οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης συνέβαλαν στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων ως φορείς κυρίως από το 2006 και μετά καθώς οι ανάγκες για κοινωνική προστασία ήταν μεγάλες. Οι δήμοι προκειμένου να ανταπεξέλθουν στην κάλυψη αυτών αναγκών ανέπτυξαν δομές που έχουν ως στόχο την παροχή φροντίδας και κοινωνικής προστασίας σε ευάλωτες ομάδες και αυτό διότι ως τοπική αρχή μπορούσαν να εμβαθύνουν καλύτερα στις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας. Βάση του Ν.3463, οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης μπορούν να αναπτύσσουν προγράμματα και δομές οι οποίες σχετίζονται με την προστασία ευάλωτων και ευπαθών ομάδων. Επιπλέον δύναται να εντάσσουν οικονομικές παροχές σε μορφή επιδομάτων, στεγαστική συνδρομή, διανομή φαγητού και δωρεάν περίθαλψη σε ασθενέστερες ομάδες του πληθυσμού της τοπικής κοινωνίας. (Καλογεροπούλου, 2012). Ορισμένες δομές της τοπικής αυτοδιοίκησης για την εφαρμογή κοινωνικής πολιτικής είναι ενδεικτικά:

- Δημοτικοί παιδικοί σταθμοί
- Τα ΚΑΠΗ
- Το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι
- Οι ξενώνες κακοποιημένων γυναικών
- Οι δομές αστέγων
- Τα κοινωνικά παντοπωλεία
- Οι λέσχες φιλίας

ΟΙ ΚΡΑΤΙΚΟΙ ΠΑΙΔΙΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ

Οι κρατικοί παιδικοί σταθμοί μέχρι και το 1994 υπαγόταν στο Υπουργείο Υγείας, μέσα από τρεις νομοθετικές μεταρρυθμίσεις και συγκεκριμένα με τις νομοθετικές διατάξεις 2218/94, 2880/01,3106/03 η αρμοδιότητα ανήκει πλέον στην τοπική αυτοδιοίκηση. Στις αρμοδιότητες των ΟΤΑ εντάσσονται όλοι βρεφικοί,

βρεφονηπιακοί παιδικοί σταθμοί και βρεφονηπιακοί ολοκληρωμένης φροντίδας νηπίων Αμέα. Οι σταθμοί αυτοί εντάσσονται στα Β΄ και Γ΄ κοινοτικά πλαίσια στήριξης. Οι παιδικοί σταθμοί ως φορείς φροντίδας χρονολογούνται παρά πολλές δεκαετίες πίσω, ειδικότερα οι πρώτοι παιδικοί σταθμοί ξεκίνησαν την λειτουργία τους το 1829. Η μορφή που είχαν εκείνη την εποχή ήταν περισσότερο ιδρυματικού χαρακτήρα προστασίας φτωχών παιδιών, στην Αίγινα στο πρώτο επί κυβερνήσεως Ιωάννη Καποδίστρια το ορφανοτροφείο πέραν της φροντίδας είχε ως σκοπό και την επιμόρφωση των παιδιών. Το 1905 η Αικατερινή Λασκαρίδου ιδρύει τον ‘Πρότυπο νηπιακό κήπο’ στον Πειραιά. Με τον Ν.2882/1922 του Ελληνικού κράτους συστήνονται οι πρώτοι παιδικοί εργοστασιακοί σταθμοί με στόχο την φροντίδα των παιδιών. Οι αρμοδιότητες των παιδικών σταθμών την περίοδο της κατοχής περιελάμβαναν πέραν της φροντίδας και την εκπαίδευση των παιδιών, το 1935 λειτουργούσαν στην Ελλάδα μόλις 9 παιδικοί σταθμοί, όμως οι αυξανόμενες απαιτήσεις της οικογένειας που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση εργασίας των γυναικών οδήγησαν στην ανάγκη δημιουργίας περισσότερων παιδικών σταθμών. Η περίοδος 1965-1987 χαρακτηρίζεται την αύξηση παιδικών σταθμών υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και πρόνοιας, με τον Ν.1566/1985 ο οποίος αποτέλεσε ορόσημο για την λειτουργία τους, οι παιδικοί σταθμοί και τα νηπιαγωγού εντάσσονται ως παιδικά κέντρα. Το 1994 η εποπτεία των παιδικών σταθμών αποτελεί υποχρέωση της τοπικής αυτοδιοίκησης υπό την εποπτεία του υπουργείου εσωτερικών. Το πρόγραμμα Καλλικράτης έφερε μεγάλες αλλαγές στην λειτουργία των δήμων, η ανάπτυξη του ήταν αποτέλεσμα μεταρρυθμίσεων λόγω και της επιβολής του πρώτου μνημονίου το οποίο επέφερε μεγάλες αλλαγές και στα οικονομικά των δήμων με αποτέλεσμα να υπάρξουν μειώσεις σε κοινωνικές δαπάνες συμπεριλαμβανομένων και των δαπανών για τους παιδικούς σταθμούς. (Πάχιου, 2019).

ΤΑ ΚΑΠΗ

Ο ρόλος που επιτελούν τα ΚΑΠΗ στις κοινότητες δεν αφορά μόνο την παροχή φροντίδας και την πρόληψη και αντιμετώπιση που σχετίζονται με την σωματική ή την ψυχική υγεία αλλά διαδραματίζουν και έναν άλλο εξίσου σημαντικό ρόλο, αυτόν της κοινωνικοποίησης και της ψυχαγωγίας. Ιδρύθηκαν το 1979 αλλά η επίσημη λειτουργία και αναβάθμισή τους έλαβε χώρα το 1981 με τον αριθμό των ΚΑΠΗ να φτάνει στα 8, Το 1981 μετά από εισήγηση του αρμόδιου Υπουργείου Υγείας η

αρμοδιότητα των ΚΑΠΗ πέρασε στην τοπική αυτοδιοίκηση , ο σχεδιασμός των υπηρεσιών καθώς και η κάλυψη των δαπανών ήταν υποχρέωση του Υπουργείου Υγείας, ενώ οι λειτουργίες του ως αρμοδιότητα ανήκε στους εξής φορείς: **α)** Υπουργείο Υγείας .**β)** Ελληνικός ερυθρός σταυρός, **γ)** Χ.Ε.Ν (Χριστιανική Ένωση Νέων, **δ)** Διεύθυνση προστασίας ηλικιωμένων, **ε)** Εθελοντικές οργανώσεις, **στ)** Κοινωνική μέριμνα. Τα πρώτα χρόνια λειτουργίας τους τα ΚΑΠΗ αντιμετώπιζαν ορισμένες δυσλειτουργίες ως προς την οργάνωση και τη διοίκηση , ενώ σημαντικές ήταν και οι ανάγκες που προέκυπταν σε οικονομικά θέματα και θέματα υποδομών όπως καταλληλότητα κτηριακών δομών. Για την επίλυση αυτών των ζητημάτων το αρμόδιο υπουργείο σε συνεργασία με τους ΟΤΑ και άλλους αρμόδιους φορείς προχωρούσε σε σχεδιασμό και υλοποίηση συγκεκριμένων προγραμμάτων. (Rima, 2012)

ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Το πρόγραμμα ‘Βοήθεια στο σπίτι’ εντάσσεται στην αρμοδιότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης από το 1984 βάση του Ν.1416/84, αφορά άτομα τρίτης ηλικίας που στερούνται φροντίδας από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Καραγιάννη, 2011) . Σκοπός είναι η παροχή υπηρεσιών που θα τους εξασφαλίζουν ίσα δικαιώματα, αυτονομία και αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης. Οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται στις δομές είναι κατά κύριο λόγο : Κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, κοινωνικοί φροντιστές και οικογενειακοί βοηθοί, οι επισκέψεις σε κάθε ηλικιωμένο πραγματοποιούνται είτε κάθε ημέρα είτε και ανά εβδομάδα βάση προγράμματος που καταρτίζεται, λαμβάνοντας υπόψη της ανάγκες κάθε περίπτωσης. Εκτός των φορέων πρόνοιας των ΟΤΑ, οι υπεύθυνοι του προγράμματος αναπτύσσουν συνεργασία και επικοινωνία με κάθε φορέα παροχής κοινωνικής προστασίας όπως : Κέντρα υγείας, νοσοκομεία, πρόνοια-ΟΠΕΚΑ, ασφαλιστικά ταμεία αλλά και την Εκκλησία. Για την εγγραφή του κάθε ηλικιωμένου στο πρόγραμμα υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις οι οποίες αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα, η κατάσταση υγείας του ατόμου όπως πχ αν ανήκει σε άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας, η αναπηρία , (για το λόγο αυτό σε αυτή την περίπτωση πέραν των άλλων δικαιολογητικών ο εξυπηρετούμενος καταθέτει εάν υπάρχει και γνωμάτευση από ΚΕΠΑ), η ηλικία του ατόμου ως όριο καθορίζεται στα 65 έτη και άνω, τέλος ένα ακόμη κριτήριο αποτελεί το εισόδημα. Τα απαραίτητα προς κατάθεση

δικαιολογητικά κατατίθεται στην αρμόδια υπηρεσία του δήμου. (Δελτίο ταυτότητας, βιβλιάριο υγείας, πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, εκκαθαριστικό σημείωμα, βεβαίωση ΚΕΠΑ εφόσον ανήκει σε άτομο με ειδικές ανάγκες, αίτηση ένταξης στο πρόγραμμα και τέλος έκθεση κοινωνικής έρευνας από τον κοινωνικό επιστήμονα. (<https://okpapa.gr/wp-content/uploads/2018/05/kanonismos-leitourgias-voitheia-sto-spiti.pdf>)

ΞΕΝΩΝΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Η ενδοοικογενειακή βία ορίζεται ως η σωματική ψυχολογική και λεκτική κακοποίηση ανεξαρτήτου χρόνου και συχνότητας και λαμβάνει χώρα σε ένα στενό περιβάλλον που θεωρείται οικογενειακό . Σε παλαιότερες περιόδους η ενδοοικογενειακή βία θεωρούταν η επιθετική συμπεριφορά του συζύγου προς την γυναίκα του είτε σωματικά είτε ψυχολογικά. Στη σημερινή εποχή πέραν των είδη αυτών τριών μορφών βίας, συναντούμε και άλλες μορφές όπως η σεξουαλική με την τέλεση ερωτικής πράξης χωρίς την συναίνεση της συντρόφου και η οικονομική που αφορά τον έλεγχο των οικονομικών θεμάτων σε μια οικογένεια χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη των υπολοίπων μελών. Το 1993 η γενική συνέλευση του ΟΗΕ υιοθετεί την *‘Διακήρυξη εναντίων της βίας των γυναικών’* η συμβουλευτική υποστήριξη στα θύματα κακοποίησης θα πρέπει να διέπεται από αρχές όπως αυτές είναι κατοχυρωμένες στον χάρτη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών. Βασική αρχή αποτελεί η διασφάλιση του απορρήτου και η μη άσκηση κριτικής ή προκατάληψη προς τα θύματα. Στις δομές που λειτουργούν για την προστασία των κακοποιημένων γυναικών παρέχεται συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη από επιστημονικό προσωπικό προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα δυσάρεστα βιώματα του παρελθόντος, να τα ξεπεράσουν και να θέσουν τα θεμέλια μίας νέας αρχής στην ζωή τους και της οικογενείας τους. Στην Ελλάδα ο πρώτος ξενώνας κακοποιημένων γυναικών λειτούργησε το 1993 με στόχο την παροχή προστασίας, στέγης , ασφάλειας, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης ενώ το 2013 ξεκινά την λειτουργία του ο νέος ξενώνας φιλοξενίας γυναικών θυμάτων βίας και παιδιών, στο Δήμο Αθηναίων μέσω του προγράμματος ΕΣΠΑ 2014-2020 « Ανάπτυξη Δομών και Υπηρεσιών της Τοπικής Αυτοδιοίκησης προς όφελος των Γυναικών και για την καταπολέμηση της Βίας», σε συνεργασία με τη Γραμματεία Ισότητας των φύλων » (Μπούρη, χ.χ) .

Οι δομές φιλοξενίας κακοποιημένων γυναικών στελεχώνονται από προσωπικό που αποτελείται από τις εξής ειδικότητες : **Σύμβουλος κοινωνικής στήριξης,- κοινωνική λειτουργός, ψυχολόγος, παιδαγωγός/ παιδοψυχολόγος, στέλεχος διοικητικής υποστήριξης, φύλακες, γενικό βοηθητικό προσωπικό.**

ΔΟΜΕΣ ΦΙΛΟΞΕΝΕΙΑΣ ΑΣΤΕΓΩΝ

‘Οι άστεγοι αναγνωρίζονται ως ευπαθής κοινωνική ομάδα στην οποία παρέχεται κοινωνική προστασία. Ως άστεγοι ορίζονται όλα τα άτομα που διαμένουν νόμιμα στην χώρα, τα οποία στερούνται πρόσβασης ή έχουν επισφαλή πρόσβαση σε επαρκή ιδιόκτητη, ενοικιαζόμενη ή παραχωρημένη κατοικία που πληροί τις αναγκαίες προδιαγραφές και διαθέτει τις βασικές υπηρεσίες ύδρευσης και ηλεκτροδότησης’. Το 2009 οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης ανέλαβαν με εντολή του Υπουργείου Υγείας την καταγραφή των αστέγων από τις αρμόδιες κοινωνικές υπηρεσίες της χώρας, ο αριθμός αυτός τότε υπολογιζόταν στις 7,720 ανθρώπους εξαιρουμένων των ομάδων ρομά, των παράνομων μεταναστών και των πολιτικών προσφύγων (Λαμπίλα 2013). Στα πλαίσια της κοινωνικής προστασίας αστέγων στους δήμους έχουν αναπτυχθεί ορισμένες δομές για την παροχή φροντίδας και ασφάλειας αυτών των ατόμων, υπό την αρμοδιότητα των δήμων αυτές οι δομές αφορούν:

Ανοικτά κέντρα ημέρας : Τα ανοικτά κέντρα ημέρας αστέγων είναι δομές ανοικτής φροντίδας, ο στόχος τους είναι η παροχή υπηρεσιών βασικής φροντίδας όπως συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη, ατομικής και υγιεινής φροντίδας και διασύνδεσης με υπηρεσίες που αφορούν τη επανένταξη και νομική συμβουλευτική.

Υπνωτήρια : Είναι δομές που αποσκοπούν στην παροχή προστασίας τις νυχτερινές ώρες σε αστέγους. Και σε αυτές τις δομές στόχος είναι η παροχή πλήρους κοινωνικής προστασίας για το λόγο αυτό υπάρχει διασύνδεση με αρμοδίους φορείς πρόνοιας.

Ξενώνες μεταβατικής φιλοξενίας: Πρόκειται για δομές που προσφέρουν στέγαση για ορισμένο χρονικό διάστημα.

Υποστηριζόμενα διαμερίσματα : Τα «Υποστηριζόμενα Διαμερίσματα» είναι δομές αυτόνομης διαβίωσης για ορισμένο χρονικό διάστημα σε ακίνητα που μισθώνονται, παραχωρούνται ή ανήκουν στον Φορέα Λειτουργίας.

<http://www.astegoi.gov.gr/index.php/en/gia-polites/domes-ypiresies>

ΛΕΣΧΕΣ ΦΙΛΙΑΣ

Οι λέσχες φιλίας χρονολογούνται από το 1985, η τότε απόφαση ήταν να μην ενταχθούν στα ΚΑΠΗ, υπάγονται στους ΟΤΑ και από το 2015 η αρμοδιότητα ανήκει σε ένα συμβούλιο με μέλη όλων των παρατάξεων που απαριθμεί 9 μέλη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Ερευνητικές υποθέσεις

- 1) Ο Ρόλος των κρατικών κεντρικών υπηρεσιών έχει διαμορφώσει σημαντικό ρόλο στην μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων.
- 2) Το μέγεθος προϋπολογισμού για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής καθορίζει τον σχεδιασμό, το είδος της παρέμβασης και ανάπτυξης των δομών.
- 3) Η ανάπτυξη των κρατικών υπηρεσιών προστασίας έχει συμβάλει στην διαμόρφωση μίας κοινωνίας ίσων ευκαιριών.

Ερευνητικά ερωτήματα

- 1) Ποιοι παράγοντες καθόρισαν την ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα τα τελευταία 40 χρόνια;
- 2) Ποιες είναι οι συνέπειες της μη επαρκούς διαθεσιμότητας υποστηρικτικών δομών;
- 3) Από τις κεντρικές κρατικές υπηρεσίες και δομές στήριξης καλύπτονται επαρκώς οι ανάγκες των ανθρώπων και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων ;

7.1. Ερευνητικές υποθέσεις.

Ερευνητική υπόθεση 1^η : Οι κρατικές υπηρεσίες και δομές προστασίας μέσα από τις παρεμβάσεις και την ανάπτυξη δομών έχουν συμβάλει στην μείωση ανισοτήτων ειδικά τα χρόνια της μεταπολίτευσης συγκριτικά με την περίοδο πριν το 1975 ωστόσο θα μπορούσαν να έχουν γίνει περισσότερα βήματα διαχρονικά για την αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων και κοινωνικού αποκλεισμού.

Ερευνητική υπόθεση 2^η : Οι δαπάνες ενός κράτους για την κοινωνική προστασία επηρεάζει τον συνολικό σχεδιασμό των δράσεων και της θέσπισης νομών για την εφαρμογή κοινωνικής πολιτικής. Το χαμηλό έως μηδαμινό ύψος των δαπανών για την κοινωνική προστασία στα παλαιότερα χρόνια επέφερε αύξηση της ανισότητας καθώς δεν υπήρχαν οι προϋποθέσεις ενός ισχυρά θεμελιωμένου κράτους που θα παρείχε δίχτυ ασφαλείας σε κάθε πολίτη.

Ερευνητική υπόθεση 3^η : Η Ελλάδα διαχρονικά βρέθηκε αντιμέτωπη με πολλές δύσκολες περιόδους για τον Ελληνικό λαό και κυρίως τους πιο αδύναμους. Ενδεικτικά, η χώρα μέσα σε 200 τουλάχιστον χρόνια ήρθε αντιμέτωπη με πολέμους είτε με άλλες χώρες είτε με εμφύλιο, αντιμετώπισε ένα μεγάλο κύμα προσφύγων μετά την Μικρασιατική καταστροφή ενώ επίσης βρέθηκε σε περιόδους δικτατορίας που δεν επέτρεψαν την ανάπτυξη δομών και υπηρεσιών πρόνοιας με αποτέλεσμα να βρεθούν πολλές δεκάδες χιλιάδες πολίτες στα όρια δύσκολων συνθηκών διαβίωσης. Σταδιακά κυρίως από την δεκαετία του 80 και έπειτα η ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους επέφερε αλλαγές στα έως τότε δεδομένα παρέχοντας ευκαιρίες σε ευάλωτες και ευπαθείς ομάδες να βελτιώσουν το βιοτικό τους επίπεδο σε πιο αξιοπρεπή όρια και να τύχουν ίσων ευκαιριών σε ότι αφορά την προσβασιμότητα στις δομές.

7.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Ερευνητικό ερώτημα 1^ο Η μετάβαση στην εποχή της μεταπολίτευσης και η έλευση στην εξουσία δημοκρατικών κομμάτων και κυρίως των σοσιαλιστών οδήγησε στην μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους για την καταπολέμηση των ανισοτήτων. Για την επίτευξη των στόχων ενισχύθηκαν υπάρχουσες δομές κι ιδρύθηκαν νέες ενώ θεσμοθετήθηκαν και μία σειρά από υπηρεσίες με την μορφή παροχών, επιπλέον η διάθεση κονδυλίων μέσω Ευρωπαϊκών προγραμμάτων αποτέλεσε σημείο για την υλοποίηση των παρεμβάσεων. Τέλος, παράγοντες όπως το δημογραφικό το μεταναστευτικό που ξεκίνησε στις αρχές του 90, αλλά και τα υψηλά επίπεδα στα τέλη του 70, ανεργίας έκριναν αναγκαίες τις αλλαγές στην κοινωνική πολιτική για την αντιμετώπιση των μορφών φτώχειας και ανισοτήτων.

Ερευνητικό ερώτημα 2^ο: Η απουσία υποστηρικτών δομών στην κοινότητα κυρίως σε γεωγραφικά πιο απομακρυσμένες περιοχές έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους περίθαλψης και φροντίδας για τον πολίτη καθώς θα πρέπει να μετακινείται σε μεγαλύτερα αστικά κέντρα για να λάβει την βοήθεια που απαιτείται. Ενώ η γενική απουσία δομών και υπηρεσιών στήριξης σε ένα κράτος οδηγεί σε αύξηση του ποσοστού φτώχειας και ανισοτήτων. Η μη επαρκής κάλυψη βασικών αναγκών θα οδηγήσει σε αυξημένα ποσοστά θνητότητας ή ασθενειών, μία από τις συνέπειες θα είναι και η πίεση των υποστελεχωμένων και ελλείπων δομών.

Ερευνητικό ερώτημα 3^ο Μετά από πολλές δεκαετίες ανελλιπών προσπαθειών και απουσίας ουσιαστικού κράτους, η Ελλάδα έχοντας βιώσει δύσκολες στιγμές στην ιστορία της στα πάγια χρόνια αλλά και στην σύγχρονη εποχή του σήμερα εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, βρίσκεται σε ένα επίπεδο που παρά την περικοπή των δαπανών θα μπορούσαμε να πούμε ότι διαθέτει πλέον τις απαραίτητες δομές για κάλυψη κάθε ανάγκης είτε σε μικρότερο είτε σε μεγαλύτερο επίπεδο. Ενδεικτικά, για την στήριξη των αδύναμων οικονομικά ομάδων έχουν θεσπιστεί επιδόματα στήριξης μέχρι να κατορθώσουν να ενταχθούν σε ένα από τα προγράμματα εργασίας που προωθούνται κατά καιρούς ενώ οι οικονομικές παροχές συνδυάζονται και με σειρά υλικών αγαθών και υπηρεσιών. Για την περίθαλψη, ήδη με την σύσταση του Ε..Σ.Υ την δεκαετία του 80 ξεκίνησε μία ανάπτυξη στον τομέα της υγείας, ενώ και για τα άτομα με ειδικές ανάγκες έχουν θεσμοθετηθεί μέτρα στήριξης που αφορούν οικονομική ενίσχυση, ισότητα πρόσβασης σε δράσεις και προγράμματα κατάρτισης

και εργασίας, επιπλέον για τους ψυχικά πάσχοντες με την σύσταση δομών και την κατάργηση ασύλων ενισχύθηκε η επανένταξη τους. Τέλος για άτομα της τρίτης ηλικίας η δεκαετία του 80, η σύσταση προγραμμάτων όπως τα ΚΑΠΗ και το Βοήθεια στο σπίτι, οδήγησε στην ενδυνάμωση τους κυρίως στον τομέα της ψυχολογίας και της αυτοεξυπηρέτησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσω της παρούσας εργασία επιδιώξαμε να μελετήσουμε την εξέλιξη των κεντρικών κρατικών υπηρεσιών και δομών προστασίας στην Ελλάδα. Μέσω της μεθόδου της βιβλιογραφικής ανασκόπησης αντλήσαμε στοιχεία και πληροφορίες για την κοινωνική προστασία χρονικών περιόδων που ξεκινούν από την Αρχαία Ελλάδα μέχρι και την σημερινή εποχή. Σε αυτή την ανασκόπηση εντοπίσαμε αίτια και γεγονότα που κατέστησαν ανέφικτη την δόμηση ενός ισχυρού κράτους πρόνοιας συνυφασμένο με τα την κοινωνική προστασία άλλων Ευρωπαϊκών χωρών, τα αίτια αυτά αφορούσαν κυρίως δύσκολες περιόδους με πολεμικές συγκρούσεις στις οποίες εμπλεκόταν η χώρα μας αλλά και πολιτεύματα με δικτατορικά καθεστώτα που δεν προχώρησαν στην σύσταση δομών και υπηρεσιών. Η Ελλάδα ξεκίνησε την δόμηση και το μεταρρυθμιστικό έργο αρκετά αργότερα σε σχέση με άλλες χώρες, μόλις τα τελευταία 40 χρόνια, μέχρι τότε υπήρχαν ψήγματα κοινωνικών πολιτικών με τις όποιες προσπάθειες να στηρίζονται κυρίως σε φιλανθρωπικό έργο ιδιωτών και της Εκκλησίας και σε μικρότερο βαθμό στο ρόλο του Κράτους. Σαφώς παρά το γεγονός ότι μετά το 1975 η Ελλάδα δεν αντιμετώπισε απειλές λόγω πολέμου ή καθεστώτων εν τούτοις τα προβλήματα που σχετιζόταν με την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό ήταν μεγάλα, επιπλέον το μεταναστευτικό της δεκαετίας του 90 αλλά και την νεότερη εποχή, έκρινε αναγκαία την ανάπτυξη νέων δομών και υπηρεσιών περίθαλψης και προστασίας. Πράγματι με την συμβολή των Ευρωπαϊκών προγραμμάτων αλλά και τα νομοσχέδια που κατατέθηκαν από το 1975 και έπειτα, υλοποιήθηκαν σημαντικές παρεμβάσεις που οδήγησαν σε ουσιαστική εξέλιξη των κεντρικών κρατικών υπηρεσιών πρόνοιας και φροντίδας, ο ρόλος του κεντρικού κράτους είναι πλέον εμφανής, ισχυρότερος και ουσιαστικότερος και η προστασία δεν αφορά μόνο ιδιωτικές φιλανθρωπίες και την Εκκλησία που ωστόσο ως σήμερα εξακολουθούν να συμβάλουν σημαντικά καθώς ακόμα και σήμερα οι προκλήσεις παραμένουν μεγάλες τα τελευταία χρόνια της οικονομικής κρίσης μνημονίων. Ολοκληρώνοντας, θεωρούμε πως τα συστήματα κοινωνικής προστασίας για να λειτουργήσουν στον βέλτιστο βαθμό θα πρέπει να υπάρξει εκ νέου αναδιάρθρωση, να αναπτυχθούν νέες τεχνολογίες και στην χώρα μας και να αυξηθούν οι δαπάνες όσο το δυνατόν περισσότερο βάση των οικονομικών δυνατοτήτων της χώρας, επιπλέον η παροχή κίνητρων για νέους επιστήμονες για την στελέχωση των δομών και υπηρεσιών και την αποτροπή τους από την μετανάστευση στο εξωτερικό θα

αναβάθμιζε στο σύνολο της την κοινωνική φροντίδα και περίθαλψη. Οι ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες προστασίας και κοινωνικής περίθαλψης έχουν μειωθεί σημαντικά σε σχέση με το παρελθόν, οφείλουμε όμως να καταβάλουμε κάθε δυνατή προσπάθεια για την επίτευξη στόχων που θα εξαλείψει κάθε μορφής ανισότητα και αποκλεισμό των συνανθρώπων μας, ανεξαρτήτου ηλικίας, οικονομικής κατάστασης και τόπου καταγωγής.

Σας ευχαριστώ θερμά για τον χρόνο που διαθέσατε για την ανάγνωσή της συγγραφικής μου προσπάθειας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Σημαντικότερες νομοθετήσεις

- N.4169/61: <https://www.ellinikigeorgia.gr/idrusi-oga-protoporiakos-organismos-diethnes-epipedo/>
(*Σύσταση του Ο.Γ.Α*)
- N.2961/1954: <https://www.oaed.gr/istoriki-ekseliksi>
- N.6298/1934: <https://www.tovima.gr/2009/12/12/opinions/apo-tin-koinwniki-asfalisi-stin-koinwniki-asfaleia/> (*Σύσταση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων*).
- N.1397/1983. <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1397-1983.html> (*Σύσταση του Ε.Σ.Υ*).
- N.2519/1997: <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/206122/nomos-2519-1997> (*Αναβάθμιση εθνικού συστήματος υγείας*).
- N.3106/2003: <https://www.lawspot.gr/nomikes-plierofories/nomothesia/nomos-3106-2003>
(*Αναδιοργάνωση του εθνικού συστήματος υγείας*)
- N.3892/2010: <https://www.lawspot.gr/nomikes-plierofories/nomothesia/nomos-3892-2010> (*Θέσπιση 'Ηλεκτρονικής συνταγογράφησης'*)
- N.3918/2011: <https://pis.gr/105519/%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%BF%CF%83-3918-2011-%CF%86%CE%B5%CE%BA-%CE%B131-2-3-2011/> (*Σύσταση του ΕΟΠΥΥ*).
- N.4025/2011: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-4025-2011.html> (*Ανασυγκρότηση φορέων κοινωνικής αλληλεγγύης*).
- N.2646/1998: <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/199572/nomos-2646-1998> (*Οργάνωση Εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας*)
- N.3106/2003: <http://www.opengov.gr/minreform/?p=576> (*Σύσταση του Εθνικού παρατηρητηρίου Α.μ.Ε.Α*)
- N.3329/2005. <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/46629/nomos-3329-2005>
(*Σύσταση των 7 Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών*)
- N.2851/1922: <https://kkppe.gr/pronoia/paidi/monada-prostasias-paidiou-pogoniani/> (*Ίδρυση εθνικών ορφανοτροφείων*).

N.4368/2016:<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4368-2016.html>. (Ίδρυση των κέντρων κοινότητας).

N.4052/2012:<https://www.e-forologia.gr/lawbank/document.aspx?digest=218193B39111DA78.2950F4F8AA98&version=2012/03/01> άρθρο 29 : (Ορισμός αστέγου)

N.3106/2003 (ΦΕΚ 30^Α): <https://www.noesi.gr/pronoise/ekka> (Σύσταση του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας)

N.3402/2005. (ΦΕΚ. 258^Α) <https://www.noesi.gr/pronoise/ekka> (Μετονομασία Ε.Κ.Α.Κ.Β σε Ε.Κ.Κ.Α)

N.5204/1931:<https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/ekke/article/download/14709/13256>
(Σύσταση του Οργανισμού Εργατικής Κατοικίας)

1566/1985,ΦΕΚ167/Α/30/9/1985:<https://www.noesi.gr/book/law/nomothesia-oli-trehoysa-nomothesia-poy-afora-eidiki-agogi-kai-ekpaideysi>

N.4331/2015: <https://www.taxheaven.gr/law/4331/2015> (Μέτρα για την ανακούφιση των Α.μ.Ε.Α)

άρθρο 42 του Ν.1140/1981: <http://lawyers-greece.gr/exoidrymatiko-epidoma-tou-arthrou-42/>
(Χορήγηση εξωιδρυματικού επιδόματος σε Άτομα με ειδικές ανάγκες).

N.4520/2018: <https://www.taxheaven.gr/law/4520/2018> (Μετεξέλιξη του Ο.Γ.Α σε ΟΠΕΚΑ)

N.2716/99: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drases-gia-thn-ygeia/programma-quot-psyxargws-quot/83-h-psyxiatikh-metarrythmish-sthn-ellada> (Το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ)

N.2646/98: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2646-1998.html> :

N.2161/1993: <https://www.okana.gr/el/services/therapeia/politiki-toy-okana-sti-therapeia>. (Ίδρυση του ΟΚΑΝΑ)

N.1729/87:<https://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/docs/KETHEA%20entypo%20parousias%202012.pdf> (Ίδρυση του ΚΕΘΕΑ)

N.2539/1997: http://www.fa3.gr/nomothesia_2/nomoth_gen/10_sxedio_kapodistrias_meros_b.htm

N.3852/2010:<https://www.e-nomothesia.gr/autodioikese-demoi/n-3852-2010.html>
(Πρόγραμμα 'ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗΣ')

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αμίτσης Γαβριήλ, Απίστουλας Δημήτρης, Μαρίνη Φωτεινή : Το σχέδιο δράσης για την ανάπτυξη του τομέα κοινωνικής πρόνοιας την Δ' προγραμματική περίοδο 2007-2013 .Το Εθνικό πρόγραμμα « ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΝΟΧΗ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ»

Αμπλιανίτη Ευσταθία. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων με εξάρτηση στη Μονάδα ΟΚΑΝΑ Ρόδου & η σχέση τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Διπλωματική εργασία. 2011

Βαμβακά Ιωάννα: Η εξέλιξη των Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα από το 1983 ως σήμερα. Παρουσίαση θεσμικού πλαισίου και συγκριτική ανάλυση. *Τμήμα διοίκησης και οικονομικής διαχείρισης.* 2015

Βλάχος Φώτης. Ίδρυματισμός και κοινωνική ένταξη σε δομές προστασίας παιδιών και νέων. Διπλωματική εργασία. 2016

Γαλάνης Ιωάννης. Θεωρίες ανεργίας. Διπλωματική εργασία. 2011

Γκουτίδης Χρήστος, Γεωργίου Ανδρέας. Η ιστορία του κρατικού θεραπευτηρίου της Λέρου. Εισήγηση στο 11^ο πανελλήνιο συνέδριο Management υπηρεσιών υγείας. Οκτώβρης 2009.

Γκρούτσης Νικόλαος. Αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία. 2010

Γράβαλου Αγγελική: Το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα σήμερα, ως μέρος του ευρύτερου συστήματος κοινωνικής προστασίας : Προκλήσεις και προοπτικές. *Τμήμα κοινωνικής διοίκησης : Κατεύθυνση διοίκηση υπηρεσιών υγείας.* 2003

Δεπαστάς Χαράλαμπος . Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Τόμος 17, Τεύχος 2, e-journals.uniwa.gr

Δημητροκάλης Διονύσιος. Ναρκωτικά και Μ.Μ.Ε, ρεπορτάζ για την απεξάρτηση. Πτυχιακή εργασία. 2018

Δημητροπούλου Γεωργία, Σπανίδη Παναγιώτα. «Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα. Η περίπτωση του ψυχιατρικού νοσοκομείου Τρίπολης. (χωρίς χρονολογία).

Ζήση Μαργιάννα. Κοινωνικός αποκλεισμός, εκπαίδευση και κοινωνική επανένταξη, οργάνωση και αποτελέσματα των δράσεων του Κ.Ε.Θ.Ε.Α.

Ζιώγα Μαλίτσα: Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης σε ένα παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον: Οι προκλήσεις για την επόμενη μέρα. Μεταπτυχιακή εργασία. 2018.

Θελερίτη Μαρία, Συμεωνίδου Χάρις, Σταμπουλής Μίλτος, Πολυχροσιάδης Γιάννης, Σαουνάκης Τάσος: Η άσκηση κοινωνικής πολιτικής σε τοπικό επίπεδο προτάσεις για την διαμόρφωση ενός νέου μοντέλου. Έκδοση: Αναπτυξιακή Τρικάλων ΚΕΝΑΚΑΠ-ΑΕ. Σεπτέμβριος 2008.

Θωμαΐδου Ζωή. Ο ρόλος, οι αρμοδιότητες και η λειτουργία των κέντρων κοινότητας. Κατά πόσο συντελούν στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου και την διασφάλιση της κοινωνικής ένταξης των ωφελούμενων. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία. 2019

Καρακικέ Χαραλαμπία, Κατσιβαρδέα Ελένη. Πρόληψη εκπαίδευση της κοινότητας κατά των εξαρτησιογόνων ουσιών. *Σχολή διοίκησης και οικονομίας, τμήμα διοίκησης επιχειρήσεων.* 2016

Καραγιάννη Ελένη : Κοινωνική πρόνοια και Τρίτη ηλικία. Η περίπτωση των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία. 2011

Καλογεροπούλου Μαρία: Οργανισμός τοπικής αυτοδιοίκησης. Κοινωνική πολιτική και κοινωνική επιχειρηματικότητα. *Σχολή διοίκησης και οικονομίας.* 2012.

Καραμανωλάκης Βαγγέλης. Το Δρομοκαΐτιο φρενοκομείο: 1887-1903. Όψεις της εγκατάστασης ενός ιδρυματικού θεσμού. (χωρίς χρονολογία).

Καρτάκις Δημήτρης. Ψυχιατρείο Χανίων. Η ίδρυση και η εξέλιξη του. Πώς το έζησα από το 1964 ως το 1985. Ιατρικός σύλλογος Χανίων.

Κουρτέση Σπυριδούλα: Κοινωνικός αποκλεισμός και άτομα με ειδικές ανάγκες. 2013

Κατσαβού Στυλιανή. Πολιτικές κοινωνικής προστασίας στην εξέλιξη της οικονομικής σκέψης. Τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας και η επιρροή τους από την οικονομική κρίση. Διπλωματική εργασία. 2014.

Καστανίας Σπυρίδων: Κοινοτικά πλαίσια στήριξης – Θεσμός ανάπτυξης της οικονομίας : Συγκριτική αποτίμηση των Κ.Π.Σ στην Ελλάδα (1989-2006) και αξιολόγηση της πορείας υλοποίησης του Γ'Κ.Π.Σ με την βοήθεια στατιστικών μοντέλων. Προοπτικές 4^{ης} προγραμματικής περιόδου. *Εθνική σχολή δημόσιας διοίκησης. Τμήμα : Γενικής διοίκησης.* 2006

Κοταλακίδης, Γρηγόριος. Η κοινωνική πρόνοια στο πλαίσιο της αναδιάρθρωσης και του μετασχηματισμού του κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη: Η περίπτωση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα. Διδακτορική διατριβή. Πάντειο πανεπιστήμιο πολιτικών και κοινωνικών επιστημών. 2007

Κοτζαμάνης Β, Μαλουτάς Θ. Η κρατική παρέμβαση στον τομέα της εργατικής – λαϊκής κατοικίας. <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/ekke/article/viewFile/7397/7120>

Κούγκας Στέφανος: Η ιστορική εξέλιξη και το νομικό πλαίσιο της κοινωνικής προστασίας της παιδικής ηλικίας. Διπλωματική εργασία. *Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών. 'Διοίκηση της Υγείας'.* 2013.

Λαμπρόπουλος Ευστράτιος, Μαχαλιώτης Ανδρέας, Τσέλιος Παναγιώτης : Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική πριν και μετά την εφαρμογή των μνημονιακών πολιτικών. Πτυχιακή εργασία. 2016

Λεομπίλλα Φωτεινή. “ Άστεγοι και νεοάστεγοι στην Αθήνα ” Ποιοτική προσέγγιση φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού. Διπλωματική εργασία. 2013

Λυμπεράκη Αντιγόνη. Άτυπη κοινωνική προστασία, το υβριδικό κοινωνικό κράτος και η δυναμική εξέλιξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Επιχειρησιακό πρόγραμμα: Εκπαίδευση και δια βίου μάθηση. Δράση : Αριστεία. 2015

Μανουσιάδου Άννα. Κοινοτικό πλαίσιο στήριξης και τοπική αυτοδιοίκηση. Πτυχιακή εργασία. *Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, σχολή διοίκησης και οικονομίας. Τμήμα λογιστικής.* 2006

Μαντά Φωτεινή Οικονομοπούλου Ιωάννα. Η διαχείριση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης 2002-2006. Η περίπτωση του ψυχιατρικού νοσοκομείου Τρίπολης. 2005.

Μανωλοπούλου Γεωργία, Μπερελής Παναγιώτης – Άγγελος, Ματαίου Ελένη. Η διαχρονική εξέλιξη της τοπικής αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα. 2015

Μέγα Βάσω. Δομή οργάνωση και λειτουργία του ΚΕΚΥΑΜΕΑ Πρέβεζας. 2009

Μιχαηλίδης Ανδρέας Φρ. Υγειονομικά και Προνοιακά ιδρύματα της Χίου στα τέλη του 19^{ου} και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Διδακτορική διατριβή. Υποβληθείσα στο τμήμα Ιατρικής σχολής επιστημών υγείας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. 2008

Μίχος Γεώργιος. «Η αντιμετώπιση του προβλήματος των εξαρτησιογόνων ουσιών στο Νομό Βοιωτίας μέσα από την αποτελεσματική συνεργασία των φορέων της Τοπικής και Περιφερειακής Αυτοδιοίκησης». Διπλωματική εργασία. 2017

Μουτζάλη Αφέντρα. Ιατροί, ευαγή ιδρύματα και περίθαλψη ασθενών στο Βυζάντιο. 2011. <https://www.archaiologia.gr/wp-content/uploads/2011/07/81-10.pdf>

Μπούρη Γεωργία. Δράσεις για την ενδοοικογενειακή βία στον Δήμο Αθηναίων. Ο ξενώνας φιλοξενίας γυναικών θυμάτων βίας και των παιδιών τους.

Μπελετσιώτη Χ, Παπαδόπουλος Α, Νιάκας Δ. Η επίδραση της κρίσης στην υγεία και στην φροντίδα υγείας των κατοίκων στην Ελλάδα. Ειδικό άρθρο. Αρχεία ελληνικής ιατρικής. 2018

Ντάμπο Αρτεμισία : Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα η περίπτωση του Ι.Κ.Α. Πτυχιακή εργασία. 2007

Ντούνης Ανδρέας. Ορισμός, οριοθέτηση και στόχοι της κοινωνικής πολιτικής. 2011. <https://socialpolicy.gr/2011/10/%CE%BF%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82-%CE%BF%CF%81%CE%B9%CE%BF%CE%B8%CE%AD%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%83%CF%84%CF%8C%CF%87%CE%BF%CE%B9-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%BA%CE%BF%CE%B9.html>

Ντολιοπούλου Έλση. Οι επιπτώσεις της φτώχειας γενικότερα και στα παιδιά ειδικότερα και πιθανοί τρόποι παρεμβάσεων για την πρόληψη και την μείωση της. 2015

Ξαγρεμμενάκος Σταμάτιος: Η κοινωνική προστασία στην Ελλάδα κατά των 20^ο αιώνα. Θεωρητική και κριτική προσέγγιση. Διπλωματική εργασία. *Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών : Διοίκηση της Υγείας.* 2010.

Ξούπα 2011. Φύλο και νέα εκπαιδευτικά και εργασιακά περιβάλλοντα στην κοινωνία της πληροφορίας. 2011

Παρασκευόπουλος Ηλίας : Κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα μετά το πέρας του εμφυλίου πολέμου 1948-1952. Πτυχιακή εργασία 2005

Παπαγεωργίου Σταματία- Χρυσούλα: Δομές υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον νομό Μαγνησίας. Πτυχιακή εργασία. 2005

Παπαγεωργίου Νικολίτσα: Τα προβλήματα και οι ανάγκες των Α.Μ.Ε.Α. Κοινωνικό πρόβλημα και λειτουργική επίλυση. *Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, νέες αρχές διοίκησης επιχειρήσεων.* (χωρίς χρονολογία

Πάλλης Χρήστος. Το θεσμικό πλαίσιο των οικονομικών της τοπικής αυτοδιοίκησης- ανάλυση και προοπτικές. Διδακτορική διατριβή. Πάντειο πανεπιστήμιο κοινωνικών και πολιτικών επιστημών. 2010

Πανουτσοπούλου Κασσιανή. Κοινωνική πρόνοια. Ιστορική εξέλιξη , Σύγχρονες τάσεις. Εκδόσεις Γρηγόρης. 1984

Παπαφιλιππόπουλος Ιωάννης, Πουλάκου-Ρουμπελάκου Έφη, Ευτυχιάδης Αριστοτέλης. Η φροντίδα των ηλικιωμένων στο Βυζάντιο. 2004.

Παππός Θεοφάνης. Ιστορική εξέλιξη της τοπικής αυτοδιοίκησης Β΄ βαθμού από την συνθήκη του Μάαστριχτ μέχρι σήμερα. Οι περιπτώσεις Ελλάδας, Ιταλίας και Γαλλίας. Διπλωματική εργασία. 2017

Παχιού Μαρία. Οι παιδικοί σταθμοί στο χθες και το σήμερα: Η εξέλιξή τους, η οργάνωση και η λειτουργία τους, τα καθήκοντα των παιδαγωγών. Διπλωματική εργασία. 2019.

Παπαχριστόπουλος Αλέξιος. Συγκριτική προσέγγιση του συστήματος διοίκησης (αποκέντρωση, αυτοδιοίκηση) της Ελλάδας και της Ιταλίας : Η δυναμική του θεσμού των Περιφερειών στην αναπτυξιακή διαδικασία. Διπλωματική εργασία. 2010.

Πετράτου Διονυσία, Παππά Νικολέτα. Μια εμπειρική προσέγγιση των προγραμμάτων θεραπείας με υποκατάστατα. 2018

Πετροπούλου Σοφία. Η ηθική φιλοσοφία στην οργάνωση – δομή – λειτουργία του Δημήτριου Κέντρου της Ορθόδοξη Ιεραποστολής για τα φτωχά παιδιά. Διπλωματική εργασία. 2016

Πουλάκου Ρουμπελάκου Έφη. Το παιδί και η υγεία του στην Βυζαντινή εποχή. 2011 <https://www.archaiologia.gr/wp-content/uploads/2011/07/103-4.pdf>

Πυργάκης Νικόλαος. Δημογραφικά και νοσολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου κατά το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα. Διπλωματική εργασία. 2019

Σακελλάρης Αντώνιος: Επισκόπηση νομοθετικού πλαισίου για την ψυχική υγεία από τη σύσταση του Ελληνικού κράτους έως σήμερα. *Τμήμα κοινωνικής διοίκησης , διοίκηση υπηρεσιών υγείας.* 2008.

Σαμαρτζή Χρύσα. Η συμβολή της αποκατάστασης των Αμεα στην επανένταξη τους στην αγορά εργασίας και στην ενδυνάμωση της; Εθνικής οικονομίας. 2011

Σπυρόπουλος Δημήτριος: Προνοιακές δομές στην Ελλάδα. Προβλήματα προοπτικές. *Τμήμα: Κοινωνική διοίκηση/ Διοίκηση υπηρεσιών υγείας.* 2008

Σταικούρα Αρετή Κωνσταντίνα: Η σημασία της μακροχρόνιας φροντίδας στην ΕΛΛΑΔΑ. 2018

Στασινοπούλου Όλγα: Κοινωνική πολιτική – Βασικές έννοιες, Ιστορική εξέλιξη. Φορείς και πρότυπα. 2006

Σαρμίδα Ελισάβετ, Καλύβα Ευφροσύνη. Η εργατική εστία ως πάροχος κοινωνικής πρόνοιας. 2001.

Στρογγυλός Βασίλης. Εισαγωγή στην αναπηρία.

https://eclass.uth.gr/modules/document/file.php/ECE_U_202/%CE%94%CE%B9%CE%B1%CF%86%CE%AC%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B5%CF%82/%CE%9C%CE%AC%CE%B8%CE%B7%CE%BC%CE%B1%201-%20%CE%95%CE%B9%CF%83%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%AE%20%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%AF%CE%B1.pdf

Στυλιανίδης Σ. Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική. Ιστορικές αναφορές. (χωρίς χρονολογία).

Ταμαλίδου Χρυσάνθη. “Κοινωνική Πρόνοια και υγεία την περίοδο της δικτατορίας του Ι. Μεταξά 1936-1940”. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία. 2014.

Τσαλακοπούλου Β. Σαράφης Π: Ελληνική υγεία. Εξε-ληγμένη ή εξελιγμένη. Διεπιστημονική φροντίδα υγείας. Τεύχος 1, Τόμος 5, 49-65. 2013

Τζαγκαράκης Στυλιανός – Ιωάννης. Κρίση και κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα 2009-2015. Μία κριτική ανάλυση. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Κρήτης. Τμήμα πολιτικής επιστήμης. 2017

Φωκιανού Μαρία: Το νομικό πλαίσιο της φροντίδας υγείας και της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών κοινωνικών ομάδων στην Ελλάδα. Διπλωματική εργασία. Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών. Διοίκηση της υγείας. 2013

Χούπη Αικατερίνη. «Οι αναπτυξιακές, διαρθρωτικές, κοινωνικές και θεσμικές επιδράσεις των Προγραμμάτων Προσαρμογής (Μνημονίων) στην Ελλάδα. Διπλωματική εργασία. Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών. Διεθνείς και Ευρωπαϊκές σπουδές. 2016

Ξενόγλωσση

Gosta. Esping Andersen, Duncan Gallie, John Myles, Anton Hemerijck: Γιατί χρειαζόμαστε ένα νέο κοινωνικό κράτος. Προλογικό σημείωμα. Θεόδωρος Σακκελαροπουλος. Επιμέλεια – Μετάφραση. Χαράλαμπος Οικονόμου. Εκδόσεις: ΔΙΟΝΙΚΟΣ. 2006.

Rima Ghazaleh. Ο τρόπος ζωής και το ηθικό των ηλικιωμένων: Διαπολιτισμική μελέτη. Διδακτορική διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. 2012

Gordon David, Pantazis Christina. Measuring poverty: Breadline Britain in the 1990s Chapter 2. (1997)

Sartorius Norman. The meanings of health and its promotion. Croatian medical journal. 2006

ΠΗΓΕΣ ΙΝΤΕΡΝΕΤ

https://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/gr_metra_gr.pdf

<https://www.capital.gr/oikonomia/3272371/ragdaia-i-meiosi-stis-dapanes-giperiodo-2009-2014#a-to-farmako-tin-0>

<https://www.schooling.gr/article/58/ti-einai-ta-kdapmea>

<http://www.hellaskps.gr/Details.asp?L1=2&L2=1&L3=1&L4=10>

<https://www.europarl.europa.eu/sides/getAllAnswers.do?reference=E-2005-4552&language=EL>

<https://www.slideshare.net/Kvarnalis75/17-10244374>

www.elemendu.patras.gr

<https://www.taathinaika.gr/o-evergetis-georgios-chatzikonstas-kai-to-orfanotrofeio-tis-odou-peiraios/>

<https://www.maxmag.gr/agnosti-ellada/papafeio-ena-idryma-elpidas-sti-thessaloniki/> (

http://pireorama.blogspot.com/2014/04/blog-post_11.html

<https://www.xatzikiriakio.gr>

www.kivotostoukosmou.org

<https://sos-villages.gr/>

<https://www.hamogelo.gr/gr/el/>

www.euretirio.com/anergia.

www.noesi.gr

<http://www.redcross.gr/default.asp?pid=123>

<https://mdmgreece.gr/mdm-solidarity-house-for-all-i-giatri-tou-kosmou-egkeniazoun-kinoniko-xenona-gia-evalotous-plithismous-sto-kentro-tis-athinas/>

<http://www.psychxen-sotiria.gr/index.php?id=99&L=1%27A%3D0>

<http://www.cityofathens.gr/node/320>

<http://www.ekka.org.gr/index.php/about/2018-05-11-06-34-05>

: <http://www.oaed.gr/istorike-exelixe>

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1112&langId=el&intPageId=4571>

<http://www.oaed.gr/documents/10195/1214512/%CE%95%CE%9A%CE%9F-%CE%95%CE%9D%CE%97%CE%9C%CE%95%CE%A1%CE%A9%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%9F.pdf/1b966937-d5fe-4cca-ad2a-3c3dfd599388>

<https://www.tanea.gr/2020/12/01/greece/oaed-tanoixta-programmata-pou-epixorigoun-mistho-kai-eisfores/>

https://www.oee.gr/koinonikos_tourismos.html

www.oaed.gr ,

<https://www.e-forologia.gr/lawbank/document.aspx?digest=C044C0200E43578C.27DF74CC34D8&version=1982/07/01>

https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%86%CF%83%CF%85%CE%BB%CE%BF_%CE%A6%CF%81%CE%B5%CE%BD%CE%BF%CE%B2%CE%BB%CE%B1%CE%B2%CF%8E%CE%BD_%CE%A3%CF%8D%CF%81%CE%BF%CF%85

<https://www.kathimerini.gr/society/450731/pros-epanaleitoyrgia-o-organismos-psihiatreioy-soydas/>

. <http://medsubjs.blogspot.com/2011/03/t.html>

<https://www.psyhat.gr/el/content/%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%B4%CF%81%CE%BF%CE%BC%CE%B7>

<https://www.psychothes.gr/%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%AF%CE%BF/%CE%B9%CF%83%CF%84%CE>

[BF%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE-
%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%B4%CF%81%CE%BF%CE%BC%CE%AE/
\)](#). <https://www.med.auth.gr/tmima-istorika-stoiheia>
http://eureka.teithe.gr/jspui/bitstream/123456789/7857/4/Zaragka_Triada.pdf
[https://www.uoa.gr/foitites/symboyleytikes_ypiresies/kentro_psychikis_ygieinis_byro
na_kaisarianis/](https://www.uoa.gr/foitites/symboyleytikes_ypiresies/kentro_psychikis_ygieinis_byro
na_kaisarianis/)
[https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/programma-
quot-psyxargws-quot/83-h-psyxiatrikh-metarrythmish-sthn-ellada](https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/programma-
quot-psyxargws-quot/83-h-psyxiatrikh-metarrythmish-sthn-ellada)
<https://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>
<https://ekahosp.wordpress.com/>
[http://www.ekka.org.gr/images/%CE%94%CE%97%CE%9C%CE%9F%CE%A3%CE%
E%99%CE%95%CE%A3%20%CE%A3%CE%A7%CE%95%CE%A3%CE%95%CE%
E%99%CE%A3/NEA-YGEIA-108.pdf](http://www.ekka.org.gr/images/%CE%94%CE%97%CE%9C%CE%9F%CE%A3%CE%
E%99%CE%95%CE%A3%20%CE%A3%CE%A7%CE%95%CE%A3%CE%95%CE%
E%99%CE%A3/NEA-YGEIA-108.pdf)
<http://www.ekka.org.gr/index.php/about/2018-05-11-06-34-05>.
[https://www.amea-care.gr/eurostat-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-
%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CF%84%CE%BF-
%CF%80%CE%BF%CF%83%CE%BF%CF%83%CF%84%CF%8C-
%CF%80%CE%BF%CF%85-%CE%AD%CF%87%CE%B5%CE%B9-
%CE%B4%CE%B7%CE%BB%CF%8E](https://www.amea-care.gr/eurostat-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-
%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CF%84%CE%BF-
%CF%80%CE%BF%CF%83%CE%BF%CF%83%CF%84%CF%8C-
%CF%80%CE%BF%CF%85-%CE%AD%CF%87%CE%B5%CE%B9-
%CE%B4%CE%B7%CE%BB%CF%8E)
[https://www.amea-care.gr/eurostat-%CF%80%CE%AC%CE%BD%CF%89-
%CE%B1%CF%80%CF%8C-8-%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%82-
10-%CE%B1%CE%BC%CE%B5%CE%B1-
%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-
%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-
%CE%B1%CE%BD%CF%84/](https://www.amea-care.gr/eurostat-%CF%80%CE%AC%CE%BD%CF%89-
%CE%B1%CF%80%CF%8C-8-%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%82-
10-%CE%B1%CE%BC%CE%B5%CE%B1-
%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-
%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-
%CE%B1%CE%BD%CF%84/)
www.kethea.gr/fag/einai-exartisi
[www.faethon.org/arthra/18-kentro-prolipsis/prolipsi-kai-proagwgh-ygeias/23-ti-einai-
h-eksartisi](http://www.faethon.org/arthra/18-kentro-prolipsis/prolipsi-kai-proagwgh-ygeias/23-ti-einai-
h-eksartisi)

<https://www.vice.com/el/article/zm34p3/o-kosmos-twn-narkwtikwn-sthn-ellada-exeimia-istoria-ekato-xronwn>

<https://www.ektepn.gr/publications/2020/etisia-ekthesi-ektepn/etisia-ekthesi-2019-i-katastasi-toy-problimatos-ton>.

<https://www.ektepn.gr/sites/default/files/2020-06/ETHSIA%20EKTHESI%202016%28final%29.pdf>

<https://www.kethea.gr/kethea/nees-monades-meso-espa/>

https://www.kethea.gr/wp-content/uploads/2019/07/APOL-2018_LF3L.pdf

<https://www.nou-pou.gr/stories/patridognwsia/to-2o-archeotero-giromio-stin-ellada-ine-ston-pirea/>.

<https://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-106/>

<https://okpapa.gr/wp-content/uploads/2018/05/kanonismos-leitourgias-voitheia-sto-spiti.pdf>)

<http://www.astegoi.gov.gr/index.php/en/gia-polites/domes-ypiresies>

<https://www.grandmama.gr/a/30/otan-oi-roloi-antistrefontai>