

ΜΕΛΕΤΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΥΑΛΩΤΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ

«Πιλοτική κοινωνική παρέμβαση ανάπτυξης μηχανισμού παροχής υπηρεσιών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας για τους ηλικιωμένους και άλλες ειδικές ευάλωτες ομάδες στον Δήμο Πειραιά»

Ζ. Ανδρεαδάκη & Α. - Δ. Στεργιοπούλου

Επιστημονικό Προσωπικό/Σύνταξη Μελετών

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2021

0



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

ΜΕΛΕΤΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΥΑΛΩΤΕΣ
ΟΜΑΔΕΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ

«Πιλοτική κοινωνική παρέμβαση ανάπτυξης μηχανισμού παροχής υπηρεσιών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας για τους ηλικιωμένους και άλλες ειδικές ευάλωτες ομάδες στον Δήμο Πειραιά»

Η παρούσα έρευνα εκπονείται στο πλαίσιο του:

Υποέργο 1: «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus» της Πράξης «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus», με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5060900.

Πακέτο Εργασίας 2: «Παρεμβάσεις πρόληψης και υποστήριξης της Κοινωνικής Ένταξης στον Δήμο Πειραιά»

Παραδοτέο 2.2: «Παρεμβάσεις υποστήριξης και συμπληρωματικές υπηρεσίες ειδικών και εκτάκτων αναγκών»

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2021

Σύνταξη Μελέτης: Επιστημονικό Προσωπικό Social Innovation Piraeus

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΟΙΜΙΟ.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
Ορισμοί εννοιών	15
Αρκτικόμελα.....	17
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	18
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΠΑΡΑΔΟΤΕΟΥ ΕΡΓΟΥ	21
Πλαίσιο αναφοράς.....	21
Προφίλ και δράσεις ΚΟ.Δ.Ε.Π.	22
Το προφίλ της ΚΟ.Δ.Ε.Π.....	22
Οι δράσεις της ΚΟ.Δ.Ε.Π.....	24
Κοινωνικό Φροντιστήριο «Διδακτική Αλληλεγγύη»	25
Ξενώνας Βραχείας Φιλοξενίας Αστέγων Πειραιά «Ανακούφιση».....	27
Ξενώνας Βραχείας Φιλοξενίας Συνοδών ασθενών του Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιά «Μεταξά», «Η Κοινωνική Μέριμνα»	27
Κοινωνική Ντουλάπα.....	28
Κοινωνικό Φαρμακείο.....	28
Βοήθεια στο Σπίτι.....	29
Καλοκαιρινό Πρόγραμμα Δημιουργικής Απασχόλησης για Παιδιά	29
Συνεχής χαρτογράφηση των αναγκών των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων	30
Δράσεις ΟΧΕ/ΒΑΑ Πειραιά.....	31

Το Υπόεργο της παρούσας Πράξης Κοινωνικής Καινοτομίας	36
Παρεμβάσεις πρόληψης και υποστήριξης της κοινωνικής ένταξης στον Δήμο Πειραιά ..	37
Δράσεις της Πράξης «Social Innovation Piraeus» έως σήμερα	38
Παρεμβάσεις υποστήριξης και υπηρεσίες ειδικών και έκτακτων αναγκών	39
Ομάδα- στόχου πιλοτικής κοινωνικής παρέμβασης	40
ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	42
Ορισμός της Τρίτης Ηλικίας και χαρακτηριστικά	42
Η δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα και τη διεθνή κοινότητα	47
Η Γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα.....	49
Η αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού	50
Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού Τρίτης Ηλικίας.....	58
Οι επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στην οικονομία	63
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΣΗ	68
Οι ανάγκες των ατόμων στην τρίτη ηλικία	68
Η Θεωρία του Maslow (Μάσλοου)	68
Ατομική υγιεινή	70
Ανάγκες επιβίωσης	71
Ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες.....	72
Οικονομικές ανάγκες.....	75
Ιατροφαρμακευτικές ανάγκες.....	76
Ανάγκη για κοινωνική πρόνοια	77

Ηλικιακές ομάδες στο γήρας	78
Συσχέτιση γήρατος και νόσησης.....	80
Τρίτη ηλικία και άνοια.....	83
COVID-19 και ηλικιωμένοι με Καρδιαγγειακά Προβλήματα	85
Covid-19 και η σύνδεσή της με τη νόσο Alzheimer	87
Τρίτη ηλικία και χρόνια νοσήματα	89
Τρίτη ηλικία και μοναχικότητα.....	91
Ποιότητα Ζωής Ηλικιωμένων	93
Ευδόκιμη γήρανση και ποιότητα ζωής στην Τρίτη ηλικία	95
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	99
Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων	99
Το διεθνές δίκαιο για τα ανθρώπινα δικαιώματα.....	100
Ευρωπαϊκή χάρτα δικαιωμάτων ηλικιωμένων	101
Ιστορική ανασκόπηση- Κοινωνική Πρόνοια στην Ελλάδα.....	102
Βασικοί παράγοντες επιρροής της διαβίωσης των ατόμων της τρίτης ηλικίας.....	104
Πολιτικές και κοινωνικές ιδιοτυπίες του παρόντος και του μέλλοντος.....	105
Πτυχές και ανακατατάξεις – Οριοθέτηση.....	106
Πολιτιστική υποβάθμιση	108
Προγράμματα για την Τρίτη Ηλικία σε παγκόσμια κλίμακα	110
Στατιστικά στοιχεία πληθυσμιακής γήρανσης Eurostat.....	112
Προηγούμενες και μελλοντικές τάσεις της δημογραφικής γήρανσης στην ΕΕ	117

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ.....	123
Τρίτη Ηλικία και κοινωνική πολιτική	123
Προγράμματα Κοινωνικής Πρόνοιας στην Ελλάδα	124
Σκοποί της Πολιτικής για τους Ηλικιωμένους	128
Μέτρα Προστασίας, Φορείς και Προϋποθέσεις Επιλεξιμότητας.....	129
Πολιτικές του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την τρίτη ηλικία	130
Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερηλίκων	132
Εξωιδρυματική Περίθαλψη.....	133
Ανοιχτή περίθαλψη - Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων	134
Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. (Κέντρο Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων).....	135
Ο θεσμός των Κ.Η.Φ.Η. (Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων)	138
Οι Λέσχες Φιλίας	140
Προγράμματα κοινοτικής φροντίδας, υλοποιούμενα από άλλους φορείς.....	141
Κλειστή περίθαλψη - Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων - Γηροκομεία.....	143
Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων	144
Ιδρυματική Περίθαλψη	144
Μορφές φροντίδας Τρίτης Ηλικίας στην Ελλάδα.....	147
Προγράμματα υποστήριξης για την Τρίτη Ηλικία στον Δήμο Πειραιά	148
Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι».....	148
Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» Δήμου Πειραιά που υλοποιείται από ΚΟ.Δ.Ε.Π.	149
Πρόγραμμα «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ PLUS» που υλοποιεί η ΚΟ.Δ.Ε.Π.	153

ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	159
Δεδομένα οικονομικής εξασθένησης, γενικού πληθυσμού.....	159
Κίνδυνος φτώχειας ηλικιωμένων.....	161
Ο Τρόπος ζωής των ηλικιωμένων	164
Μεγάλες προκλήσεις	168
Οι Συνταξιούχοι στην Ελλάδα	173
Αλλαγές & Μειώσεις στις συντάξεις.....	178
ΣΗΜΕΙΑ ΕΣΤΙΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	180
Περιγραφή της κοινωνικής παρέμβασης.....	180
Η Τρίτη ηλικία στο Δήμο Πειραιά	182
Κοινωνικά δεδομένα και κατάσταση υγείας έρευνας πεδίου	185
Οικονομικά δεδομένα έρευνας πεδίου	189
Πολυευαλωτότητα και Τρίτη ηλικία	193
Μοναχικότητα και εγκατάλειψη.....	194
Προνοιακή και κοινωνική αποδυνάμωση	200
Η ευάλωτη ομάδα των ατόμων με περιορισμό μετακίνησης	203
Η μοναχικότητα και ο κοινωνικός αποκλεισμός.....	206
Η επίπτωση του κορωνοϊού στα άτομα ΑμεΑ	208
ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	212
Γενικά πληθυσμιακά δεδομένα του Δήμου Πειραιά.....	212
Έκθεση εισοδήματος 2020 για τον Δήμο Πειραιά.....	214

Έρευνα Συνθηκών Διαβίωσης 2020 για τον Δήμο Πειραιά	216
Συνθήκες διαβίωσης ηλικιωμένων για τον Δήμο Πειραιά	218
Κοινωνικές δομές ηλικιωμένων στον Δήμο Πειραιά	220
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ	222
Παρουσίαση ομάδας στόχου έρευνας πεδίου	222
Στοχοθεσία μελέτης πιλοτικής κοινωνικής παρέμβασης	222
Παράγοντες ανάλυσης και δείκτες επίπτωσης	223
Δείγμα έρευνας πεδίου	224
Μεθοδολογία έρευνας	225
Η παρατήρηση	226
Η συνέντευξη	227
Το ερωτηματολόγιο	228
Στατιστική ανάλυση και μεταδεδομένα	228
Αποτελέσματα έρευνας πεδίου	229
Συμπεράσματα της έρευνας	255
ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	262
Ανάγκη για πιλοτική παρέμβαση	262
Καλές πρακτικές εξωτερικού	264
Ισότιμη πρόσβαση στην κοινωνία και την πρόνοια	265
Άρση κοινωνικού αποκλεισμού	266
Η δράση «Ψηφιακή ομπρέλα κατοίκων του Δήμου Πειραιά»	269

Ο καινοτόμος χαρακτήρας της δράσης	271
ΕΡΕΥΝΤΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	274
Συμπεράσματα ως προς το δείγμα έρευνας	274
Συμπεράσματα ως προς την πολυευαλωτότητα της ομάδας στόχου.....	275
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΗΜΟ ΠΕΙΡΑΙΑ.....	278
Υπηρεσία κατ' οίκον παρακολούθησης με κουμπί συναγερμού	278
Υπηρεσία κατ' οίκον παρακολούθησης με κουμπί συναγερμού και ανίχνευση πτώσης	278
Προμήθεια Συσκευών κατ' οίκον παρακολούθησης με κουμπί συναγερμού	280
Προμήθεια Συσκευών κατ' οίκον παρακολούθησης με ανίχνευση πτώσης.....	281
Επιπρόσθετες υπηρεσίες για την λειτουργία της τηλεφροντίδας	281
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΙΛΟΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	282
Σκοπιμότητα και καινοτομία της δράσης	282
ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΩΦΕΛΗ ΚΑΙ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ.....	285
Ενδεικτικές τεχνικές προδιαγραφές συσκευών.....	287
Διαδικασία παροχής υπηρεσιών τηλε-φροντίδας.....	293
Μεθοδολογία υλοποίησης της προτεινόμενης παρέμβασης	293
Λειτουργικότητα και αξιοποίηση αποτελεσμάτων της δράσης.....	296
Διαδικασία προμήθειας συσκευών	297
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	299
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	300
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία	300



Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	304
Πηγές από το διαδίκτυο	306
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	309
Παράρτημα 1-Ερωτηματολόγιο έρευνας πεδίου	310
Παράρτημα 2-Προσκλήσεις δράσεων σχετιζόμενες με ΟΧΕ/ΒΑΑ Πειραιά	316
Παράρτημα 3 - Ευρωπαϊκή χάρτα δικαιωμάτων και υποχρεώσεων ηλικιωμένων.....	341
Παράρτημα 4 – Αδειοδοτημένες μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων.....	353
Παράρτημα 5 – Ανάλυση χρονίων νοσημάτων ηλικιωμένων.....	376
Παράρτημα 6 – Αναλυτική παρουσίαση κόστους έρευνας αγοράς.....	382

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Η παρούσα μελέτη τεκμηρίωσης, αφορά στην δημιουργία ενός μηχανισμού παροχής υπηρεσιών τηλεφροντίδας, προς το ευπαθές πληθυσμιακό τμήμα δημοτών Πειραιά που βρίσκεται αντιμέτωπο με προβλήματα υγείας και κινητικότητας και ανήκει στο ηλικιακό φάσμα 65 και άνω καθώς και εν γένει άτομα με ειδικές ανάγκες που χρήζουν ιατρονοσηλευτικής ή/και ψυχολογικής υποστήριξης, με σύνοδη την αδυναμία μετακίνησης.

Σκοπό της κοινωνικής παρέμβασης: «Πιλοτική κοινωνική παρέμβαση ανάπτυξης μηχανισμού παροχής υπηρεσιών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας για τους ηλικιωμένους και άλλες ειδικές ευάλωτες ομάδες στον Δήμο Πειραιά», αποτελεί η ανάπτυξη και διατήρηση της ποιοτικής διαβίωσης, ασφάλειας και αυτονομίας των κοινωνικά αυτών περιθωριοποιημένων ομάδων, ηλικιωμένων νοσούντων και ατόμων με αυξημένες ανάγκες παροχών υγείας κατ' οίκον, υπό το πρίσμα ενός αιτιολογικού μοντέλου, το οποίο περιλαμβάνει νευραλγικής σημασίας παράγοντες, όπως η φυσική υγεία και η λειτουργικότητα, η κοινωνική υποστήριξη, η ψυχική ή/και νοητική αποτελεσματικότητα.

Λαμβάνοντας υπόψη τη συνολική αλλά και εξατομικευμένη σκιαγράφηση των προφίλ των ωφελούμενων, όπως το ιατρικό ιστορικό και νοσηρότητα των παθήσεων και το κοινωνικό, οικογενειακό και οικονομικό τους περιβάλλον και καταγράφοντας παράλληλα σε καθημερινή βάση τις αυξημένες ανάγκες ατόμων που κινδυνεύουν λόγω ηλικίας, προβλημάτων υγείας ή κοινωνικής απομόνωσης, προτείνεται η υπηρεσία υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης. Η αυτή παρέμβαση, στη λειτουργία της ως μια κοινωνική υπηρεσία τηλεφροντίδας, στοχεύει στην προσφορά εξειδικευμένων παροχών φροντίδας και προσοχής, που δύνανται να βελτιώσουν τις συνθήκες ασφαλείας, να μειώσουν το αίσθημα της μοναξιάς στην καθημερινή ζωή, να ενισχύσουν την ανεξαρτησία, να ανιχνεύσουν και να

αποτρέψουν επικίνδυνες καταστάσεις. Ταυτόχρονα οι υπηρεσίες τηλεφροντίδας προστατεύουν τους ευπαθείς ωφελούμενους από τις επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 προσφέροντας υπηρεσίες πρόνοιας εξ' αποστάσεως, μειώνοντας τις μη απαραίτητες μετακινήσεις τους και παρέχοντας ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη σε ομάδες πληθυσμού που επιβαρύνθηκαν περισσότερο από τα μέτρα περιορισμού των μετακινήσεων λόγω πανδημίας.

Η υποστηρικτική και θεραπευτική κοινωνική παρέμβαση, αποτελεί έναν ιστό, ένα μηχανισμό αναδόμησης παραγωγής αξιών, όπου ξαναθέτει σε κίνηση τις σταματημένες κοινωνικές ανταλλαγές, τείνοντας παράλληλα να εγκαθιδρύσει τις συναισθηματικές σχέσεις στους κόλπους του δήμου Πειραιά. Μέσα από την ανθολόγηση του πλαισίου ζωής των ωφελούμενων και την αξιοποίηση αρμόδιων κοινωνικών μηχανισμών και καινοτόμων πρακτικών απομακρυσμένης ιατρο-νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ο χαρακτήρας των υπηρεσιών της παρέμβασης, εγγυάται την υποστήριξη, τη δυνατότητα, τη θεραπευτική δραστηριότητα, την παραγωγή νοήματος στη ζωή.

Ο χαρακτήρας των υπηρεσιών, συνίσταται επίσης στην προθετικότητα για την εξασφάλιση του συντονισμού, της ολοκληρωμένης παροχής φροντίδας καθώς και τη συνέχειά της, όπως και την επέκταση του θεσμού κατ' οίκον φροντίδας, για όλα τα άτομα που βιώνουν βιολογικές, ψυχολογικές, γνωστικές, κοινωνικές και οικονομικές εκπτώσεις, τα οποία δε πρέπει ούτε και διαχωρίζονται -διαμέσου του πιλοτικού καινοτόμου εγχειρήματος «κοινοτικής τηλεφροντίδας», από το υπόλοιπο κοινωνικό σώμα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής αποτελεί πλέον μία σημαντική παράμετρο στη διαμόρφωση τόσο της πολιτικής όσο και της καθημερινής ζωής στις αναπτυγμένες και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σε αυτό οδήγησαν οι καλύτερες όσο και αμφισβητούμενες συνθήκες διαβίωσης των ατόμων σε συνδυασμό, φυσικά, με την πρόοδο της επιστήμης η οποία, μεταξύ άλλων, παρέχει καινούριες θεραπείες, καθιστώντας ασθένειες μέχρι πρότινος θανατηφόρες ιάσιμες, την ίδια στιγμή που παρατείνει τη ζωή ατόμων, επιτρέποντάς τους να ζουν καλύτερα, όταν πληγούν από αθεράπευτες ασθένειες.

Η νέα αυτή πραγματικότητα, η οποία ολοένα και ενισχύεται τις τελευταίες δεκαετίες προκαλεί όλο και περισσότερο την ανάγκη για τη δημιουργία κατάλληλων υποδομών οι οποίες θα βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων ατόμων, ενισχύοντας το κοινωνικό πρόσωπο του κράτους και, παράλληλα, προφυλάσσοντας τους πολίτες από την περιθωριοποίηση που συχνά στιγματίζει άτομα της Τρίτης Ηλικίας. Εξάλλου, ειδικότερα στην Ελλάδα, το θέμα της Τρίτης Ηλικίας διέπεται από σημαίνουσες προβληματικές, οι οποίες είτε αφορούν στα συνταξιοδοτικά προγράμματα των εκάστοτε ασφαλιστικών ταμείων, είτε σε πρακτικά ζητήματα καθημερινής φύσης, όπως η φαρμακευτική περίθαλψη, η φροντίδα ή ακόμη η στέγαση και η σίτιση.

Στην παρούσα μελέτη, διερευνώνται τα χαρακτηριστικά της Τρίτης Ηλικίας σε συνδυασμό με τα δικαιώματα και τις ανάγκες των ατόμων που βρίσκονται στην ηλικία αυτή, με σκοπό την υποστήριξη της επιστημονικής ομάδας έργου της κοινωνικής παρέμβασης, στο να σχεδιάσει και να υλοποιήσει ουσιαστικές και αποτελεσματικές δράσεις προνοιακού χαρακτήρα, που ανάγονται στην κοινωνική και οικονομική στήριξη ευπαθών ωφελούμενων

της Τρίτης ηλικίας και ΑμεΑ, μέσα στο πλαίσιο της πρόληψης και αντιμετώπισης προβλημάτων που σχετίζονται με τη λειτουργικότητα της κοινωνίας.

Οι δημογραφικές αλλαγές που παρατηρούνται στην Ελλάδα αλλά και στην Ευρωπαϊκή Ένωση εξαιτίας της αύξησης του προσδόκιμου ζωής σε συνδυασμό με την υπογεννητικότητα, κάνει επιτακτική την ανάγκη μεταρρυθμίσεων στον τομέα άσκησης κοινωνικής πολιτικής και στην λειτουργία του Κράτους Πρόνοιας. Οι δημογραφικές αυτές αλλαγές είχαν τις ακόλουθες επιπτώσεις στον τομέα της κοινωνικής προστασίας:

- Αύξηση της ζήτησης για εξωιδρυματική και ιδρυματική φροντίδα για τα ηλικιωμένα άτομα
- Επιβάρυνση του συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης
- Αύξηση στις δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης

Επίσης αναδειχτήκαν οι ελλείψεις και οι αδυναμίες που υπάρχουν στο κομμάτι της Πρόνοιας για τα ηλικιωμένα άτομα και πιο συγκεκριμένα:

- Το ανεπαρκές υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών υγείας
- Η έλλειψη κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου και η άνιση κατανομή τους στο χώρο
- Η περιορισμένη πρόσβαση των ηλικιωμένων ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια σε υπηρεσίες υγείας
- Η Στέγαση
- Η νοσηλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη

Αναγκαιότητα της παρούσας μελέτης, είναι σε πρώτο επίπεδο η διερεύνηση μιας σειράς θεμάτων που έχουν να κάνουν με την Τρίτη Ηλικία, όπως οι ανάγκες και τα δικαιώματα της συγκεκριμένης Κοινωνικής ομάδας καθώς επίσης και η παρουσίαση της υφισταμένης

Κρατικής Πρόνοιας. Σε αυτό το πλαίσιο, παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της Τρίτης Ηλικίας, η συσχέτιση της ηλικίας με νόσους, δεδομένα για την Ευρώπη, την Ελλάδα και την παγκόσμια κοινότητα καθώς και οι Κοινωνικές Πολιτικές που ακολουθούνται σε διεθνές και εθνικό επίπεδο, για το ευπαθές τμήμα πληθυσμού στην Τρίτη ηλικία.

Με όλη τη συνημμένη κοινωνική βαρύτητα, η μελέτη εστιάζει επίσης τόσο στη μοναχικότητα των ηλικιωμένων, των ΑμεΑ και των ατόμων εν γένει με περιορισμό μετακίνησης, όσο και στον περαιτέρω κοινωνικό αποκλεισμό τους, λόγω κορωνοϊού. Εν συνεχεία αποτυπώνονται οικονομικά στοιχεία και οι κίνδυνοι φτώχειας στην Τρίτη ηλικία, η αναλυτική αποτύπωση μέσω δεδομένων της υφιστάμενης κατάστασης στο Δήμο Πειραιά καθώς και η αρωγή του Δήμου, στη βελτίωση της ποιότητας των συνθηκών διαβίωσης ηλικιωμένων πασχόντων.

Σε δεύτερο επίπεδο, ακολουθούν η γενική και διατμηματική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πεδίου, όπου για την εκπόνησή της χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, χορηγούμενο από τα στελέχη άμεσης παρέμβασης τηλεφωνικά, σε καταγεγραμμένους ωφελούμενους δημότες Πειραιά, ηλικίας 65 και άνω, με κάποιο χρόνιο νόσημα ή μη. Συνολικά απαντήθηκαν 170 ερωτηματολόγια, ενώ το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν: 55 ωφελούμενοι από την Α Δημοτική Κοινότητα, 23 ωφελούμενοι από την Β Δημοτική Κοινότητα, 9 ωφελούμενοι από την Γ Δημοτική Κοινότητα, 46 ωφελούμενοι από την Δ Δημοτική Κοινότητα, και 37 ωφελούμενοι από την Ε Δημοτική Κοινότητα. Παρουσιάζονται επίσης τα γενικά συμπεράσματα της ερευνητικής διαδικασίας.

Εν συνεχεία ακολουθεί η τεκμηρίωση της αναγκαιότητας της Κοινωνικής Παρέμβασης και η περιγραφή της, οι τεχνικές προδιαγραφές υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας, η μεθοδολογία και η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της προτεινόμενης

Κοινωνικής Παρέμβασης, η σκοπιμότητά της, τα αναμενόμενα οφέλη της στον ωφελούμενο πληθυσμό.

Τέλος, παρουσιάζονται τα ειδικότερα συμπεράσματα της έρευνας πεδίου, τόσο ως προς το δείγμα της έρευνας, όσο και ως προς την πολυεαυαλωτότητα των συμμετεχόντων, η οποία εκπονήθηκε από την επιστημονική ομάδα έργου της Πράξης και αποσκοπούσε στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής μέσα από την αντιμετώπιση και τον περιορισμό των παραγόντων που μακροπρόθεσμα ωθούν τα άτομα των ομάδων στόχων των ηλικιωμένων και των ατόμων με αδυναμία μετακίνησης, σε κοινωνικούς αποκλεισμούς, με προϋπόθεση την χάραξη περαιτέρω τοπικής πολιτικής για την ισότιμη πρόσβαση όλων σε κοινωνικές και προνοιακές υπηρεσίες και βασιζόμενη: Α) στην καινοτόμο μεθοδολογία της έρευνας-δράσης για την ανίχνευση και αποτύπωση των σύγχρονων αναγκών, εκφρασμένη δια στόματος πολιτών και Β) στη στοχευμένη ανταπόκριση με προτάσεις για το Δήμο Πειραιά, υπό το πρίσμα των διαπιστωμένων από την ερευνητική διαδικασία ελλείψεων, της ισχύουσας κατάστασης.

Ορισμοί εννοιών

Ηλικία: Η χρονική διάρκεια κατά την οποία κάποιος ή κάτι έχει υπάρξει, καταμετρημένη με έτη διάρκειας ζωής (Μπαμπινιώτης, 2011).

Τρίτη Ηλικία: Η τρίτη ηλικία είναι ένα από τα πέντε στάδια στον κύκλο της ανθρώπινης ζωής. Αρχίζει από το 65ο έτος ηλικίας του ατόμου και καλύπτει τα χρόνια της συνταξιοδότησής του (Μπαμπινιώτης, 2011).

Τέταρτη Ηλικία: Στην ομάδα των ατόμων της τέταρτης ηλικίας εντάσσονται τυπικά, τα άτομα από 75 ετών και άνω¹ (Μπαμπινιώτης, 2011).

Ανάγκες: Η έννοια ανάγκη είναι για τον άνθρωπο το δυσάρεστο συναίσθημα της έλλειψης, το οποίο συνοδεύεται από την επιθυμία της εξάλειψης του. Για την ικανοποίηση των αναγκών, συνήθως απαιτείται η παραγωγή υλικών αντικειμένων και υπηρεσιών, τα λεγόμενα αγαθά. Ωστόσο, υπάρχουν και ανάγκες για τις οποίες δεν απαιτείται η χρησιμοποίηση αγαθών, όπως για παράδειγμα οι συναισθηματικές ανάγκες, η ανάγκη για κοινωνική αποδοχή, καταξίωση κ.λπ.²

Ίδρυμα: με τον όρο ίδρυμα νοείται ένα σύνολο περιουσίας αφιερωμένο, σύμφωνα με την ιδρυτική του πράξη, στην εξυπηρέτηση ορισμένου, διαρκούς σκοπού, το οποίο έχει αποκτήσει νομική προσωπικότητα (Μπαμπινιώτης, 2011).

Κράτος Κοινωνικής Πρόνοιας: Υπάρχουν τρεις ερμηνείες για το κράτος κοινωνικής πρόνοιας. Ο πρώτος ορισμός αναφέρεται στην παροχή πρόνοιας από το κράτος. Σύμφωνα με έναν άλλον ορισμό η κοινωνική πρόνοια προσδιορίζει ένα ιδανικό πρότυπο στο οποίο το κράτος αναλαμβάνει την ευθύνη για την ευημερία των πολιτών. Τέλος, το κράτος πρόνοιας, αναφέρεται στην παροχή ευημερίας προς το σύνολο της κοινωνίας.³

¹ Μπαμπινιώτης, Γ. (2011). Λεξικό Συνωνύμων και Αντωνύμων της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, Αθήνα: Κέντρο λεξικολογίας

² <http://el.wikipedia.org> (πρόσβαση 02.12.21)

³ <http://wikipedia.qwika.com> (πρόσβαση 02.12.21)

Αρκτικόλεξα

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

Κ.Α.Π.Η.: Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

Κ.Η.Φ.Η.: Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

ΝΠΔΔ: Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου

Κ.Ε.Α.: Κοινωνική Εργασία με Άτομα

Κ.Ε.Ο.: Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια

Κ.Ε.Κ.: Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα

WHO: World Health Organization

OECD: Organization for Economic Co-operation and Development

EU: European Union

UDHR: Universal Declaration of Human Rights

VIPAA: Vienna International Plan of Action on Aging

MIPAA: Madrid International Plan of Action on Aging

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με αφετηρία την θεώρηση και την αποδοχή ότι η βασική ανάγκη όλων των ηλικιωμένων, ανεξάρτητα αν ζουν σε αναπτυσσόμενες ή αναπτυγμένες χώρες, στην οικογένεια ή στο ίδρυμα, είναι η ίση μεταχείριση με τα άτομα των άλλων ηλικιών, η παρούσα μελέτη - διαμέσου της προτεινόμενης πιλοτικής κοινωνικής παρέμβασης- καθώς και συνολικά η Πράξη «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά», στοχεύουν στην ενίσχυση της αυτόνομης διαβίωσης, μέσω τηλεφροντίδας, των ατόμων που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 65 και άνω και έχουν χρόνιο νόσημα ή ορίζονται ως Άτομα με Ειδικές Ανάγκες.

Βάσει ερευνών, έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ γήρατος και νοσηρότητας, καθόσον ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων πάσχει κυρίως από χρόνια νοσήματα και συνηθέστερα από περισσότερα του ενός. Τα νοσήματα των ηλικιωμένων ατόμων έχουν ιδιαιτερότητες και εκδηλώνονται με διαφορετικό τρόπο από ό,τι στους ενήλικες. Η διαφοροποίηση αυτή καθιστά πολλές φορές δύσκολη τη διάγνωση και τη διαχείριση του ηλικιωμένου ασθενή.

Η αλληλεπίδραση νόσου - γήρατος έχει σοβαρές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, τόσο στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινότητα στην οποία διαβιεί. Γι' αυτό και απαιτείται ανάλογη προσέγγιση στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης με στόχο την αυτοδυναμία και την υγεία του ηλικιωμένου ατόμου.

Στην παρούσα μελέτη τεκμηρίωσης αναγκαιότητας, κρίνεται κομβικής σημασίας για την περίπτωση του Πειραιά, να σχεδιαστεί και να εφαρμοστεί σε τοπική κλίμακα ειδική στρατηγική για τα άτομα Τρίτης Ηλικίας (65 και άνω), χρόνια πάσχοντες ή/και ΑμεΑ,

επενδύοντας στις υποδομές υγείας και τις κοινωνικές υποδομές που συμβάλλουν στην εθνική, περιφερειακή και τοπική ανάπτυξη, μειώνοντας τις ανισότητες όσον αφορά την κατάσταση στον τομέα της υγείας, προωθώντας την κοινωνική ένταξη μέσω βελτίωσης της πρόσβασης σε υπηρεσίες κοινωνικού, πολιτιστικού χαρακτήρα και υπηρεσίες αναψυχής και τη μετάβαση από την ιδρυματική φροντίδα στη φροντίδα της κοινότητας.

Με άλλα λόγια, στο πλαίσιο του Υποέργου, **η προτεινόμενη πιλοτική κοινωνική παρέμβαση μπορεί να αποτελέσει ένα εμπνευσμένο παράδειγμα πειραματικής εφαρμογής καινοτόμου εγχειρήματος «κοινωνικής φροντίδας»**, αναβαθμίζοντας τις υποδομές και βελτιώνοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κοινωνικής ένταξης, πρόνοιας και κοινωνικής φροντίδας στον Δήμο Πειραιά, με έμφαση στις ευάλωτες και ειδικές ομάδες του πληθυσμού. Βασικό πυλώνας της κοινωνικής παρέμβασης, αποτελεί το γεγονός ότι η παροχή των υπηρεσιών αυτόνομης και ασφαλούς διαβίωσης θα γίνει με κριτήρια που συμβάλλουν στην αποτροπή κάθε διάκρισης λόγω φύλου, φυλής, εθνοτικής καταγωγής, θρησκείας, πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας, γενετησίου προσανατολισμού και αφορά άτομα και των δύο φύλων, χωρίς να γίνεται κάποια διάκριση στην επιλογή τους.

Ως προς τις υπηρεσίες αυτόνομης και ασφαλούς διαβίωσης, αφορούν στην παροχή καινοτόμων συσκευών παρακολούθησης, τηλεϊδιοποίησης και τηλεπικοινωνιακών υπηρεσιών, με προσδιορισμό κατηγοριών -κουμπί συναγερμού, πτώση, εντοπισμό θέσης κ.α.- και αντιστοίχιση τους με τις αρμόδιες κοινωνικές υπηρεσίες, εγκατάσταση και επίδειξη συσκευής σε κάθε ωφελούμενο, τεχνική υποστήριξη ωφελούμενων και ανθρώπινου επιστημονικού δυναμικού ή/και εθελοντών επί 24ωρου βάσεως.

Ο ρόλος της Κοινωνικής Παρέμβασης: «Πιλοτική κοινωνική παρέμβαση ανάπτυξης μηχανισμού παροχής υπηρεσιών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας για τους ηλικιωμένους και άλλες ειδικές ευάλωτες ομάδες στον Δήμο Πειραιά», είναι η παροχή

οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας σε ευπαθή ηλικιωμένα άτομα και σε ΑμεΑ με προβλήματα σωματικής, ψυχικής υγείας και κινητικότητας, έτσι ώστε να διευκολυνθεί η παραμονή τους στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού και η εξασφάλιση μιας αξιοπρεπούς διαβίωσης.

Οι κοινωνικοί επιστήμονες της ΚΟ.Δ.Ε.Π., στηρίζουν τους ηλικιωμένους χρόνια νοσούντες και τα άτομα εν γένει με αυξημένες ανάγκες ιατρο-νοσηλευτικών και ψυχοκοινωνικών παροχών κατ' οίκον, δραστηριοποιούμενοι στο να ενισχυθεί στην κοινωνία μας ένας θεσμός, που να στηρίζει, να προστατεύει και να ενθαρρύνει τα ευπαθή άτομα της Τρίτης ηλικίας και τα ΑμεΑ, να συμμετέχουν και να δραστηριοποιούνται, ζώντας ως αυτόνομα και ισότιμα μέλη.

Το εξειδικευμένο προσωπικό, σε συνεργασία με κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου Πειραιά και άλλων Κοινωνικών Φορέων, συμβάλλουν συλλογικά, στην υλοποίηση προγραμμάτων και δράσεων που αφορούν σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, όπως η Τρίτη ηλικία και τα άτομα με προβλήματα υγείας και κινητικότητας.

Ο κεντρικός προσανατολισμός της κοινωνικής παρέμβασης μέσω καινοτόμων πρακτικών τηλεφροντίδας, είναι η ανάπτυξη μιας κοινωνίας που θα συμβάλλει τα μέγιστα στην εξασφάλιση των δικαιωμάτων των χρόνια πασχόντων, ηλικίας 65 και άνω και ΑμεΑ με προβλήματα υγείας και κινητικότητας, μέσω του σχεδιασμού καινοτόμου υλοποίησης απομακρυσμένης ιατρο-νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΠΑΡΑΔΟΤΕΟΥ ΕΡΓΟΥ

Πλαίσιο αναφοράς

Η παρούσα μελέτη εκπονείται στο πλαίσιο του Υποέργου 1, «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus» της Πράξης «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus», με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5060900. Αποτελεί μέρος του Πακέτου Εργασίας 2, «Παρεμβάσεις πρόληψης και υποστήριξης της Κοινωνικής Ένταξης στον Δήμο Πειραιά», στο πλαίσιο του Παραδοτέου 2.2: «Παρεμβάσεις υποστήριξης και συμπληρωματικές υπηρεσίες ειδικών και εκτάκτων αναγκών».

Στο πλαίσιο του Υποέργου «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus» στο οποίο σχεδιάζονται παρεμβάσεις πρόληψης και υποστήριξης της κοινωνικής ένταξης, καθώς και με γνώμονα τις έκτακτες αλλά και μακροχρόνιες παρεμβάσεις κοινωνικού χαρακτήρα για την υποστήριξη του ευπαθούς πληθυσμού στην ιδιαίτερη κατάσταση που έχει δημιουργηθεί τόσο από την οικονομική ύφεση των τελευταίων ετών, όσο -και συνδυαστικά- από την πρόσφατη και παρατεταμένη υγειονομική κρίση η οποία ξεκίνησε τον Μάρτιο 2020 και διαρκεί ακόμα έως και την τρέχουσα περίοδο (Δεκέμβριος 2021) λόγω πανδημίας Covid-19, κρίση η οποία επέτεινε την οικονομική κακουχία σε πληθώρα νοικοκυριών-οικογενειών του Δήμου Πειραιά, **προβαίνουμε στην θεώρηση της ανάγκης ενός μηχανισμού παροχής υπηρεσιών τηλεφροντίδας και απομακρυσμένης ιατρο-νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, στους δημότες και κατοίκους του Δήμου Πειραιά, οι οποίοι χρήζουν ανάγκης υποστήριξης και πιο συγκεκριμένα ατόμων ηλικίας 65 και άνω, καθώς και ατόμων που αντιμετωπίζουν**



κοινωνικό αποκλεισμό και μοναχικότητα λόγω αδυναμίας μετακίνησης (ΑμΕΑ, χρόνια πάσχοντες, νεφροπαθείς, κλπ).

Προφίλ και δράσεις ΚΟ.Δ.Ε.Π.

Το προφίλ της ΚΟ.Δ.Ε.Π.

Η Κοινοφελής Δημοτική Επιχείρηση Πειραιά (ΚΟ.Δ.Ε.Π.) συστάθηκε το 2011 και αποτελεί ένα Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου. Με την ολοκλήρωση της διαδικασίας συγχώνευσης των κοινοφελών επιχειρήσεων σε κάθε Δήμο, όπως προέβλεπε ο Ν.3852/2010, το Δημοτικό Συμβούλιο Πειραιά με την υπ' αριθμ.72/186/2011 απόφασή του όρισε την συγχώνευση των προϋπαρχουσών επιχειρήσεων με την επωνυμία «Κοινοφελής Δημοτική Επιχείρηση Κοινωνικής Ένταξης Περίθαλψης Αλλοδαπών Πειραιά» και «Κοινοφελής Δημοτική Επιχείρηση Κοινωνικής Μέριμνας Πειραιά», σε μία επιχείρηση με την επωνυμία ΚΟ.Δ.Ε.Π. - Κοινοφελής Δημοτική Επιχείρηση Πειραιά.

Η ΚΟ.Δ.Ε.Π. επιχορηγείται για συγκεκριμένες δράσεις οι οποίες έχουν σκοπό την οργάνωση λειτουργιών ή δραστηριοτήτων και την παροχή υπηρεσιών συναφών ή συνδεδεμένων με τις αρμοδιότητές του Δήμου Πειραιά οι οποίες της έχουν εκχωρηθεί, με βάση το πρόγραμμα που έχει συνάψει με αυτόν.

Η ΚΟ.Δ.Ε.Π. υλοποιεί δράσεις των οποίων σκοπό αποτελεί η προαγωγή του κοινωφελούς της χαρακτήρα, με την υποστήριξη των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων και γενικότερα των κατοίκων του Δήμου Πειραιά. Στόχος της είναι η μέριμνα για το σύνολο των κοινωνικών προβλημάτων των δημοτών και των κατοίκων εντός των διοικητικών ορίων της πόλης, ανεξαρτήτως ηλικίας και κοινωνικής κατάστασης. Αναλυτικότερα, βασικοί πυλώνες των

εγχειρημάτων της είναι: η φροντίδα για την περίθαλψη των οικονομικά και κοινωνικά ασθενέστερων πολιτών, η φροντίδα ηλικιωμένων και ατόμων με αδυναμία μετακίνησης, η περίθαλψη και φαρμακευτική υποστήριξη των ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων, η υποστήριξη ατόμων με αναπηρία, η σίτιση, ένδυση και υλιστική συνδρομή απόρων και αστέγων, η φροντίδα για την ενημέρωση του κοινού σε θέματα κοινωνικού ενδιαφέροντος, θέματα υγείας και πρόληψης, καθώς και η εν γένει εφαρμογή πολιτικών και δράσεων που στοχεύουν στην μέριμνα και υποστήριξη του ιδιαίτερα ευπαθούς πληθυσμού. Επίσης, η εφαρμογή τακτικών και εκτάκτων κοινωνικών παρεμβάσεων, μέσω δράσεων οι οποίες στοχεύουν στην ενδυνάμωση και στην συστηματική υποστήριξη ιδιαίτερα του ευπαθούς πληθυσμού του Δήμου Πειραιά.

Επιπροσθέτως, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της και ως όργανο κοινωφελούς δημόσιου σκοπού, η ΚΟ.Δ.Ε.Π. λειτουργεί εδώ και χρόνια σταθερές κοινωνικές δομές, υλοποιεί κοινωνικά προγράμματα όπως λ.χ. επισιτιστικές δράσεις, κοινωνικό φαρμακείο, κοινωνική ντουλάπα, κοινωνικό φροντιστήριο, ξενώνα αστέγων και ξενώνα βραχείας φιλοξενίας και, επίσης, παρέχει υπηρεσίες, τόσο μέσω του Τμήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών και Προγραμμάτων, όσο και στο πλαίσιο χρηματοδοτικών μέσω, είτε κρατικών / θεσμικών, είτε διεθνών / ευρωπαϊκών, όπως τα προγράμματα «ΕΣΤΙΑ I» (ολοκληρωμένο) και «ΕΣΤΙΑ II» (ολοκληρωμένο) με την υποστήριξη της Ύπατης Αρμοστείας του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες – (UNHCR), τα προγράμματα «ΕΣΤΙΑ & ΕΡΓΑΣΙΑ I» (ολοκληρωμένο) και «ΕΣΤΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ II», το οποίο ήδη υλοποιείται σύμφωνα με του όρους και προϋποθέσεις του προγράμματος με τίτλο: «Στέγαση και εργασία για τους Αστέγους», στο πλαίσιο των Δράσεων Στέγασης και Κοινωνικής Φροντίδας για τους Αστέγους, όπως αυτές ορίζονται στο ΦΕΚ Β 4545 – 21.12.2017, βάσει των οριζόμενων στην με ΑΔΑ: 6ΛΡΨ465Θ1Ω – 8Μ4 Πρόσκληση, και στην με ΑΔΑ: Ω89846ΜΤΛΚ – ΟΥΠ Συμπληρωματική Πρόσκληση του ΕΙΕΑΔ - Εθνικού Ινστιτούτου εργασίας και Ανθρώπινου



Δυναμικού. Το πρόγραμμα ΕΣΤΙΑ 2021 για την παροχή αυτόνομων διαμερισμάτων για αιτούντες άσυλο και άτομα που χρήσουν διεθνούς προστασίας, το οποίο χρηματοδοτείται από το Ταμείο Μετανάστευσης και Ασύλου του Υπουργείου Μεταναστευτικής Πολιτικής.

Σε συνάρτηση με τα παραπάνω, στην παρούσα φάση έχει ολοκληρωθεί και η θετική αξιολόγηση δύο ακόμα προγραμμάτων υποστηριζόμενων από εθνικά και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά μέσα για υλοποίηση από την ΚΟ.Δ.Ε.Π. κατά το 2022, και αναμένεται η σχετική απόφαση ένταξής τους και οι σχετικές προγραμματικές συμβάσεις. Πρόκειται για το Πρόγραμμα «Εστία & Εργασία III» με χρηματοδότηση από το Υπουργείο Εργασίας, καθώς και για το πρόγραμμα «ΕΣΤΙΑ 2022 – παροχή στέγασης σε αυτόνομα διαμερίσματα αιτούντων άσυλο και ατόμων που χρήζουν διεθνούς προστασίας» με χρηματοδότηση από το Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής.

Οι ωφελούμενοι των κοινωνικών παρεμβάσεων της ΚΟ.Δ.Ε.Π. ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες του Δήμου Πειραιά. Η επιλογή τους βασίζεται σε συγκεκριμένα κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια. Πιο συγκεκριμένα, ωφελούμενοι μπορούν να είναι άτομα όπως άστεγοι, άνεργοι, άποροι, ανασφάλιστοι, χρόνια πάσχοντες, μονογονεϊκές οικογένειες (λ.χ. μητέρες μόνες με ανήλικα τέκνα), οικογένειες πολυτέκνων (λ.χ. από τέσσερα τέκνα και άνω), περιπτώσεις οικογενειών τριτέκνων, χαμηλοσυνταξιούχοι, ηλικιωμένοι μόνι, Ρομά, πρόσφυγες, μετανάστες, εξαρτημένοι από τοξικές ουσίες, LGBTQ, αποφυλακισθέντες κ.ά..

Οι δράσεις της ΚΟ.Δ.Ε.Π.

Η ΚΟ.Δ.Ε.Π. στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της και ως όργανο κοινωφελούς δημόσιου σκοπού, λειτουργεί εδώ και χρόνια σταθερές δομές, υλοποιεί κοινωνικά προγράμματα και



παρέχει υπηρεσίες, προστασίας και υποστήριξης ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού στο Δήμο Πειραιά.

Κατά το τρέχον διάστημα, περισσότερες δράσεις τακτικής και έκτακτης κοινωνικής παρέμβασης υλοποιούνται στο πλαίσιο της Πράξης Κοινωνικής Καινοτομίας «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus». Όπως προαναφέρθηκε, βρίσκονται σε εξέλιξη τα προγράμματα «ΕΣΤΙΑ 2021» και «Εστία και Εργασία II», ενώ επίσης, λειτουργεί το Κοινωνικό Φροντιστήριο «Διδακτική Αλληλεγγύη», ο Ξενώνας Αστέγων «Ανακούφιση», το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», το Κοινωνικό Φαρμακείο, η Κοινωνική Ντουλάπα, το Γραφείο Εθελοντισμού, η Υπηρεσία Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης και διάφορες επισιτιστικές δράσεις. Ομοίως, ως άμεσες έκτακτες παρεμβάσεις, η ΚΟ.Δ.Ε.Π. υλοποιεί και δράσεις επισιτιστικής συνδρομής, (όπως π.χ. το Πρόγραμμα «Συν-Ένωσης» της Ένωσης Ελλήνων Εφοπλιστών, το Πρόγραμμα της «ΠΑΕ Ολυμπιακός» και το «Είμαστε Οικογένεια COVID-19» σε συνεργασία με την Μη Κυβερνητική Οργάνωση «Μπορούμε» στο πλαίσιο της Διεθνούς Πρωτοβουλίας Δράσης του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος για τον Covid-19, όπου και χορήγησε σε δικαιούχους του προγράμματος διατακτικές επιταγές για την αγορά τροφίμων πρώτης ανάγκης). Την περίοδο του καλοκαιριού και των σχολικών διακοπών, η ΚΟ.Δ.Ε.Π. επίσης υλοποιεί Καλοκαιρινό Πρόγραμμα Δημιουργικής Απασχόλησης για Παιδιά από 6 έως 14 ετών.

Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικότερα οι δομές, παροχές και υπηρεσίες της ΚΟ.Δ.Ε.Π.

Κοινωνικό Φροντιστήριο «Διδακτική Αλληλεγγύη»

Το Κοινωνικό Φροντιστήριο είναι σε λειτουργία εδώ και εννέα έτη και απευθύνεται σε μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, προσφέροντας τους τη δυνατότητα δωρεάν



παρακολούθησης ενισχυτικών φροντιστηριακών μαθημάτων. Επίσης, παρέχεται η δυνατότητα παρακολούθησης ξενόγλωσσων μαθημάτων, για ενδιαφερόμενους κάθε ηλικίας. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες δεν περιορίζονται στα μαθήματα, υπάρχει η δυνατότητα συνεργασίας των μαθητών και των οικογενειών τους με πλήθος ειδικευμένων επαγγελματιών που καλύπτουν ένα μεγάλο εύρος των αναγκών τους. Επιπροσθέτως, δίνεται στους μαθητές η δυνατότητα συνεδριών με Σύμβουλο Σχολικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού και της συμπλήρωσης αντίστοιχου τεστ. Η ένταξη των ωφελούμενων στο Κοινωνικό Φροντιστήριο γίνεται βάσει εισοδηματικών κριτηρίων και η παραμονή τους σε αυτό κρίνεται βάσει τηρήσεως κανονισμού, ο οποίος διασφαλίζει την ποιότητα του.

Το Κοινωνικό Φροντιστήριο παρέχει δωρεάν πλατφόρμα τηλε-κατάρτισης με σκοπό να υποστηρίξει την εκπαιδευτική διδασκαλία των μαθητών διαφόρων σχολείων του Δήμου Πειραιά, μέσω της εξ-αποστάσεως σύγχρονης και ασύγχρονης τηλε-κατάρτισης. Η κάθε εκπαιδευτική ενότητα δίνει τη δυνατότητα σε καθηγητές και μαθητές να πραγματοποιούν διαλέξεις και παραδόσεις μαθημάτων σε πραγματικό χρόνο, μέσα σε διαδικτυακή αίθουσα (e-class), ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζει τις on-line εργασίες, βαθμολόγηση, ηλεκτρονική βιβλιοθήκη, κ.α.. Οι ωφελούμενοι μαθητές για το ακαδημαϊκό έτος 2019 – 2020 ανήλθαν σε 137 άτομα, ενώ για το έτος 2020 – 2021 ανέρχονται μέχρι στιγμής στα 94 άτομα. Η μείωση αυτή του αριθμού των μαθητών, οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι το κοινωνικό φροντιστήριο λειτουργεί με την υποστήριξη εθελοντών καθηγητών όλων των απαιτούμενων ειδικοτήτων, οπότε η διαθεσιμότητα και ο αριθμός του δύναται να μεταβάλλεται από έτος σε έτος. Σημειώνεται ότι οι αιτήσεις που λαμβάνονται στην αρχή κάθε ακαδημαϊκού έτους για μαθητές ευάλωτων νοικοκυριών για εγγραφή τους στον πρόγραμμα του κοινωνικού φροντιστηρίου, ξεπερνούν τα 200 άτομα.

Ξενώνας Βραχείας Φιλοξενίας Αστέγων Πειραιά «Ανακούφιση»

Η λειτουργία του Ξενώνα Βραχείας Φιλοξενίας Αστέγων αντιμετωπίζει τις άμεσες ανάγκες των άστεγων δημοτών του Πειραιά για μέγιστο χρονικό διάστημα έως τριών μηνών. Στους φιλοξενοούμενους παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες και στήριξη για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάστασή με απώτερο στόχο την κοινωνική τους ένταξη και, παράλληλα, την αποφυγή της τυχόν παρατεταμένης παραμονής τους.

Ο εν λόγω Ξενώνας είναι 900 τ.μ. διαχωρισμένος σε 17 κοιτώνες και λοιπούς χώρους, ενώ στελεχώνεται με το κατάλληλο επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό και προσφέρει υπηρεσίες όπως διαμονή, παροχή ειδών ατομικής υγιεινής και ιματισμού, ημιδιατροφή, συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη, κοινωνική και προνοιακή κάλυψη. Έχει την δυνατότητα φιλοξενίας 41 συνολικά ατόμων, ενώ διαθέτει κοινόχρηστες τουαλέτες και ντους διακριτές για γυναίκες και άνδρες αντιστοίχως, χώρο εστίασης, χώρο αποθήκευσης, πλήρως εξοπλισμένο χώρο πλυντηρίου/σιδερωτηρίου, γραφείο κοινωνικής υπηρεσίας και γραμματείας καθώς και γραφείο υποδοχής. Στον Ξενώνα μπορούν να φιλοξενηθούν και να γίνουν δεκτοί κατά προτεραιότητα άστεγοι Δημότες και πρώην κάτοικοι του Δήμου Πειραιά, οι οποίοι αυτοεξυπηρετούνται και δεν παρουσιάζουν προβλήματα χρόνιας πάθησης, αναπηρία ή ψυχική νόσο, καθώς επίσης και οι οποίοι δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης από αλκοόλ ή άλλες ουσίες.

Ξενώνας Βραχείας Φιλοξενίας Συνοδών ασθενών του Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιά «Μεταξά», «Η Κοινωνική Μέρα»

Ο Ξενώνας αποτελείται από τέσσερα δίκλινα δωμάτια στα οποία διαμένουν άτομα του ίδιου φύλου. Μια κοινόχρηστη κουζίνα δίνει τη δυνατότητα στους φιλοξενοούμενους να προετοιμάζουν τα γεύματά τους, ενώ υπάρχει τραπεζαρία καθώς και καθιστικό με

τηλεόραση για τις ώρες χαλάρωσης και ψυχαγωγίας. Βασική προϋπόθεση για τη βραχεία φιλοξενία των συνοδών ασθενών στον Ξενώνα, αποτελεί η έλλειψη μόνιμης στέγης στην περιοχή της Αττικής καθώς και η αδυναμία να εξασφαλίσουν με δικά τους μέσα προσωρινή διαμονή. Οι αιτήσεις των ενδιαφερομένων για φιλοξενία αξιολογούνται και εγκρίνονται μετά από πρόταση του Προϊστάμενου της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου «Μεταξά» σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες της ΚΟ.Δ.Ε.Π, ενώ μέγιστο χρονικό διάστημα διαμονής ορίζονται οι δεκαπέντε ημέρες με περιθώρια παράτασης, σε περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητο, μετά από σχετική εισήγηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου «Μεταξά».

Κοινωνική Ντουλάπα

Η υπηρεσία της Κοινωνικής Ντουλάπας παρέχει ρουχισμό και παιχνίδια, τα οποία έχουν δοθεί στην επιχείρηση από δωρεές ιδιωτών, επιχειρήσεων και προγραμματισμένων δράσεων της ΚΟ.Δ.Ε.Π. Σημειώνεται ότι μέσω του ολοκληρωμένου ομογενοποιημένου πληροφοριακού συστήματος που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της Πράξης ««Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά –Social Innovation Piraeus» με mis 5060900, υπάρχει πλέον η δυνατότητα παρακολούθησης της διάθεσης και διανομής των ειδών ρουχισμού μέσω της σχετικής πλατφόρμας.

Κοινωνικό Φαρμακείο

Το Κοινωνικό Φαρμακείο παρέχει φάρμακα και ιατροφαρμακευτικό υλικό σε ωφελούμενους οι οποίοι αδυνατούν να αγοράσουν την συνταγογραφημένη τους θεραπεία. Για το έτος 2021, μέχρι και τα τέλη Οκτωβρίου διατέθηκαν σε ωφελούμενους της ΚΟ.Δ.Ε.Π. περί τα 4.043 φαρμακευτικά σκευάσματα και παρα-φαρμακευτικά προϊόντα. Σημειώνεται ότι μέσω του ολοκληρωμένου ομογενοποιημένου πληροφοριακού συστήματος που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της Πράξης ««Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής



Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά –Social Innovation Piraeus» με mis 5060900, υπάρχει πλέον η δυνατότητα παρακολούθησης της διάθεσης και διανομής των ειδών ρουχισμού μέσα της σχετικής πλατφόρμας.

Βοήθεια στο Σπίτι

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελεί μία υπηρεσία κοινωνικού χαρακτήρα που απευθύνεται σε άτομα τρίτης ηλικίας τα οποία δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως ή άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα (ΑΜΕΑ). Δίδεται προτεραιότητα στους πολίτες που ζουν μόνοι τους ή δεν διαθέτουν πλήρη οικογενειακή φροντίδα καθώς επίσης και το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες. Εξυπηρετούνται κάτοικοι και δημότες εντός των ορίων του Δήμου Πειραιά και πιο συγκεκριμένα των κοινοτήτων Καλλίπολης-Χατζηκυριάκειου, των Καμινίων και της Αγίας Σοφίας. Τις ομάδες φροντίδας των Ωφελούμενων του Προγράμματος στελεχώνουν μία κοινωνική λειτουργός, μία νοσηλεύτρια και μία οικογενειακή βοηθός.

Καλοκαιρινό Πρόγραμμα Δημιουργικής Απασχόλησης για Παιδιά

Το Καλοκαιρινό Πρόγραμμα Δημιουργικής Απασχόλησης αφορά παιδιά ηλικίας από 6 έως 14 ετών. Ο στόχος του Προγράμματος είναι διπλός: αφενός επιδιώκεται το να αξιοποιούν τα παιδιά τον ελεύθερο χρόνο τους με τον πιο ευχάριστο, αποδοτικό και δημιουργικό τρόπο και, αφετέρου, παράλληλα στοχεύεται η διευκόλυνση των γονέων εξασφαλίζοντάς τους περισσότερο χρόνο χωρίς έγνοια και δίνοντας τους παράλληλα διέξοδο ώστε να ανταποκριθούν καλύτερα στις εργασιακές και προσωπικές τους υποχρεώσεις.

Το πρόγραμμα ωστόσο είναι εστιασμένο στα παιδιά τα οποία συμμετέχοντας έχουν την ευκαιρία να διανύσουν μια περίοδο διακοπών στην πόλη, η οποία τους γεμίζει με χαρά, εμπειρίες, γνώσεις, ζωντάνια και πολύ κέφι. Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα δραστηριοτήτων



περιλαμβάνει μουσικοκινητικές δραστηριότητες, θεατρικό παιχνίδι, αθλητικές δραστηριότητες, αλλά και ανάπτυξη της δημιουργικής τους φαντασίας με κατασκευές, ζωγραφική και χειροτεχνίες. Οι δραστηριότητες αυτές υποστηρίζονται από παιδαγωγούς και προσωπικό καταρτισμένο στον εκάστοτε τομέα. Επίσης, ανά περίοδο, πραγματοποιείται και μία εκδρομή.

Το πρόγραμμα εξελίσσεται σε δεκαπενθήμερες περιόδους που ξεκινούν μετά το τέλος του σχολικού έτους. Τα παιδιά ηλικίας από 6 έως 14 ετών, με άλλα λόγια μαθητές και μαθήτριες του δημοτικού σχολείου ή του γυμνασίου, απασχολούνται τις καθημερινές, από Δευτέρα έως Παρασκευή, από τις 07.30 π.μ. έως τις 15.30. Προηγείται διαδικασία εγγραφής, ενώ υφίσταται κόστος συμμετοχής το οποίο, ενδεικτικά, ορίζεται ανά περίοδο σε 60 ευρώ για το πρώτο, 50€ το δεύτερο και 30€ για το τρίτο παιδί της εκάστοτε οικογένειας.

Συνεχής χαρτογράφηση των αναγκών των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων

Συνεχής χαρτογράφηση αναγκών των ευάλωτων πολιτών του Δήμου Πειραιά
Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι διαμέσου της Ομάδας Παρέμβασης των Κοινωνικών Λειτουργών της σε εξέλιξη Πράξης Κοινωνικής Καινοτομίας «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus», η ΚΟ.Δ.Ε.Π. καταγράφει αδιαλείπτως ανάγκες και αιτήματα δημοτών της πειραιϊκής κοινότητας ως δυνητικών ωφελούμενων των δράσεών της. Στην τρέχουσα περίοδο, αφενός λόγω της οικονομικής ύφεσης των τελευταίων ετών και, αφετέρου, λόγω των επιπρόσθετων απορροιών της παρατεταμένης υγειονομικής κρίσης στην χώρα λόγω πανδημίας (Covid-19) κατά τους τελευταίους δεκαπέντε μήνες (από τον Μάρτιο 2020), παρατηρείται αύξηση



αιτημάτων ενώ διαπιστώνεται επιπλέον οικονομική εξασθένηση των ευπαθών δημοτών, δυσμένεια που εξηγείται συχνά λόγω παρατεταμένης ανεργίας ή απώλειας εργασίας.

Δράσεις ΟΧΕ/ΒΑΑ Πειραιά

Η Ευρωπαϊκή Ένωση υποστηρίζει τα κράτη-μέλη της στο να διαμορφώσουν για τους πολίτες της καλύτερες συνθήκες ανάπτυξης, ευκαιρίες για εργασία, ικανοποιητικές υποδομές και καλύτερο περιβάλλον. Προς τούτο, χρηματοδοτεί Αναπτυξιακά, ή γνωστά και ως Επιχειρησιακά, προγράμματα. Για την περίπτωση της Ελλάδας πρόκειται για προγράμματα που αφορούν είτε τομείς για το σύνολο της χώρας, είτε περιφέρειες, της π.χ. το Περιφερειακό Πρόγραμμα Αττικής. Σε αυτό το νέο ΕΣΠΑ η Ε.Ε. προχώρησε στην δημιουργία κάποιων νέων εργαλείων που σκοπό έχουν να τονώσουν την τοπική ανάπτυξη με τρόπο ολοκληρωμένο: π.χ. η Ολοκληρωμένη Χωρική Επένδυση (ΟΧΕ) ή Τοπική Ανάπτυξη με πρωτοβουλία των τοπικών κοινοτήτων. Αυτό σημαίνει ότι το σχέδιο που θα εφαρμοστεί καθώς και τα έργα που θα υλοποιηθούν βάσει αυτού του σχεδίου, θα πρέπει να αφορούν σε πολλούς τομείς που άπτονται της καθημερινότητας των πολιτών οι οποίοι κατοικούν ή εργάζονται στην εκάστοτε γεωγραφική περιοχή της, λ.χ. σε έναν Δήμο .

Στο πλαίσιο αυτό, για έναν Δήμο, ένα αναπτυξιακό σχέδιο (ΟΧΕ) μπορεί να αφορά σε έργα και δράσεις που έχουν να κάνουν με την καθαριότητα και το περιβάλλον, με την επιχειρηματικότητα, με την απασχόληση, με τον πολιτισμό, με τον τουρισμό κλπ. Για ένα στρατηγικό πρόγραμμα δε, αποτελεί κομβική παράμετρο επιτυχίας το να εμπεριέχει στον σχεδιασμό του δράσεις από πολλούς τομείς πολιτικής, ήτοι Επιχειρησιακά Προγράμματα τα οποία με την σειρά τους θα οδηγήσουν σε ένα προσδοκώμενο αναπτυξιακό αποτέλεσμα.

Για την περίπτωση του Δήμου Πειραιά, οι προτάσεις που σχεδιάζονται λαμβάνουν υπ' όψη την καθορισμένη περιοχή και την ολοκληρωμένη στρατηγική ανάπτυξης, καθώς και έργα και δράσεις για υλοποίηση, διαδικασίες διακυβέρνησης και διαχείρισης της ΟΧΕ. Οι τρέχουσες προτάσεις οι οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά στο **παράρτημα 6** και πραγματοποιούνται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Αττική, επιγραμματικά αφορούν:

- Α: την «Βελτίωση Δεξιοτήτων Ανέργων που ανήκουν σε Ευπαθείς Ομάδες μέσω Κατάρτισης που οδηγεί σε Πιστοποίηση και συνοδευτικές δράσεις προώθησης στην απασχόληση και την επιχειρηματικότητα» [Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική» / Άξονας Προτεραιότητας 09 :«Προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής» το οποίο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ)].
- Β: την «Αναβάθμιση των Κοινωνικών Υποδομών του Δήμου Πειραιά και των Νομικών του Προσώπων, που προάγουν την Κοινωνική Φροντίδα, την Κοινωνική Ένταξη και την Κοινωνική Καινοτομία στην Πόλη του Πειραιά» [Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική» / Άξονας Προτεραιότητας 10: «Ανάπτυξη – Αναβάθμιση Στοχευμένων Κοινωνικών Υποδομών και Υποδομών Υγείας» το οποίο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ)].
- Γ: το «Δίκτυο Υπηρεσιών Πρόληψης και Αντιμετώπισης των Διακρίσεων και Βελτίωσης της Ποιότητας Ζωής των Ευάλωτων και Ειδικών Ομάδων (μεταξύ των οποίων ΑΜΕΑ, Έφηβοι-Νέοι με υψηλό κοινωνικό κίνδυνο κ.λπ.),στο Δήμο Πειραιά» [Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική» / Άξονας Προτεραιότητας 09 :«Προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής» το οποίο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ)].
- Δ: την «Δέσμη Καινοτόμων Δράσεων Κοινωνικοποίησης και Κοινωνικής Ένταξης των Ανέργων του Δήμου Πειραιά που ανήκουν σε Ευπαθείς Ομάδες, με έμφαση στους νέους

«εκτός αγοράς εργασίας και εκπαίδευσης» (ΕΑΕΚ) και Διασύνδεση όλων με την Αγορά Εργασίας» [Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική» / Άξονας Προτεραιότητας 09: «Πρώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής» το οποίο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ)]. Η παρέμβαση αυτή εμπίπτει στην άμεση περιοχή ευθύνης του Δήμου Πειραιά, στην περιοχή εφαρμογής της εγκεκριμένης Ολοκληρωμένης Χωρικής Επένδυσής του με τίτλο: «Ολοκληρωμένη Χωρική Επένδυση Βιώσιμης Αστικής Ανάπτυξης (ΟΧΕ/ΒΑΑ) Πειραιά».

- Ε: τις «Δράσεις για την προώθηση του πολιτιστικού αποθέματος του Δήμου Πειραιά» [Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική» / Άξονας Προτεραιότητας 06 : Βελτίωση της Ποιότητας Ζωής στο Αστικό Περιβάλλον, το οποίο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ)].

Διαπιστώνεται ότι οι παραπάνω πέντε αυτές προτάσεις συνδέονται άμεσα και έμμεσα με την παρούσα Πράξη κοινωνικής καινοτομίας στον Πειραιά και συγκεκριμένα το Υποέργο 1: «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus» της Πράξης «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus/SIP», με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5060900, και τρεις εξ αυτών, υπάγονται στον Άξονα Προτεραιότητας 09.

Πιο συγκεκριμένα,

- Σχετικά με την Α' πρόταση, από το έργο SIP μπορεί γίνει σύζευξη ώστε να διασυνδεθούν καταγεγραμμένοι ωφελούμενοι, δηλαδή άτομα τα οποία ανήκουν σε κοινωνικο-οικονομικά ευπαθείς ομάδες, και ειδικά οι άνεργοι – ανειδίκευτοι, ώστε να υπάρξει διάχυση την πληροφορίας και να συμμετέχουν οι ωφελούμενοι που πληρούν τα ειδικά κριτήρια των εν λόγω καταρτίσεων.

- Σχετικά με την Β' πρόταση, της οποίας στόχος είναι η συμπλήρωση και η βελτίωση των Κοινωνικών Υποδομών που προάγουν την Κοινωνική Φροντίδα, την Κοινωνική Ένταξη και την Κοινωνική Καινοτομία στην Πόλη του Πειραιά, από το έργο SIP μπορεί να γίνει διασύνδεση, τόσο με δομές του φορέα υλοποίησης, όσο και με ωφελούμενους, δηλαδή άτομα τα οποία έχουν καταγραφεί λόγω ευαλωτότητας στην Πράξη, όπως άστεγοι, άνεργοι, ανασφάλιστοι, ηλικιωμένοι, άποροι, μετανάστες κ.ο.κ.
- Σχετικά με την Γ' πρόταση, η οποία σχεδιάστηκε σε συνάρτηση με την κρίση της πανδημίας του Covid-19, δημιούργησε ένα ασφυκτικό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών και οδήγησε στην άμεση ενεργοποίηση όλων των διαθέσιμων εργαλείων και πόρων, δεδομένης της σωρείας επιπτώσεων στην οικονομική και κοινωνική δραστηριότητα, όπου μπορεί να γίνει σύζευξη με το έργο SIP καθώς τα μέλη της ομάδας παρέμβασης έχουν λεπτομερώς καταγράψει νέες ανάγκες και αιτήματα δημοτών του Πειραιά που εμφανίστηκαν ή επιτάθηκαν με την υγειονομική ιδιαίτερη κατάσταση. Οι καταγραφές αυτές συνεπώς μπορούν να οδηγήσουν απ' ευθείας σε δυνητικούς ωφελούμενους, των οποίων οι ανάγκες συνάδουν με τις παροχές της πρότασης.
- Σχετικά με την Δ' πρόταση η οποία στοχεύει αφενός στην διαρκή αναζήτηση, ταυτοποίηση και προώθηση της κοινωνικοποίησης και της κοινωνικής ένταξης μη ενεργών οικονομικά νέων ηλικίας 15 έως 29 ετών που βρίσκονται σε παρατεταμένη χρονικά κατάσταση «εκτός αγοράς εργασίας και εκπαίδευσης» (ΕΑΕΚ) ή/και τείνουν σε αυτά τα χαρακτηριστικά και, εν γένει, διακατέχονται από αρνητική στάση έναντι της κοινωνίας (αποκοινωνικοποίηση) και τα οποία πλήττονται από φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό και, αφετέρου, στην υλοποίηση δέσμης συνεκτικών ενεργειών ενδυνάμωσης, διασύνδεσης με την Αγορά Εργασίας και κατάλληλης προετοιμασίας για την πρόσβαση σε θέση απασχόλησης ή/και την προώθηση σε επιλογές επιχειρηματικής δραστηριότητας, ατόμων όλων των ηλικιών τα οποία βρίσκονται εκτός αγοράς εργασίας και πλήττονται από φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό, με έμφαση σε άτομα που έχουν

την ευθύνη της φροντίδας παιδιών σε νοικοκυριά που απειλούνται από φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό, και πάλι, η Πράξη SIP διαμέσου των αρχείων που διατηρεί αλλά και της συνεχούς επαφής με το πειραϊκό πεδίο, την επαφή με ομάδες στόχου της άνεργοι, νέοι άνεργοι, κλπ. Τόσο μέσω των υπηρεσιών της όσο και μέσω της δράσης των στελεχών της στο πεδίο (Streetwork) και πάλι μπορεί να αποτελέσει σύνδεσμο με δυνητικούς υποψήφιους, να τους δικτυώσει και παραπέμψει σχετικά.

- Τέλος, σχετικά με την Ε' πρόταση, που αφορά την υποστήριξη εκδηλώσεων πολιτισμού στον Δήμο Πειραιά, μπορεί και εδώ να σχεδιαστεί συνεργασία και σύμπραξη, ώστε ωφελούμενοι της Πράξης SIP να παραπεμφθούν και να συμμετάσχουν σε εγχειρήματα, έτσι ώστε να ενισχυθεί η κοινωνική συνοχή της πόλης.

Με άλλα λόγια, συνολικά, διαπιστώνεται ότι οι παραπάνω προτάσεις αφορούν πολίτες του Δήμου Πειραιά, με έμφαση σε ευπαθείς ομάδες στόχου, και στοχεύουν στην βελτίωση των συνολικών συνθηκών διαβίωσής της, καθώς και στην άρση του κοινωνικού αποκλεισμού μέσα από παρεμβάσεις και δράσεις αντιμετώπισης της φτώχειας. Αντίστοιχα, **το γεγονός αυτό αποτελεί και στόχο της Πράξης κοινωνικής καινοτομίας SIP, η οποία αποτελείται με προτεραιότητα τους ευάλωτους πολίτες** (ήτοι ανέργους, αστέγους, απόρους, ανασφάλιστους, χρόνια πάσχοντες, χαμηλοσυνταξιούχους, χαμηλόμισθους, αποφυλακισθέντες, θύματα διακίνησης και σωματεμπορίας, θύματα έμφυλης βίας, τοξικοεξαρτημένους, μονογονεϊκές και πολύτεκνες οικογένειες, ΑΜΕΑ, μετανάστες-πρόσφυγες-αιτούντες άσυλο, Ρομά κ.ά.) **αλλά και ταυτόχρονα στοχεύει και αυτή στο όραμα για το σύνολο της κοινότητας, διαμέσου της υποστήριξης των ευπαθών, τον περιορισμό και την εξάλειψη των κοινωνικών διακρίσεων, άρα και την εναρμόνιση κατεστημένων διαφορών, ήτοι την επιδίωξη της κοινωνικής συνοχής.**

Το Υπόέργο της παρούσας Πράξης Κοινωνικής Καινοτομίας

Το αντικείμενο του Υποέργου της Πράξης στο πλαίσιο της οποίας προτείνεται η μελέτη τεκμηρίωσης αναγκαιότητας για παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και πρωτοβάθμιας υγείας, κατ' οίκον, σε χρόνια πάσχοντες και ΑμεΑ, ηλικίας 65 και άνω, αφορά συνολικά την βελτίωση της αποτελεσματικότητας των δράσεων κοινωνικής ένταξης και καταπολέμησης της φτώχειας και των διακρίσεων, μέσω της μεθοδολογικής και λειτουργικής ενοποίησης των παρεμβάσεων, του συντονισμού και της παρακολούθησης των δράσεων κοινωνικής συνοχής που συντελούνται στον Δήμο, τόσο από τον ίδιο, όσο και από άλλους φορείς και κοινωνικά δίκτυα, και εντάσσεται στην Πράξη «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus».

Η Πράξη αυτή, εμπίπτει στην Πρόσκληση: PIR018, Κωδ. Ολοκλ. Στρατ. Χωρ. Αναπτ.: 1092, Α/Α ΟΠΣ ΕΣΠΑ: 4234, πρόσκληση για την υποβολή προτάσεων στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2014-2020», στον Άξονα Προτεραιότητας 09: «Προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής», ο οποίος συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.), με τίτλο: «Βελτίωση της Αποτελεσματικότητας της Κοινωνικής Ένταξης, της Καταπολέμησης της Φτώχειας και των Διακρίσεων, μέσω της Μεθοδολογικής και Λειτουργικής Ενοποίησης των Παρεμβάσεων Κοινωνικής Ένταξης στην Πόλη του Πειραιά σε ένα Ενιαίο, Ιεραρχημένο και Ομογενοποιημένο Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης», με ΑΔΑ: Ω7ΙΣΩΞΥ-ΠΥΗ, στο πλαίσιο υποβολής αίτησης χρηματοδότησης στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2014 - 2020».

Το Υπόέργο περιλαμβάνει τρία πακέτα εργασίας, με γνώμονα την αποτελεσματική επίτευξη των στόχων της οικείας Πρόσκλησης. Η δημιουργία του «Δικτύου Πρόληψης και Άμεσης

Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus», με τη μοντελοποίηση του μηχανισμού σχεδιασμού κοινωνικών παρεμβάσεων, έχει ως σκοπό να καταγράψει σε βάθος τις ανάγκες του πληθυσμού, τόσο μακροχρόνιες όσο και έκτακτες καθώς και να απαντήσει με ειδικές δράσεις σε αυτές.

Οι επιμέρους δράσεις και ενέργειες της Πράξης που υλοποιούνται για την επίτευξη των ανωτέρω στόχων περιλαμβάνουν δύο διακριτές ομάδες εργασιών που αφορούν: α) δαπάνες για τη δημιουργία ψηφιακών και άλλων υποστηρικτικών εργαλείων, στοχευμένων μελετών και ερευνών, δράσεων δημοσιότητας, δικτύωσης, κ.α. και, β) δαπάνες που αφορούν σε παρεμβάσεις πρόληψης και υποστήριξης της κοινωνικής ένταξης στον Δήμο Πειραιά.

Παρεμβάσεις πρόληψης και υποστήριξης της κοινωνικής ένταξης στον Δήμο Πειραιά

Οι «Παρεμβάσεις πρόληψης και υποστήριξης της Κοινωνικής Ένταξης στον Δήμο Πειραιά» αποτελούν συγκεκριμένα το Πακέτο Εργασίας «2» του Υποέργου, το οποίο αφορά στον σχεδιασμό και την υλοποίηση των βασικών και επιμέρους παρεμβάσεων πρόληψης και υποστήριξης της κοινωνικής ένταξης και κοινωνικής συνοχής στο Δήμο Πειραιά .

Οι παρεμβάσεις πρόληψης και η υποστήριξη αποτελούν δράσεις πρόληψης ή και ταχείας υποστηρικτικής παρέμβασης και περιλαμβάνουν το σχεδιασμό, την εφαρμογή και παρακολούθηση των εν λόγω ενεργειών, είτε από την ίδια την ΚΟ.Δ.Ε.Π. είτε από άλλους εξειδικευμένους φορείς με τους οποίους υπάρχει συνεργασία.

Με δεδομένο το ευρύτατο αντικείμενο εργασιών της ΚΟ.Δ.Ε.Π. καθώς και το γεγονός ότι οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες προβάλλουν συνεχώς αυξανόμενες και καθίστανται επιτακτικές,

ως απόρροια της κοινωνικής και οικονομικής αστάθειας των τελευταίων ετών καθώς και της πανδημίας, είναι διαπιστωμένη πλέον η ανάγκη για δράση και περαιτέρω ενημέρωση, υποστήριξη και διασύνδεση όλο και μεγαλύτερου αριθμού πολιτών με όλα τα κοινωνικά προγράμματα και σχετικές υπηρεσίες, που υλοποιούνται τόσο στο τοπικό επίπεδο του Δήμου Πειραιά, όσο και σε ευρύτερη κλίμακα.

Δράσεις της Πράξης «Social Innovation Piraeus» έως σήμερα

Οι παρακάτω δράσεις διενεργήθηκαν στο πλαίσιο του Πακέτου Εργασίας 2: «Παρεμβάσεις πρόληψης και υποστήριξης της Κοινωνικής Ένταξης στον Δήμο Πειραιά» / Παραδοτέο 2.2: «Παρεμβάσεις υποστήριξης και συμπληρωματικές υπηρεσίες ειδικών και εκτάκτων αναγκών» του Υποέργου 1 «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus» με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5060900 της Πράξης «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus», μετά από επικαιροποιημένες μελέτες:

1. Διανομή σχολικών σετ σε τσάντες σε 577 στους μαθητές Α' Δημοτικού της 4ης και 5ης Δημοτική Κοινότητα Πειραιά το Σεπτέμβριο 2020 για το σχολικό έτος 2020-2021, με όλα τα απαραίτητα είδη για κάθε τάξη.
2. Διανομή Μέσων Ατομικής Προστασίας για τον Covid-19, ήτοι ιατρικές μάσκες μιας χρήσης και αντισηπτικά, σε εργαζόμενους και εξωτερικούς συνεργάτες της ΚΟ.Δ.Ε.Π και τους ωφελούμενους του Ξενώνα Βραχείας Φιλοξενίας Αστέγων της ΚΟ.Δ.Ε.Π «Κοινωνική Ανακούφιση», αλλά και σε μαθητές, καθηγητές και εθελοντές του Κοινωνικού Φροντιστηρίου της ΚΟ.Δ.Ε.Π. «Διδακτική Αλληλεγγύη».
3. Διανομή ειδών χειμερινού ρουχισμού, ήτοι υπνόσακοι και εξωτερικά ενδύματα (μπουφάν), σε άστεγους που διαβιούν στο λιμάνι και κεντρικά σημεία του δήμου

Πειραιά που ξεκίνησε το Δεκέμβριο 2020 – τις ημέρες των εορτών σε συνδυασμό με τα γεύματα Αγάπης της ΚΟ.Δ.Ε.Π..

4. Διανομή εξοπλισμού τηλε-εκπαίδευσης, ήτοι τάμπλετ και γραφίδες, σε μαθητές και καθηγητές του Κοινωνικού Φροντιστηρίου «Διδακτική Αλληλεγγύη», που ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2021.
5. Διανομή ειδών για το Πασχαλινό τραπέζι, ήτοι αμνοερίφια και συσκευασμένες πατάτες, για την υποστήριξη πολύτεκνων, τρίτεκνων και μονογονεϊκών επωφελούμενων οικογενειών του Social Innovation Piraeus μετά από δημόσια πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για υποβολή αιτήσεων.
6. Διανομή ειδών ατομικής προστασίας κατά το τέταρτο κύμα της πανδημίας, στους φιλοξενούμενους των κοινωνικών δομών της ΚΟ.Δ.Ε.Π., τους φοιτούντες στο κοινωνικό φροντιστήριο, τους ωφελούμενους της Πράξης και τους διαβιούντες στο δρόμο κατά τη διενέργεια επιτόπιων παρεμβάσεων το δρόμο (Streetwork).
7. Διανομή ειδών ένδυσης και υπόδησης σε ωφελούμενους της Πράξης, ήτοι αστέγους / διαβιούντες στο δρόμο ή σε ακατάλληλα καταλύματα κατά τη διενέργεια Streetwork.

Παρεμβάσεις υποστήριξης και συμπληρωματικές υπηρεσίες ειδικών και έκτακτων αναγκών

Οι «Παρεμβάσεις υποστήριξης και συμπληρωματικές υπηρεσίες ειδικών και έκτακτων αναγκών» στο πλαίσιο του Παραδοτέου 2.2. της Πράξης, περιλαμβάνουν τη δημιουργία μηχανισμού για την πρόληψη του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού στον Δήμο Πειραιά. Με άλλα λόγια, πρόκειται για την δημιουργία συστήματος παροχής κοινωνικής, επισιτιστικής, υλικής και οικονομικής βοήθειας σε κατοίκους που έχουν άμεση ανάγκη. Οι ειδικοί συνεργάτες της Πράξης, όπως κοινωνικοί λειτουργοί και μελετητές, παρατηρούν,

εντοπίζουν και καταγράφουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των πολιτών κατά περίπτωση αλλά και συνθετικά της εκάστοτε ευάλωτης κοινωνικά ομάδας. Η Ομάδα Έργου της Πράξης είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το σύγχρονο πεδίο της πειραϊκής κοινότητας. Σε αυτήν την μεθοδολογική βάση οι συνεργάτες στοχάζονται, μετρούν δεδομένα, υπολογίζουν, σχεδιάζουν και διατυπώνουν προτάσεις παρέμβασης ως υποψήφιες επόμενες κοινωφελείς δράσεις του θεσμού.

Απατώντας στην σημερινή συγκυρία, της οικονομικής ύφεσης με τις επιπλέον συνέπειες της παρατεταμένης υγειονομικής κρίσης (Covid-19), και πιο συγκεκριμένα του κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων ηλικίας 65 και άνω, **η παρούσα πρόταση** πιλοτικής κοινωνικής παρέμβασης, για παροχή υπηρεσιών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης στοχεύει στην υποστήριξη της αυτόνομης διαβίωσης στο σπίτι τους, μέσω της δημιουργίας μιας κοινωνικής υπηρεσίας τηλεφροντίδας. Σημειώνεται ότι μέσω του ολοκληρωμένου ομογενοποιημένου πληροφοριακού συστήματος που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της Πράξης «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά –Social Innovation Piraeus» με mis 5060900, υπάρχει πλέον η δυνατότητα παρακολούθησης της διάθεσης και διανομής των ειδών ρουχισμού μέσω της σχετικής πλατφόρμας.

Ομάδα- στόχου πιλοτικής κοινωνικής παρέμβασης

Η Κοινωνική Παρέμβαση -καθώς και η ΚΟ.Δ.Ε.Π. εν γένει διαμέσου της κοινωφελούς δράσης της- μεριμνούν για το σύνολο των ευπαθών πολιτών του Δήμου Πειραιά, στοχεύοντας περιοδικά ανά περίπτωση στην υποστήριξη διαφορετικών τύπων ευαλωτότητας. Προηγούμενες προτάσεις και δράσεις έθεταν στο επίκεντρό τους τα παιδιά, όπως για παράδειγμα η Μελέτη Σημαντικότητας Αθλητικών Δράσεων στον Δήμο Πειραιά- ή,

αφετέρου, το Κοινωνικό Φροντιστήριο και το Καλοκαιρινό Πρόγραμμα Δημιουργικής Απασχόλησης για Παιδιά 6 έως 14 ετών κ.ά.

Αυτή την φορά, η στοχοθεσία της μελέτης αφορά άτομα ηλικίας 65 και άνω, με χρόνια νόσημα ή/και Άτομα με Αναπηρία, καθώς και την τεκμηρίωση αναγκαιότητας, υποστήριξης τους μέσω κοινοτικών υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας και πρωτοβάθμιας υγείας κατ' οίκον. Πιο αναλυτικά, η προτεινόμενη υπηρεσία υποβοήθησης διαβίωσης ηλικιωμένων και εν γένει ατόμων με χρόνια προβλήματα υγείας καθώς και δυσκολίες κινητικότητας, αφορά στην παροχή υπηρεσιών 24ωρης παρακολούθησης και τηλεφωνικής υποστήριξης ωφελούμενων που διαθέτουν τα εξής χαρακτηριστικά: 1) Έχουν ηλικία 65 έτη και άνω, 2) Έχουν προβλήματα υγείας και κινητικότητας, 3) Ζουν μόνοι τους ή δεν μπορούν να υποστηριχθούν επαρκώς από το άτομο που διαμένει μαζί τους, 4) Έχουν χαμηλό εισόδημα. Η παρούσα πρόταση πιλοτικής κοινωνικής παρέμβασης με απώτερο στόχο την χάραξη στρατηγικής για την ενίσχυση των ευπαθών πολιτών της Τρίτης Ηλικίας που ανήκουν στην πειραϊκή κοινότητα, μπορεί είτε να ειδωθεί ως αυτόνομη δράση, είτε επίσης, να εννοηθεί ως ψηφίδα ενός πιο σύνθετου και ευρέως σχεδίου δράσης. **Υπό ένα σφαιρικό πρίσμα, λοιπόν, μέσα από τις διαφορετικές κοινωνικές παρεμβάσεις που πραγματοποιεί η ΚΟ.Δ.Ε.Π., στοχεύεται ένα ολιστικό μοντέλο υποστήριξης της πειραϊκής κοινότητας.**

ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Ορισμός της Τρίτης Ηλικίας και χαρακτηριστικά

Η τρίτη ηλικία ορίζεται ως η ηλικιακή ομάδα που περιλαμβάνει ανθρώπους άνω των 65 ετών, με ετερόκλητα χαρακτηριστικά ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση, αλλά και τις εμπειρίες ζωής. Κατά κανόνα, χαρακτηρίζεται από τις διάφορες ψυχολογικές πιέσεις που δέχεται, όπως προβλήματα υγείας, κοινωνικές αλλαγές και απώλειες προσφιλών προσώπων. Η επιστήμη της Γηριατρικής χωρίζει την Τρίτη ηλικία σε τρεις κατηγορίες:

- Νέοι 3ης ηλικίας
- Μεσήλικες 3ης ηλικίας
- Υπέργηροι 3ης ηλικίας

Το θέμα της Τρίτης Ηλικίας, αποτελεί κοινό θέμα συζήτησης ανάμεσα στο ευρύ κοινό αλλά και την ίδια στιγμή, σημείο επικέντρωσης του επιστημονικού ενδιαφέροντος διότι αφενός είναι ένα πολυσχιδές ζήτημα το οποίο για να προσδιοριστεί φαίνεται να πρέπει να συνεξεταστούν πολλές και ταυτόχρονα τόσο διαφορετικές παράμετροι και αφετέρου λόγω του γεγονότος ότι όλο και μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού φαίνεται να υπάγεται στην κατηγορία αυτή⁴.

Αρχικά, κρίνεται σκόπιμο να εξεταστούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης ηλικίας, τα οποία δεν αφορούν μόνο τον προφανή χρονικό της χαρακτηρισμό αλλά και τα υπόλοιπα στοιχεία που συναποτελούν την Τρίτη Ηλικία ή ακόμη και τα επόμενα στάδια της

⁴ Πηγή <https://kosmoiatniki.com/i-monaksia-tis-tritis-ilikias/>

ζωής του ατόμου μέχρι το θάνατο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) «Γήρας ονομάζεται η περίοδος της ζωής που ακολουθεί την ώριμη ηλικία και προηγείται του φυσικού θανάτου. Στις προηγμένες χώρες, θεωρείται ότι το γήρας ξεκινάει στα 60 χρόνια, ηλικία στην οποία αρχίζει συνήθως η παροχή σύνταξης ή η αποχώρηση από την ενεργό επαγγελματική ζωή. Σήμερα ο άνθρωπος, χάρη στις προόδους της επιστήμης, ζει πολύ περισσότερο απ' ό,τι στο παρελθόν».

Εξάλλου, το γεγονός ότι η Τρίτη Ηλικία συνδέεται άμεσα με τη συνταξιοδότηση και στην ουσία την αποχώρηση του ατόμου από τις παραγωγικές τάξεις, τουλάχιστον με την έννοια που βίωνε την έννοια της παραγωγής μέχρι εκείνη τη χρονική στιγμή, καθορίζουν τη μετέπειτα εξέλιξη του ατόμου, λόγω του ότι θεωρεί, ενδεχομένως, ότι δεν έχει πλέον το ίδιο χρονικό περιθώριο για να ολοκληρώσει όσα δεν έχει προλάβει μέχρι εκείνη τη στιγμή⁵.

Αξιοποιώντας συμπληρωματικούς ορισμούς που έχουν προταθεί από σχετικούς επιστήμονες, θα μπορούσαμε να προσθέσουμε ότι η γήρανση είναι μια σύνθετη διαδικασία που σχετίζεται με μη αναστρέψιμες κυτταρικές μεταβολές, οι οποίες εμφανίζονται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου, ωστόσο ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας διαφέρει από άτομο σε άτομο, γεγονός που καθιστά δύσκολη την ακριβή περιγραφή της γήρανσης. Επιπρόσθετα, καλό είναι να προστεθεί ότι κατά την Τρίτη Ηλικία παρατηρείται η κάμψη των διαφόρων λειτουργιών με διαφορετικό ρυθμό για κάθε άτομο ενώ, παράλληλα, δεν είναι εύκολο να εντοπιστεί πάντοτε ο επιζητούμενος παραλληλισμός μεταξύ σωματικών και ψυχικών εκπτώτικων φαινομένων, ο οποίος θα εξυπηρετούσε, ενδεχομένως, και την

⁵ Κωσταρίδου - Ευκλείδη Α., (1999), *Γήρας και υγεία στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

περιγραφή των φαινομένων να αργέστερα. Η πραγματικότητα αυτή καθιστά αυθαίρετη κάθε προσπάθεια να καθοριστεί με ακρίβεια το χρονικό σημείο από το οποίο ξεκινούν οι μεταβολές που προκαλούνται από τη γήρανση.

Εξάλλου, δεν θα ήταν υπερβολή να διατυπωθεί ότι όλα τα άτομα εμφανίζουν κάμψη των διαφόρων λειτουργιών, αλλά σε διαφορετική στιγμή το καθένα, η οποία, σε κάθε άτομο προχωρεί με διαφορετικό ρυθμό. Επίσης δεν υπάρχει πάντοτε παραλληλισμός μεταξύ σωματικών και ψυχικών εκπτώσεων φαινομένων. Η κάμψη αυτή των λειτουργιών, αρχίζει πολύ νωρίς, ίσως από το 30ό έτος της ηλικίας του ατόμου και συνεχίζεται σ' όλη την διάρκεια της ζωής του. Άλλοι μελετητές υποστηρίζουν ότι η κάμψη των λειτουργιών του οργανισμού του ατόμου αρχίζει από την γέννηση ή και από την ενδομήτριο ζωή ακόμη.

Οι βιολογικές αυτές μεταβολές μπορούν ευκολότερα να ανιχνευτούν στις περισσότερες περιπτώσεις ηλικιωμένων ανθρώπων και είναι ιδιαίτερα συχνές και αναμενόμενες ενίοτε, αφορώντας ελάττωση της μυϊκής δύναμης, αλλοιώσεις στην οπτική και ακουστική λειτουργία καθώς και στην καρδιά. Οι μεταβολές αυτές, επιδρούν αθροιστικά στον ανθρώπινο οργανισμό προκαλώντας προβλήματα, μεταξύ των οποίων είναι και η μείωση της ζωτικότητας των ατόμων, καθώς παρατηρείται παράλληλα και η υπολειτουργία οργάνων όπως οι πνεύμονες, η καρδιά ή ακόμη και τα χέρια ή τα πόδια.

Φυσικά, η βιολογική διάσταση της γήρανσης δεν αφήνει ανεπηρέαστη την πνευματική ακεραιότητα του ατόμου καθώς οι αλλαγές οι οποίες επισυμβαίνουν στον ψυχολογικό τομέα επιδρούν στην νόηση, το συναίσθημα και τη λογική. Κάποιες φορές, ωστόσο, το άτομο κατορθώνει να αξιοποιεί στο έπακρο την πείρα που έχει σταχυολογήσει κατά τη διάρκεια της ζωής του και κατορθώνει να αναμετράται και να νικά ή έστω να περιορίζει τις

συνέπειες πνευματικής και ψυχολογικής του αλλοίωσης. Οι ψυχολογικές θεωρίες, που διατυπώνονται, κάνουν λόγο για κάμψη της ψυχολογικής ευημερίας και της ικανότητας προσαρμογής του ατόμου καθώς οι ηλικιωμένοι εισέρχονται στην τελευταία φάση της ζωής τους.

Οι επιπτώσεις των παραπάνω επηρεάζουν τη μαθησιακή ικανότητα, τη μνήμη και πολλαπλασιάζουν την επιθετικότητα και τον εγωισμό του ατόμου, συνιστώσες που μπορούν να οδηγήσουν το άτομο ακόμη και στην περιθωριοποίηση ελλείψει προσαρμοστικότητας. Η τάση αυτή καθιστά τα γηρατειά πρωτίστως κοινωνικό και δευτερευόντως βιολογικό συνδυασμό φαινομένων, που σαφώς επηρεάζονται από τα κοινωνικά δεδομένα και ενδέχεται να οδηγήσει το άτομο στον εγκλεισμό σε κάποιο ανάλογο ίδρυμα, όπως θα καταδειχθεί και στη συνέχεια.

Βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στη διαδικασία της γήρανσης σύμφωνα με τον Hayflick είναι οι εξής⁶:

- Η κληρονομικότητα
- Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον
- Η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά
- Η ψυχοσύνθεση του ατόμου
- Η υγιεινή διαβίωση.

Επιστημονικές μελέτες καταλήγουν στις παρακάτω διαπιστώσεις:

⁶ Hayflick, L. (1985). *Theories of biological aging*.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0531556585900324?via%3Dihub>

- Η διαδικασία γήρανσης ξεκινά από τη γέννηση ενδεχομένως και ακόμη νωρίτερα και είναι μια διαδικασία που αφορά βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου
- Εντοπίζονται μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα άτομα. Η ταχύτητα και η ένταση του γήρατος διαφέρει από άτομο σε άτομο καθώς τα γηρατεία έχουν διαφορετική έναρξη και διαφορετική διάρκεια
- Οι αλλαγές που παρατηρούνται ανάμεσα στα άτομα λειτουργούν αθροιστικά, οπότε αυξάνονται όσο προχωρά η ηλικία
- Το όριο διαχωρισμού της μέσης ηλικίας από την ηλικία των γηρατειών δεν μπορεί να καθοριστεί αντικειμενικά
- Τα όρια συνταξιοδότησης δεν λαμβάνουν υπόψη τους τις ιδιαιτερότητες των ατόμων και είναι συχνά καθηλωτικά για τη μετέπειτα εξέλιξη του ατόμου.

Ακόμη, αξίζει να γίνει λόγος για τις βασικότερες οπτικές γωνίες βάσει των οποίων εξετάζεται η ηλικία ενός ατόμου. Σημαντικές παράμετροι στη μελέτη του γήρατος αποτελούν:

- 1) **Η βιολογική ηλικία:** παρουσιάζει διαφοροποιήσεις ανάλογα με το άτομο και την εποχή του. Επίσης, αφορά τη μορφολογική εμφάνιση και τον τρόπο που λειτουργούν τα όργανα και τα συστήματα του ατόμου
- 2) **Η χρονολογική ηλικία:** μετριέται με βάση τα έτη που περνούν από τη στιγμή γέννησης του ατόμου και μπορεί να μετρηθεί με βάση το γνωστό μετρικό σύστημα του χρόνου σε δευτερόλεπτα, λεπτά, ώρες κ.ο.κ. Πρόκειται, ίσως, για το σύστημα εκείνο με τη μεγαλύτερη ακρίβεια στην προσέγγιση των αριθμητικών του τιμών, λόγω της αντικειμενικότητάς του, ωστόσο δε δύναται να βγουν ασφαλή συμπεράσματα από την χρονολογική ηλικία κάποιου για την κατάσταση της υγείας του
- 3) **Η ψυχολογική ηλικία:** εξαρτάται από την ικανότητα των ατόμων να προσαρμοστούν στο

περιβάλλον που εντάσσονται. Το σημαντικότερο, ίσως, σημείο της ψυχολογικής ηλικίας είναι οι επιπτώσεις που εντοπίζονται στο κοινωνικό σύνολο

- 4) **Η κοινωνική ηλικία:** σχετίζεται με τις κοινωνικές συνήθειες και τους ρόλους των ατόμων στην ομάδα και την κοινωνία στην οποία εντάσσονται. Η κοινωνική ηλικία ενός ατόμου συναρτάται με την χρονολογική, βιολογική και ψυχολογική ηλικία αλλά δεν καθορίζεται ολοκληρωτικά από αυτές⁷.

Η δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα και τη διεθνή κοινότητα

Οι διεθνείς οργανισμοί World Health Organization (WHO), Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) και European Union (EU), έχουν επισημάνει το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού, καθώς επίσης και των επιπτώσεων που έχει τόσο αναφορικά με τη σύσταση των κοινωνιών όσο και σε σχέση με την υγεία και την ψυχική σταθερότητα των πολιτών.

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού είναι το αποτέλεσμα της βελτίωσης του προσδόκιμου επιβίωσης και της μείωσης των δεικτών γονιμότητας κάτω από το επίπεδο αναπλήρωσης του πληθυσμού. Σύμφωνα με τις στατιστικές έρευνες στις οποίες έχουν προβεί οι διεθνείς οργανισμοί, το προσδόκιμο επιβίωσης στις βιομηχανικές χώρες υπερβαίνει τα 75 έτη για τους άνδρες και τα 80 για τις γυναίκες, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται μια ραγδαία βελτίωση και στις αναπτυσσόμενες χώρες, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών.

⁷ Κωσταρίδου - Ευκλείδη Α., (1999), *Γήρας και υγεία στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Η βελτίωση του προσδόκιμου της επιβίωσης σε συνδυασμό με την σημαντική μείωση των δεικτών γονιμότητας, έχει προκαλέσει μεγάλες ανακατανομές στη διάρθρωση των ηλικιακών πυραμίδων στο σύνολο σχεδόν των χωρών. Σήμερα, στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), οι δείκτες γονιμότητας έχουν μειωθεί στο 1,6 ανά γυναίκα, ενώ ο φυσιολογικός δείκτης, ώστε να υπάρχει πληθυσμιακή σταθερότητα, είναι το 2,1. Όσον αφορά την Ελλάδα, το τμήματος πληθυσμού που χαρακτηρίζεται ως Τρίτη Ηλικία, ανέρχεται σήμερα στο 17,5% του πληθυσμού, ενώ σύμφωνα με εκτιμήσεις το 2020 θα αυξηθεί στο 22% και το 2050 θα έχει ανέλθει στο 35% .

Η αύξηση του πληθυσμών των ατόμων της Τρίτης και Τέταρτης Ηλικίας είναι ένα φαινόμενο το οποίο έχουν να αντιμετωπίσουν όχι μόνο οι υπανάπτυκτες αλλά και οι αναπτυσσόμενες χώρες. Στην Ελλάδα, το 1940τα άτομα άνω των 65 ετών αποτελούσαν το 5,5% του συνολικού πληθυσμού. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο ο πληθυσμός της Ελλάδας μετακινήθηκε από τον αγροτικό τομέα προς τα αστικά κέντρα, με παράλληλη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων. Σημειώνεται ότι η αναλογία των ηλικιωμένων είναι περισσότερο εμφανής στις αγροτικές περιοχές. Στη μεταπολεμική Ελλάδα, την περίοδο δηλαδή από το 1945μέχρι το 1975 ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξήθηκε σημαντικά, με αποτέλεσμα να έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων στα Βαλκάνια και μαζί με την Ιταλία το υψηλότερο ποσοστό στη Νότια Ευρώπη.

Στην απογραφή του πληθυσμού που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 1981, οι ηλικιωμένοι αποτελούσαν το 16,92% του πληθυσμού, ενώ στην απογραφή του 1991 αποτελούσαν το 19,98%. Το 1995, το προσδόκιμο όριο επιβίωσης για τους άνδρες ήταν 74,6 χρόνια, ενώ για τις γυναίκες ήταν 79,6 χρόνια. Το 2010, οι ηλικιωμένοι αποτελούσαν το 20% του πληθυσμού, ενώ το 2030 αναμένεται ότι το 25% του συνολικού πληθυσμού θα είναι

ηλικιωμένοι. Οι δημογραφικές μεταβολές που παρατηρούνται έχουν επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της κοινωνίας.

Όσον αφορά τις θετικές συνέπειες από τη δημογραφική τάση που παρατηρείται, αντικατοπτρίζεται η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, δηλαδή κατοικίας, διατροφής και υγιεινής ζωής, ενώ η δεύτερη συνέπεια σχετίζεται με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και την εκτέλεση προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής με αποτέλεσμα την επινόηση φαρμάκων και την θεραπεία επικίνδυνων ασθενειών στα πρώιμα στάδιά τους. Σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ αυτές οι δημογραφικές εξελίξεις αναμένεται να προκαλέσουν μια ποικιλία οικονομικών επιπτώσεων περιλαμβανομένων των δημοσίων οικονομικών και ιδίως της διατηρησιμότητας των υπάρχοντων διανεμητικών συνταξιοδοτικών συστημάτων.

Η Γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα

Το δημογραφικό πρόβλημα, η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί μια εκ των βασικών προκλήσεων, τόσο της ΕΕ όσο και της Ελλάδας ειδικότερα. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο πασχίζει να λάβει μέτρα για να αντιστρέψει την κατάσταση, ενώ η Ελλάδα κινδυνεύει, σύμφωνα με τις τελευταίες έρευνες. Η γήρανση του πληθυσμού είναι το αποτέλεσμα τριών κυρίως δυνάμεων: μείωση των γεννήσεων, αύξηση της μακροβιότητας και αύξηση του πληθυσμού στις μεγαλύτερες ηλικίες. Αυτές οι τρεις δυνάμεις επιδρούν με διαφορετική ισχύ και σε διαφορετικές περιόδους. Η Ελλάδα, δέχεται ταυτόχρονα πιέσεις και από τις τρεις προαναφερθείσες δυνάμεις. Η αύξηση όμως του πληθυσμού στις μεγαλύτερες ηλικίες είναι αυτή που ασκεί τη μεγαλύτερη πίεση στις εθνικές οικονομίες -όπως σήμερα συμβαίνει επί παραδείγματι στη Γερμανία, στην Αγγλία και σε άλλες χώρες.

Η αντιμετώπιση της υπογεννητικότητας είναι σαφώς απαραίτητη, όμως ακόμη και αν σήμερα δεν είχαμε πρόβλημα υπογεννητικότητας στην Ελλάδα, η διεύρυνση στην κορυφή της δημογραφικής πυραμίδας θα έπρεπε να αποτελεί ήδη μείζον εθνικό θέμα. Σε 10 χρόνια από σήμερα το 32% του ελληνικού πληθυσμού θα είναι άνω των 65 ετών. Η απουσία στρατηγικής για την αντιμετώπιση της γήρανσης και συνεπώς η απουσία μέτρων ανάσχεσης του προβλήματος θα είναι τροχοπέδη σε κάθε αναπτυξιακό βήμα της χώρας. Η Ελλάδα σε κάθε ευρωπαϊκό και διεθνή δείκτη που μετρά τις επιπτώσεις της αύξησης του πληθυσμού άνω των 65 ετών καταγράφει αρνητικές πρωτιές. Επιπλέον, σχεδόν πάντοτε βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις σε κάθε ευρωπαϊκή κατάταξη που αποτυπώνει την υιοθέτηση πολιτικών για την άμβλυνση των επιπτώσεων της γήρανσης.

Σύμφωνα με την πρόσφατη έκθεση των Ηνωμένων Εθνών για τη γήρανση το 2019 η χώρα μας βρισκόταν στην έκτη (6η) θέση στη λίστα των δέκα χωρών στον κόσμο με τη μεγαλύτερη συρρίκνωση του πληθυσμού σε παραγωγική ηλικία, ενώ το 2050 η Ελλάδα θα βρίσκεται στην τέταρτη (4η) θέση στον κόσμο. Επιπλέον, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (2018), η Ελλάδα θα υποστεί τη μεγαλύτερη μείωση του συνολικού δείκτη παραγωγικότητάς της (στο σύνολο των χωρών της ΕΕ), λόγω των επιπτώσεων της γήρανσης του πληθυσμού της.

Η αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού

Η έκθεση που προετοίμασε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τα όργανα με αφορμή το ζήτημα, ανέφερε ότι το 2019 το 20.3% του πληθυσμού στην ΕΕ ήταν 65 ετών και άνω. Το 2070, με τα τωρινά δεδομένα η ηλικία των 65 ετών και άνω θα καλύπτει το 30.3%. Μάλιστα, το 13.2% του πληθυσμού της Ένωσης θα είναι 80 ετών και περισσότερο. Συνεπώς καταλαβαίνει κανείς ότι ο ευρωπαϊκός πληθυσμός θα γεράσει δραματικά τις επόμενες δεκαετίες, με βάση αυτά τα στοιχεία.

Τονίζεται πως η δημογραφικές αλλαγές δεν λαμβάνουν χώρα με τον ίδιο τρόπο στον ευρωπαϊκό χώρο. Το χάσμα μεταξύ των αγροτικών και των αστικών περιοχών μεγαλώνει. Οι αγροτικές περιοχές αντιπροσωπεύουν το 44% της ΕΕ αυτήν τη στιγμή αλλά το 78% κατοικεί σε αστικές περιοχές. Παράλληλα, αναφέρεται πολύ χαρακτηριστικά ότι ήδη από την κρίση του 2008 υπήρξε σημαντική μετατόπιση ενεργά οικονομικού πληθυσμού από τις περιφέρειες της Νοτιοανατολικής Ευρώπης στην Βορειοδυτική, εκμεταλλευόμενος την δυνατότητα ελεύθερης μετακίνησης εργαζομένων, την ενιαία αγορά της ΕΕ κλπ.

Το 2015 στην ΕΕ σημειώθηκε η πρώτη φυσική μείωση του πληθυσμού της ΕΕ. Δηλαδή για πρώτη φορά στην ιστορία της ΕΕ οι θάνατοι ξεπέρασαν τις γεννήσεις στην Ένωση. Υποστηρίζεται ότι η πανδημία του COVID-19 θα σηματοδοτήσει ένα νέο κύμα κοινοτικής μετανάστευσης και όχι μόνο. Οι πληττόμενες οικονομικές δραστηριότητες και η ανεργία πυροδοτούν την κινητικότητα. Στην ίδια έκθεση, σημειώνεται ότι, μέχρι το 2070, η ΕΕ θα αντιπροσωπεύει μόλις το 4% του παγκόσμιου πληθυσμού. Αυτό το τρομακτικό ποσοστό θα είναι η αντανάκλαση μιας περιοχής που θα μαστίζεται από την υπογεννητικότητα και τη γήρανση, την ίδια στιγμή που αναπτυσσόμενες οικονομίες θα αυξάνουν σημαντικά την οικονομική και δημογραφική τους δύναμη.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ο ενεργός πληθυσμός της Ευρώπης συρρικνώνεται. Αυτό σημαίνει ότι όλο και μικρότερο μέρος του πληθυσμού συμμετέχει στην παραγωγή, ενώ ταυτόχρονα όλο και μεγαλύτερο μέρος του απαιτείται να στηρίζεται οικονομικά χωρίς να μπορεί πλέον να συνεισφέρει στην οικονομική ανάπτυξη. Την ίδια στιγμή, αυτή η δημογραφική αλλαγή στην Ευρώπη έχει αντίκτυπο στο μερίδιό της στο παγκόσμιο ΑΕΠ και τη στρατηγική και διεθνή της θέση.

Επιπλέον, οι ευρωπαϊκές δημογραφικές αλλαγές διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή ανισομετρία στην οικονομική ανάπτυξη, μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Ξεχωρίζει ο κίνδυνος διατήρησης της κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής συνοχής. Για του ευρωβουλευτές, αυτές οι δημογραφικές μεταβολές πρέπει να ληφθούν υπόψη και να τεθούν σε νέα πλαίσια. Η πράσινη μετάβαση και ο ψηφιακός μετασχηματισμός μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά σε μια αντιστροφή της κατάστασης.

Νέοι όροι εργασίας, ασφαλιστικά ταμεία με ανταγωνιστικό και ευέλικτο σχεδιασμό, νέα επενδυτικά πεδία και πολλά άλλα, για τους ευρωβουλευτές θα αποτελέσουν όπλα στην ευρωπαϊκή στρατηγική. Σημειώνουν ότι ο μηχανισμός ανάκαμψης και ανθεκτικότητας, τα εθνικά σχέδια ανάκαμψης των κρατών-μελών μπορούν στηρίξουν τις πιο ευάλωτες περιοχές της ΕΕ. Η βελτίωση των μεταφορικών δικτύων, ο τουρισμός, ο ψηφιακός μετασχηματισμός και η τηλεργασία, για τους ευρωβουλευτές θα διαμορφώσουν ένα περιβάλλον που θα δίνει κίνητρο σε εργαζόμενους να εργαστούν σε περιοχές που σε άλλες συνθήκες θα ήταν «απαγορευτικές».

Η Eurostat δημοσίευσε έκθεση που για την Ελλάδα προέβλεψε σημαντική μείωση του πληθυσμού της. Εδώ και τέσσερις δεκαετίες, μειώνεται ο αριθμός των φοιτητών και των μαθητών, μειώνεται ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός και παράλληλα αυξάνεται ο ηλικιακός μέσος όρος του. Τέλος αναφέρεται ότι οι μισοί Έλληνες πλέον είναι άνω των 50 ετών. Αυτό καθιστά την Ελλάδα σε μία εκ των πιο γερασμένων χωρών της ΕΕ.

Τα στοιχεία της Eurostat αναφέρουν ότι η Ελλάδα μέχρι το 2030 θα έχει σπάσει το ρεκόρ ως η πιο γερασμένη χώρα στην ΕΕ, ξεπερνώντας την Ιταλία. Γενικά, η δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα υπόκειται σε σημαντικές αλλαγές. Όπως και στις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ

αναμένεται μείωση του αγροτικού πληθυσμού, ο οποίος μέχρι το 2050 θα είναι μικρότερος από 10%. Εδώ το στοίχημα για την επίτευξη του στόχου μιας ανταγωνιστικής ελληνικής οικονομίας είναι σαφές. Ψηφιακός μετασχηματισμός, απομακρυσμένη εργασία και συγκεκριμένοι κλάδοι όπως ο τουρισμός και οι τηλεπικοινωνίες μπορούν να δώσουν κίνητρα στους πληθυσμούς των αγροτικών περιοχών να παραμείνουν και να τονώσουν την περιφερειακή και τοπική οικονομία με νέους όρους.

Δεν μιλάμε μόνο για γήρανση του πληθυσμού. Τα στοιχεία δείχνουν ότι ο πληθυσμός της χώρας θα μειωθεί σχεδόν κατά ένα εκατομμύριο μέχρι το 2050 και κατά δύο εκατομμύρια μέχρι το 2070. Η υπογεννητικότητα μαστίζει την ελληνική κοινωνία πολλά χρόνια τώρα. Ως ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο πως μπορεί να ανακοπεί αλλά φαίνεται να κυριαρχεί η άποψη ότι αποφασιστικός παράγοντας θα είναι η επίτευξη οικονομικής σταθερότητας με μακροπρόθεσμα χαρακτηριστικά. Η ΕΕ αντιμετωπίζει το δημογραφικό πρόβλημα με διάφορες πολιτικές που ως συνεκτικό τους πυρήνα έχουν τη διαμόρφωση ενός ανταγωνιστικού και βιώσιμου περιβάλλοντος που θα καλύπτει, θα δίνει κίνητρο και θα κινητοποιεί την οικονομική δραστηριότητα με τέτοιο τρόπο που θα αντιστρέψει την τάση της γήρανσης, την μετακίνηση και την υπογεννητικότητα.

Με βάση το έβδομο κύμα της Έρευνας για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE), κατά μέσο όρο περίπου το 37% των ατόμων ηλικίας 65+ στις χώρες της ΕΕ το 2017 ανέφεραν ότι είχαν τουλάχιστον δύο χρόνια νοσήματα. Πιο συγκεκριμένα τα χρόνια νοσήματα περιλαμβάνουν:

- Τη νόσο του Αλτσχάιμερ
- Τον καρκίνο
- Τις χρόνιες νεφρικές παθήσεις

- Τις χρόνιες πνευμονικές παθήσεις
- Τον διαβήτη
- Το έμφραγμα
- Το κάταγμα ισχίου
- Τη νόσο του Πάρκινσον
- Το εγκεφαλικό επεισόδιο
- Τη ρευματοειδή αρθρίτιδα
- Την οστεοαρθρίτιδα

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζεται για κάθε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης το συνολικό ποσοστό ατόμων 65 και άνω με τουλάχιστον δυο χρόνια νοσήματα, αλλά και η ποσοστιαία κατανομή ανά φύλο για κάθε χώρα.

Πίνακας 1: Ποσοστό ηλικιωμένων 65 και άνω με τουλάχιστον 2 χρόνια νοσήματα ανά χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης

% ηλικιωμένων 65+ με τουλάχιστον δύο χρόνια νοσήματα ανά χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης			
Χώρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες
Ολλανδία	20%	21%	20%
Σλοβακία	22%	27%	16%
Πορτογαλία	27%	36%	16%
Σουηδία	28%	30%	26%
Ρουμανία	28%	30%	25%
Μάλτα	29%	32%	27%
Δανία	30%	31%	30%

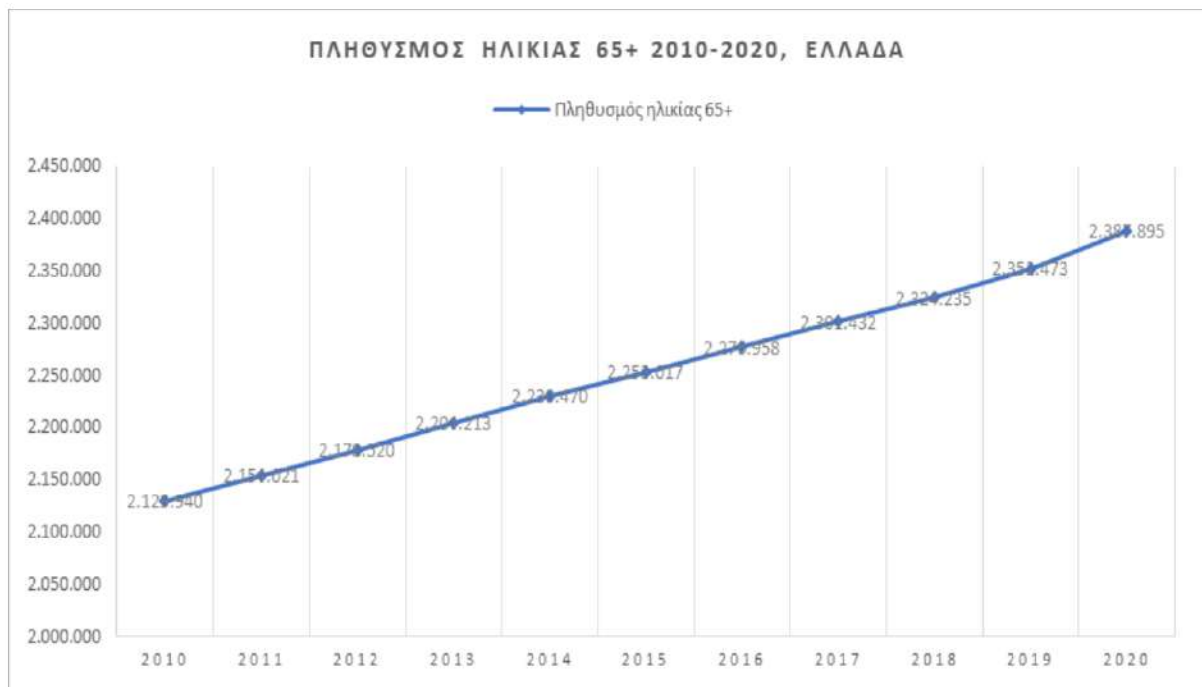
% ηλικιωμένων 65+ με τουλάχιστον δύο χρόνια νοσήματα ανά χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης			
Χώρες	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες
Σλοβενία	32%	34%	30%
Αυστρία	32%	35%	29%
Ιταλία	32%	36%	27%
Ελλάδα	34%	42%	25%
Λετονία	35%	41%	22%
Βουλγαρία	35%	42%	25%
Κύπρος	35%	38%	32%
ΕΥ26	37%	41%	32%
Εσθονία	39%	42%	34%
Λουξεμβούργο	40%	44%	35%
Λιθουανία	43%	47%	35%
Ισπανία	44%	50%	37%
Βέλγιο	44%	49%	38%
Τσεχία	45%	46%	43%
Κροατία	45%	52%	35%
Γαλλία	46%	50%	42%
Γερμανία	47%	49%	43%
Φιλανδία	47%	53%	41%
Ουγγαρία	50%	54%	43%
Πολωνία	58%	62%	51%

Πηγή: Έρευνας για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE)

Βάσει του πίνακα παρατηρείται ότι, κατά μέσο όρο, οι γυναίκες αναφέρουν πολλαπλές χρόνιες παθήσεις, πιο συχνά από τους άνδρες, με ποσοστό 41% για τις γυναίκες έναντι 32% για τους άνδρες. Στην Ελλάδα το 34% φαίνεται να παρουσιάζει τουλάχιστον δυο χρόνια νοσήματα, με τις γυναίκες να εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης χρόνιου νοσήματος, με ποσοστό 42% έναντι των αντρών και με ποσοστό 25% για τους άνδρες ⁸.

Ο πληθυσμός της Ελλάδας, ηλικίας 65 και άνω είναι όλο και αυξανόμενος καταγράφοντας και σε αυτή την περίπτωση μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες (55,72% έναντι 44,28% ανδρών).

Γράφημα 1: Πληθυσμός Ηλικίας 65 και άνω, στην Ελλάδα, από το 2010 μέχρι το 2020



Πηγή: <https://data.worldbank.org/>

⁸ Πηγή: <https://www.oecd-ilibrary.org/>

Από τα στοιχεία που παρουσιάζονται στο γράφημα, προκύπτει η συνεχής αύξηση του πληθυσμού ηλικίας 65+ μέσα στην τελευταία δεκαετία (2010 – 2020). Ο πληθυσμός της τρίτης ηλικίας δηλαδή είναι «γηράσκων» πληθυσμός. Η σταθερή αυτή αύξηση του ορίου ηλικίας και του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού στον ελλαδικό χώρο, αποτελεί αρχικά μία παγκόσμια πραγματικότητα, η οποία οφείλεται φυσικά στις βιοτεχνολογικές εξελίξεις καθώς και στις νέες ιατρικές έρευνες και μελέτες, όπου αναπτύσσονται μηχανισμοί και υπηρεσίες με σκοπό το βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, αλλά και την καλύτερη πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.

Γράφημα 2: Ποσοστό πληθυσμού 65 και άνω ανά φύλο, στην Ελλάδα



Πηγή: <https://data.worldbank.org/>

Συνδυάζοντας τα δεδομένα με τα στοιχεία του ΟΗΕ, που αναφέρει ότι ο ελληνικός είναι ο έκτος πιο γερασμένος πληθυσμός στον κόσμο και με την δυσάρεστη πρόβλεψη πως στο εγγύς μέλλον οι χρόνιες ασθένειες θα αντιπροσωπεύουν το 75% των θανάτων παγκοσμίως, χαρακτηρίζεται μείζονος σημασίας η λεπτομερής εξέταση των χρόνιων ασθενειών μέσα σε ένα γενικότερο φάσμα στο οποίο συμπεριλαμβάνονται όλες οι πρωτεύοντες και δευτερεύοντες ανάγκες, τόσο του ασθενούς όσο και του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος, σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο.

Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού Τρίτης Ηλικίας

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων:

- Η μόρφωση των ατόμων
- Το εισόδημά τους
- Η σωματική και η ψυχική τους υγεία.

Η Τρίτη Ηλικία χαρακτηρίζεται από τις μεταβολές που υφίσταται το άτομο τόσο στη βιολογική του όσο και στην ψυχική του υπόσταση, καθώς συνδέεται με μια σειρά κυτταρικών μεταβολών σε διάφορα μέρη του σώματος προκαλώντας έναν περιορισμό στην λειτουργική ικανότητα και προσαρμοστικότητα του οργανισμού. Όσον αφορά τις μεταβολές στον βιολογικό τομέα οι θεωρητικοί έχουν ενστερνιστεί την επίδραση ενδογενών και εξωγενών παραγόντων.

Οι κυτταρικές μεταλλάξεις μπορούν να συμπεριληφθούν στους ενδογενείς παράγοντες μαζί με τις αυτοάνοσες αντιδράσεις του οργανισμού και άλλες εγγενείς διεργασίες. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι οι βιολογικές αλλαγές εκδηλώνονται παρά τη διατήρηση της καλής

υγείας του ατόμου και την κατά το δυνατόν αποφυγή των ασθενειών. Η παράμετρος των ασθενειών θεωρήθηκε πολύ σημαντική για την κατανόηση των ιδιαιτεροτήτων των ηλικιωμένων, ήδη δεκαετίες πριν από τη δική μας περίοδο.

Οι βιολογικές αλλαγές που επέρχονται κατά την Τρίτη Ηλικία αφορούν όλα τα συστήματα του οργανισμού. Αρχικά, το δέρμα εμφανίζει ρυτίδες, τα μαλλιά λευκαίνουν, ενώ ο ρυθμός αύξησης των νυχιών μειώνεται. Ωστόσο, αλλαγές υπάρχουν στο ανοσοολογικό σύστημα και το μυοσκελετικό σύστημα, σε κυτταρικό επίπεδο, στις αισθήσεις, στο ουροποιητικό σύστημα, στον εγκέφαλο, στο καρδιακό σύστημα, στο γαστρεντερικό, καθώς και στο ενδοκρινικό και αναπνευστικό σύστημα. Οι εξωγενείς παράγοντες έχουν να κάνουν με τις περιβαλλοντικές επιδράσεις που δέχεται το άτομο όπως για παράδειγμα οι ασθένειες καθώς επίσης κι οι ιδιαίτερες συνθήκες κλιματολογικές και μη που επικρατούν στην περιοχή όπου ζει το άτομο.

Συγκεκριμένα, οι αλλαγές που πραγματοποιούνται στο σώμα του ανθρώπου με το πέρασμα του χρόνου καθώς αυξάνεται η ηλικία του είναι οι εξής:

- 1) Κυτταρικές μεταβολές: οι μεταβολές στις δομές του κυτταρικού DNA έχει ως επακόλουθο την αλλαγή της εξωτερικής εμφάνισης του και την αλλοίωση των χαρακτηριστικών (άσπρα μαλλιά, αύξηση βάρους, ρυτίδες κ.ά.).
- 2) Μυοσκελετικές αλλαγές: εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων όπως μείωση της μυϊκής μάζας, εμφάνιση οστεοπόρωσης και φθορά των αρθρικών χόνδρων προκαλούν κινητικά προβλήματα στα ηλικιωμένα άτομα.
- 3) Ειδικές αισθήσεις: μείωση των αισθητηριακών ικανοτήτων όπως της όρασης και δυσκολία στην προσαρμοστικότητα στις εναλλαγές μεταξύ φωτός και σκοταδιού. Επίσης παρατηρείται μείωση της ακοής σε υψηλής συχνότητας ήχου. Τέλος, παρατηρείται εξασθένηση των αισθήσεων της γεύσης και της όσφρησης.

- 4) Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: παρατηρείται μειωμένη οξυγόνωση και μειωμένη αιματική ροή.
- 5) Καρδιαγγειακό σύστημα: παρατηρείται μείωση της ελαστικότητας των καρδιακών βαλβίδων, αύξηση του ιστού του κολλαγόνου και αυξημένη τάση για αρρυθμίες εξαιτίας της ελάττωσης του οξυγόνου που φθάνει στους μύες.
- 6) Αναπνευστικό σύστημα: παρατηρείται μείωση της δραστηριότητας του βρογχικού επιθηλίου και μείωση του αντανακλαστικού του βήχα με αποτέλεσμα να μειώνεται η ποσότητα του αέρα που εισπνέεται και εκπνέεται από τους πνεύμονες.
- 7) Αναπαραγωγικό σύστημα: στις γυναίκες η μεταβατική περίοδος μέχρι την εμμηνόπαυση ονομάζεται κλιμακτήριος και συνδέεται με μεταβολές στην περίοδο και μείωση ορμονών⁹.

Υπάρχουν και στους άνδρες μεταβολές στην σεξουαλική λειτουργία που έχουν σχέση με την λειτουργία του προστάτη.

Εκτός, όμως, από τις βιολογικές μεταβολές εντοπίζονται μεταβολές και στις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου:

- Επεξεργασία πληροφοριών: τα ηλικιωμένα άτομα αδυνατούν να επεξεργαστούν με ταχύτητα μεγάλο όγκο πληροφοριών, γεγονός που τα οδηγεί στην καθυστερημένη λήψη αποφάσεων
- Μνήμη: δυσχέρεια στην ανάκληση της μνήμης
- Νοημοσύνη: η νοημοσύνη διαφέρει από άτομο σε άτομο και είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων που έχουν να κάνουν με την ψυχική υγεία του ατόμου, τη μόρφωση και τις

⁹ Κωσταρίδου - Ευκλείδη Α., (1999), *Γήρας και υγεία στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

πολιτισμικές συνθήκες κάτω από τις οποίες έζησε.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται επιγραμματικά οι βασικές αλλαγές που παρατηρούνται στα συστήματα ενός ατόμου Τρίτης Ηλικίας:

Πίνακας 2: Βασικές αλλαγές οργανικών συστημάτων ατόμων της 3^{ης} ηλικίας

Οργανικά συστήματα	Βασικές αλλαγές στην 3 ^η ηλικία
Κυτταρικό επίπεδο	<ul style="list-style-type: none"> Αλλαγές στις δομές του κυτταρικού DNA Αύξηση κολλαγόνου μεταξύ των κυττάρων Αλλαγές στον αριθμό και την ευαισθησία των υποδοχέων
Ανοσολογικό σύστημα	<ul style="list-style-type: none"> Αύξηση της λειτουργίας των αυτοάνοσων κυττάρων Αύξηση κινδύνου για λοιμώξεις Μείωση των Τ λεμφοκυττάρων Αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών κυττάρων
Μυοσκελετικό σύστημα	<ul style="list-style-type: none"> Μειώνεται το ύψος εξαιτίας της βράχυνσης της σπονδυλικής στήλης Μειώνεται η μυϊκή μάζα Αυξάνεται το βάθος της θωρακικής κοιλότητας Αυξάνεται ο λιπώδης ιστός δημιουργώντας προβλήματα οστεοπόρωσης Φθείρονται οι επιφάνειες των αρθρικών χόνδρων προκαλώντας προβλήματα οστεοαρθρίτιδας
Ουροποιητικό σύστημα	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης Μείωση της νεφρικής και αιματικής λειτουργίας
Ειδικές αισθήσεις	<ul style="list-style-type: none"> Μειώνεται η όραση και οι φακοί των ματιών κιτρινίζουν Μειώνεται η προσαρμοστικότητα στις εναλλαγές μεταξύ φωτός και σκοταδιού Μειώνεται η οξύτητα των αισθήσεων της γεύσης, όσφρησης και αφής Η προσαρμοστικότητα των μυών εξασθενεί Μειώνεται η ακοή σε υψηλής συχνότητας ήχους

Οργανικά συστήματα	Βασικές αλλαγές στην 3 ^η ηλικία
Εγκέφαλος	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Μειωμένο βάρος κατά 17% ▪ Μειωμένη οξυγόνωση Μειωμένη αιματική ροή ▪ Αυξημένος αιματοεγκεφαλικός φραγμός
Καρδιαγγειακόσυστημα	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αύξηση μεγέθους και βάρους της καρδιάς ▪ Μείωση ελαστικότητας καρδιακών βαλβίδων ▪ Αύξηση κολλαγονικού ιστού ▪ Αυξημένη τάση για αρρυθμίες
Γαστρεντερικόσυστημα	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Μείωση αιματικής ροής ήπατος ▪ Μεταβολή απορρόφησης από το γαστρεντερικό σύστημα
Ενδοκρινικόσυστημα	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Μείωση επιπέδων οιστρογόνων στις γυναίκες ▪ Μείωση επινεφριδικών ανδρογόνων ▪ Μείωση παραγωγής τεστοστερόνης στους άνδρες
Αναπνευστικόσυστημα	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Μείωση του αντανακλαστικού του βήχα ▪ Μείωση ζωτικής χωρητικότητας ▪ Μείωση της δραστηριότητας του βρογχικού επιθηλίου

Πηγή: Ιδία σύνταξη βάσει βιβλιογραφίας, 2021

Οι αλλαγές αυτές, επισημαίνεται πως δεν επηρεάζουν σε καμία περίπτωση κατά τον ίδιο τρόπο όλα τα άτομα ακόμη και αν διανύουν την ίδια δεκαετία της ζωής τους και, όπως είναι αναμενόμενο, επηρεάζονται από μία σειρά άλλων παραμέτρων όπως είναι η χηρεία, η

απόκτηση ή μη τέκνων, η προσωπική εικόνα που έχει το άτομο για τον ίδιο του τον εαυτό, το περιβάλλον του κ.ά.¹⁰

Οι επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στην οικονομία

Σύμφωνα με πρόσφατη ανάλυση του Harvard, η επίπτωση της γήρανσης με κακή υγεία σημαίνει πως κατά την περίοδο 2015-2030 ο καθένας μας χάνει και θα συνεχίσει να χάνει ετησίως πάνω από 488 ευρώ και συνολικά η ελληνική οικονομία θα χάσει μέχρι το 2030 πάνω από 65 δισεκατομμύρια. Η μακροημέρευση με κακή υγεία επηρεάζει διττά την εθνική μας οικονομία: (α) εκτίναξη των δαπανών για το σύστημα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, (β) περαιτέρω μείωση του εργατικού δυναμικού.

Όμως, οι αρνητικές επιπτώσεις της αύξησης του πληθυσμού στις μεγαλύτερες ηλικίες μπορούν να περιοριστούν σημαντικά: (α) αν αξιοποιήσουμε την πλούσια εργαλειοθήκη των ευρωπαϊκών και διεθνών θεσμών (οι οδηγίες των οργανισμών θα πρέπει να λειτουργήσουν ως οδοδείκτης και να μην παρασυρθούμε στη στείρα αντιγραφή) και (β) αν συνειδητοποιήσουμε και ξεκλειδώσουμε τις δυνατότητες των 60+. Η τελευταία προϋπόθεση είναι θεμελιώδης για την επιτυχή διαχείριση της γήρανσης του ελληνικού πληθυσμού.

Οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας σήμερα στην Ελλάδα καταπιέζονται από μια πολιτεία που δεν αναγνωρίζει και δεν έχει καμία ενεργή στρατηγική αξιοποίησης των δυνατοτήτων και της εμπειρίας τους και από μια κοινωνία που, θέτοντας ως μοναδικό κριτήριο την ηλικία,

¹⁰ Bloom, B. S.· Engelhart, M. D.· Furst, E. J.· Hill, W. H.· Krathwohl, D. R. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay Company.

«βαφτίζει» ηλικιωμένους τους 60+ τοποθετώντας τους αυτομάτως στο περιθώριο της οικονομικής και κοινωνικής δραστηριότητας. Ο γενικός όρος «γήρανση» καλύπτει μια περίοδο τεσσάρων δεκαετιών (60-70, 70-80, 80-90, 90-100) και περιλαμβάνει πολύ διαφορετικές δυνατότητες, εμπειρίες, καταστάσεις. Αυτή η ομογενοποίηση τεσσάρων δεκαετιών σε μια ταυτόσημη περίοδο έθεσε εξ ορισμού τους 60+ στο περιθώριο της οικονομικής και κοινωνικής ζωής και οδήγησε σταδιακά στην εδραίωση και όξυνση του προβλήματος της γήρανσης.

Οι Έλληνες σήμερα, ορθά προβληματίζονται για το brain-drain στις νέες γενιές, αλλά παραβλέπουν το εσωτερικό, ιδιότυπο brain-drain που συμβαίνει και στη γενιά των 60+ που «μεταναστεύουν» υποχρεωτικά στο περιθώριο μιας κοινωνίας, η οποία, ενώ τους χρειάζεται όσο ποτέ, αμήχανα τους οδηγεί στην πρόωρη αποστράτευση σχεδόν από κάθε πτυχή της κοινωνικοοικονομικής ζωής. Η αύξηση του πληθυσμού στις μεγαλύτερες ηλικίες αναμφίβολα συνεπάγεται δεκάδες προκλήσεις.

Η έκθεση που προετοίμασε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή με αφορμή το εν λόγω ζήτημα, ανέφερε ότι το 2019, το 20.3% του πληθυσμού στην ΕΕ ήταν 65 ετών και άνω. Το 2070, με τα τωρινά δεδομένα η ηλικία των 65 ετών και άνω θα καλύπτει το 30.3%. Μάλιστα, το 13.2% του πληθυσμού της Ένωσης θα είναι 80 ετών και περισσότερο. Συνεπώς καταλαβαίνει κανείς ότι ο ευρωπαϊκός πληθυσμός θα γεράσει δραματικά τις επόμενες δεκαετίες, με βάση αυτά τα στοιχεία.

Τονίζεται πως η δημογραφικές αλλαγές δεν λαμβάνουν χώρα με τον ίδιο τρόπο στον ευρωπαϊκό χώρο. Το χάσμα μεταξύ των αγροτικών και των αστικών περιοχών μεγαλώνει. Οι αγροτικές περιοχές αντιπροσωπεύουν το 44% της ΕΕ αυτήν τη στιγμή αλλά το 78% κατοικεί σε αστικές περιοχές. Παράλληλα, αναφέρεται πολύ χαρακτηριστικά ότι ήδη από την κρίση του 2008 υπήρξε σημαντική μετατόπιση ενεργά οικονομικού πληθυσμού από τις

περιφέρειες της Νοτιοανατολικής Ευρώπης στην Βορειοδυτική, εκμεταλλευόμενος την δυνατότητα ελεύθερης μετακίνησης εργαζομένων, την ενιαία αγορά της ΕΕ κλπ.

Το 2015 στην ΕΕ σημειώθηκε η πρώτη φυσική μείωση του πληθυσμού της ΕΕ. Δηλαδή για πρώτη φορά στην ιστορία της ΕΕ οι θάνατοι ξεπέρασαν τις γεννήσεις στην Ένωση. Υποστηρίζεται ότι η πανδημία του COVID-19 θα σηματοδοτήσει ένα νέο κύμα κοινοτικής μετανάστευσης και όχι μόνο. Οι πληττόμενες οικονομικές δραστηριότητες και η ανεργία πυροδοτούν την κινητικότητα. Στην ίδια έκθεση, σημειώνεται ότι, μέχρι το 2070, η ΕΕ θα αντιπροσωπεύει μόλις το 4% του παγκόσμιου πληθυσμού. Αυτό το τρομακτικό ποσοστό θα είναι η αντανάκλαση μιας περιοχής που θα μαστίζεται από την υπογεννητικότητα και τη γήρανση, την ίδια στιγμή που αναπτυσσόμενες οικονομίες θα αυξάνουν σημαντικά την οικονομική και δημογραφική τους δύναμη.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ο ενεργός πληθυσμός της Ευρώπης συρρικνώνεται. Αυτό σημαίνει ότι όλο και μικρότερο μέρος του πληθυσμού συμμετέχει στην παραγωγή, ενώ ταυτόχρονα όλο και μεγαλύτερο μέρος του απαιτείται να στηρίζεται οικονομικά χωρίς να μπορεί πλέον να συνεισφέρει στην οικονομική ανάπτυξη. Την ίδια στιγμή, αυτή η δημογραφική αλλαγή στην Ευρώπη έχει αντίκτυπο στο μερίδιό της στο παγκόσμιο ΑΕΠ και τη στρατηγική και διεθνή της θέση.

Επιπλέον, οι ευρωπαϊκές δημογραφικές αλλαγές διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή ανισομετρία στην οικονομική ανάπτυξη, μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Ξεχωρίζει ο κίνδυνος διατήρησης της κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής συνοχής. Για τους ευρωβουλευτές, αυτές οι δημογραφικές μεταβολές πρέπει να ληφθούν υπόψη και να τεθούν σε νέα πλαίσια. Η πράσινη μετάβαση και ο ψηφιακός μετασχηματισμός μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά σε μια αντιστροφή της κατάστασης.

Νέοι όροι εργασίας, ασφαλιστικά ταμεία με ανταγωνιστικό και ευέλικτο σχεδιασμό, νέα επενδυτικά πεδία και πολλά άλλα, για τους ευρωβουλευτές θα αποτελέσουν όπλα στην ευρωπαϊκή στρατηγική. Σημειώνουν ότι ο μηχανισμός ανάκαμψης και ανθεκτικότητας, τα εθνικά σχέδια ανάκαμψης των κρατών-μελών μπορούν στηρίξουν τις πιο ευάλωτες περιοχές της ΕΕ. Η βελτίωση των μεταφορικών δικτύων, ο τουρισμός, ο ψηφιακός μετασχηματισμός και η τηλεργασία, για τους ευρωβουλευτές θα διαμορφώσουν ένα περιβάλλον που θα δίνει κίνητρο σε εργαζόμενους να εργαστούν σε περιοχές που σε άλλες συνθήκες θα ήταν «απαγορευτικές».

Η Eurostat δημοσίευσε έκθεση που για την Ελλάδα προέβλεψε σημαντική μείωση του πληθυσμού της. Εδώ και τέσσερις δεκαετίες, μειώνεται ο αριθμός των φοιτητών και των μαθητών, μειώνεται ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός και παράλληλα αυξάνεται ο ηλικιακός μέσος όρος του. Τέλος αναφέρεται ότι οι μισοί Έλληνες πλέον είναι άνω των 50 ετών. Αυτό καθιστά την Ελλάδα σε μία εκ των πιο γερασμένων χωρών της ΕΕ.

Τα στοιχεία της Eurostat αναφέρουν ότι η Ελλάδα μέχρι το 2030 θα έχει σπάσει το ρεκόρ ως η πιο γερασμένη χώρα στην ΕΕ, ξεπερνώντας την Ιταλία. Γενικά, η δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα υπόκειται σε σημαντικές αλλαγές. Όπως και στις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ αναμένεται μείωση του αγροτικού πληθυσμού, ο οποίος μέχρι το 2050 θα είναι μικρότερος από 10%. Εδώ το στοίχημα για την επίτευξη του στόχου μιας ανταγωνιστικής ελληνικής οικονομίας είναι σαφές. Ψηφιακός μετασχηματισμός, απομακρυσμένη εργασία και συγκεκριμένοι κλάδοι όπως ο τουρισμός και οι τηλεπικοινωνίες μπορούν να δώσουν κίνητρα στους πληθυσμούς των αγροτικών περιοχών να παραμείνουν και να τονώσουν την περιφερειακή και τοπική οικονομία με νέους όρους.

Δεν μιλάμε μόνο για γήρανση του πληθυσμού. Τα στοιχεία δείχνουν ότι ο πληθυσμός της χώρας θα μειωθεί σχεδόν κατά ένα εκατομμύριο μέχρι το 2050 και κατά δύο εκατομμύρια

μέχρι το 2070. Η υπογεννητικότητα μαστίζει την ελληνική κοινωνία πολλά χρόνια τώρα. Ως ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο πως μπορεί να ανακοπεί αλλά φαίνεται να κυριαρχεί η άποψη ότι αποφασιστικός παράγοντας θα είναι η επίτευξη οικονομικής σταθερότητας με μακροπρόθεσμα χαρακτηριστικά.

Η ΕΕ αντιμετωπίζει το δημογραφικό πρόβλημα με διάφορες πολιτικές που ως συνεκτικούς πυρήνα έχουν τη διαμόρφωση ενός ανταγωνιστικού και βιώσιμου περιβάλλοντος που θα καλύπτει, θα δίνει κίνητρο και θα κινητοποιεί την οικονομική δραστηριότητα με τέτοιο τρόπο που θα αντιστρέψει την τάση της γήρανσης, την μετακίνηση και την υπογεννητικότητα. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο εκτιμά ότι η δίκαιη μετάβαση και ο ψηφιακός μετασχηματισμός που θα ξεκινάει από το εκπαιδευτικό σύστημα και θα φτάνει μέχρι και την εργασία καθώς και σε όλους σχεδόν τους τομείς της δραστηριότητας των πολιτών, είναι όρος επιτυχίας για την ΕΕ.

Η ελληνική κυβέρνηση έχει δεσμευτεί ότι θα προσαρμοστεί στα δεδομένα και τους όρους του ανταγωνισμού. Το ελληνικό σχέδιο ανάκαμψης έτσι κι αλλιώς περιλαμβάνει και ως προϋποθέσεις τις αλλαγές που φέρνουν οι νομοθετικές πρωτοβουλίες στα εργασιακά, το ασφαλιστικό, την παιδεία, την πράσινη μετάβαση, την αναβάθμιση του μεταφορικού δικτύου, ώστε όλα τα πλάνα να καταλήγουν στους ευρωπαϊκούς στόχους.

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΣΗ

Οι ανάγκες των ατόμων στην τρίτη ηλικία

Η Θεωρία του Maslow (Μάσλοου)

Η θεωρία του Maslow αποτελεί μια από τις σημαντικότερες θεωρίες για την ιεράρχηση των αναγκών. Σύμφωνα με αυτήν, έξι βασικές ανάγκες είναι ικανές να υποκινούν το άτομο σε δράση, όταν δεν ικανοποιούνται.

Οι ανάγκες αυτές έχουν ιεραρχηθεί σε πέντε κατηγορίες (όπως φαίνεται και στην πυραμίδα που ακολουθεί):

- **φυσιολογικές ανάγκες:** σχετίζονται με τις βασικές ανάγκες οι οποίες κρατούν το άτομο ζωντανό
- **ανάγκες ασφαλείας:** σχετίζονται με τα συναισθήματα έτσι όπως προκύπτουν από την ανάγκη για αυτοσυντήρηση
- **κοινωνικές ανάγκες:** πρόκειται για την ανάγκη που βιώνει το άτομο για αγάπη, φιλία κ.ά.
- **ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση από τους άλλους:** αφορούν την ανάγκη του ατόμου να νιώθει ότι έχει κύρος.
- **ανάγκη για αυτό ολοκλήρωση, αυτενέργεια και αυτοανάπτυξη.**

Γράφημα 3: Η ιεράρχηση των αναγκών του Maslow



Αυτό που υποστηρίχθηκε από το Maslow είναι ότι το άτομο κινητοποιείται με βάση τις ανάγκες του, οι οποίες, όταν δεν ικανοποιούνται οδηγούν το άτομο στην ανάληψη ενεργειών. Επίσης, υποστηρίχθηκε ότι δεν ικανοποιείται ποτέ το 100% των αναγκών του ατόμου αλλά σε ένα μέσο άνθρωπο ικανοποιείται το 85% των φυσιολογικών του αναγκών, το 70% των αναγκών του για ασφάλεια και το 50% των κοινωνικών του αναγκών. Τέλος, ικανοποιείται το 40% των αναγκών του για αυτοεκτίμηση και μόλις το 10% των αναγκών του για αυτο ολοκλήρωση. Καλό θα ήταν να τονιστεί επίσης ότι το μοντέλο του Maslow εξελίσσεται και σε καμία περίπτωση δεν είναι στατικό, καθώς επηρεάζεται από παράγοντες όπως ο πολιτισμός, η ανάπτυξη, η τεχνολογία, οι προσδοκίες κ.ά.¹¹

¹¹ <http://marketing-lexicon.pblogs.gr/> (πρόσβαση 02.12.21).

Ατομική υγιεινή

Συνοπτικά, η ικανότητα των ηλικιωμένων ατόμων να μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, διατηρώντας την αυτονομία τους σε βασικές ανάγκες είναι ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος στον τρόπο που γίνονται αποδεκτοί από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Επιπρόσθετα, η παραμέληση της ατομικής υγιεινής μπορεί να επηρεάσει την ψυχική και συναισθηματική ευεξία του ατόμου, ενώ ακόμη πιο δυσάρεστα είναι τα αποτελέσματα όταν η μικροβιακή χλωρίδα που υπάρχει στο δέρμα αναμιγνύεται με τα νεκρωμένα κύτταρα του σώματος, τον ιδρώτα, το σμήγμα, τα διάφορα μικροσωματίδια του ατμοσφαιρικού αέρα δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο τον ρύπο και την κακοσμία που τον συνοδεύει. Η κακοσμία γίνεται περισσότερο αισθητή κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού που η θερμοκρασία είναι υψηλή, καθώς επίσης και στους κλειστούς χώρους.

Για να εξασφαλιστεί η ατομική υγιεινή, θα πρέπει να γίνεται τόσο φροντίδα του δέρματος, όσο και των επί μέρους δομών του, όπως είναι το τριχωτό της κεφαλής, η στοματική κοιλότητα, καθώς και η φροντίδα των ονύχων των άνω και κάτω άκρων. Το λουτρό του σώματος είναι απαραίτητο για τους εξής λόγους:

- εξασφαλίζει μια καλαίσθητη και πολιτισμένη εμφάνιση.
- ενισχύει την κυκλοφορία του αίματος.
- διευκολύνει την κίνηση των αρθρώσεων.
- προάγει την χαλάρωση και την άνεση.

Επιπρόσθετα, προκειμένου να αξιολογηθούν οι ανάγκες της ατομικής υγιεινής των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας, πρωταρχικό μέλημα θα πρέπει να θεωρείται ο καθορισμός της

λειτουργικής του κατάστασης, καθώς και η ικανότητα του ατόμου να εκτελεί απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Σημαντικότερο μέσο για την αξιολόγηση των αναγκών της ατομικής υγιεινής, είναι η παρατήρηση.

Με την εμπειρική παρατήρηση εκτιμάται η γενική εμφάνιση, ο τρόπος ντυσίματος, η κατάσταση των μαλλιών, των νυχιών και του δέρματος. Όπως τονίζεται από την Πλατή (2000): «Πολλές φορές η παραμελημένη αυτοφροντίδα, όπως το ατημέλητο ντύσιμο και η δυσάρεστη οσμή του σώματος, είναι δυνατό να είναι πρώιμα σημεία επιδείνωσης της γνωστικής λειτουργίας και μπορεί να υποδηλώνουν διάφορου βαθμού άνοια»¹².

Ανάγκες επιβίωσης

Οι ανάγκες για επιβίωση αφορούν τις πρωταρχικές ανάγκες όλων των τμημάτων του πληθυσμού. Η διαβίωση των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το επίπεδο του εισοδήματός τους. Για την άνετη διαβίωσή τους και τη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους, σε όποιον βαθμό αυτό είναι δυνατόν, οι ηλικιωμένοι χρειάζονται κατοικίες οι οποίες να είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους.

Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις οι ηλικιωμένοι δεν έχουν την δυνατότητα να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους και αναγκάζονται να μετακινηθούν τις περισσότερες φορές στα σπίτια των παιδιών τους. Όσοι έχουν φύγει από αγροτικές περιοχές και πρέπει να μετακινηθούν προς τα αστικά κέντρα, αντιμετωπίζουν μεγάλο πρόβλημα προσαρμογής. Η πολεοδομική οργάνωση στις περισσότερες χώρες είναι τέτοια που δεν βοηθάει τη διαβίωση των ηλικιωμένων.

¹² Πλατή, Χ. (2000). *Γεροντολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπανικολάου Γ.

Τα σπίτια είναι μικρότερα και τα αστικά κέντρα είναι πυκνοκατοικημένα, δημιουργώντας ακόμη και προβλήματα στον ψυχισμό αυτών των ατόμων. Από τα νέα δεδομένα αυτής της αναγκαστικής συγκατοίκησης προκύπτουν συχνά προβλήματα αλλά ενίοτε και σημαντικές λύσεις σε ήδη υπάρχοντα ζητήματα: από την μία πλευρά, μένοντας οι γονείς με τα παιδιά τους διευκολύνουν τόσο τη διαβίωσή τους, όσο και των παιδιών τους, βοηθώντας στην φροντίδα των εγγονιών τους. Επίσης, τα σπίτια τα οποία είναι σε αγροτικές περιοχές, υστερούν συγκριτικά με τις ανέσεις που μπορούν να προσφέρουν στους ηλικιωμένους, οπότε η μετακίνηση των ηλικιωμένων στις κατοικίες των παιδιών τους είναι σωτήρια.

Εξάλλου, σε πολλές κατοικίες στις περιοχές αυτές οι τουαλέτες είναι εξωτερικές, κάνοντας ακόμη δυσκολότερη την διαβίωση των ηλικιωμένων, καθώς υπάρχουν ήδη προβλήματα ούρησης στο μεγαλύτερο ποσοστό τους. Από την άλλη, όμως, οι διαφορετικοί ρυθμοί ζωής στις πόλεις, αναγκάζουν τα άτομα να ζουν εγκλωβισμένα μέσα στο διαμέρισμά τους, χωρίς να έχουν οποιαδήποτε επικοινωνία με τους γείτονες, ενώ δεν είναι αμελητέες οι περιπτώσεις που το ηλικιωμένο άτομο ασφυκτιά μέσα στον περιορισμένο χώρο του διαμερίσματος νιώθοντας ότι αποτελεί βάρος για τα παιδιά του.

Ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες

Σε ένα μεγάλο βαθμό οι ανάγκες των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας δεν διαφέρουν πολύ από αυτές των νεότερων ατόμων. Οι ηλικιωμένοι έχουν και αυτοί την ανάγκη για ένα καλύτερο επίπεδο υγείας, την ανάγκη να νιώθουν ότι είναι δημιουργικοί και ότι προσφέρουν τόσο στην οικογένεια όσο και στο κοινωνικό σύνολο. Ωστόσο, η διαφορά των αναγκών των ηλικιωμένων σε σύγκριση με τους νεότερους εστιάζεται στο γεγονός ότι έχουν διαφορετικές εμπειρίες και βιώματα, ενώ για μια σφαιρικότερη εξέταση του θέματος καλό θα ήταν να εξεταστεί το μορφωτικό επίπεδο, καθώς επίσης και η οικονομική τους κατάσταση. Με

αυτήν την έννοια αναφερόμαστε στην καλύτερη ποιότητα ζωής που μπορεί να τους παρασχεθεί. Κρίνεται απαραίτητο, λοιπόν, οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι να έχουν το συναίσθημα της ικανοποίησης από τη ζωή τους και τη συνολική ποιότητά της.

Επιπρόσθετα, το άτομο από τη στιγμή που συνειδητοποιεί τον εαυτό του, βιώνει έντονα την ανάγκη να κερδίζει την εκτίμηση των γύρω του και την ίδια στιγμή, φυσικά, την εκτίμηση του ίδιου του εαυτού, παράμετροι ιδιαίτερα σημαντικές ειδικά για την Τρίτη Ηλικία, δεδομένου ότι σε αυτή τη φάση της εξέλιξής του το άτομο ασχολείται περισσότερο με την ενδοσκόπηση και τον απολογισμό της συνολικής του πορείας, αποτιμώντας τις επιτυχίες και τις αποτυχίες της ζωής του. Επιπλέον, στην ηλικία αυτή, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι περισσότεροι άνθρωποι συνταξιοδοτούνται, γεγονός που τους κάνει να νιώθουν λιγότερο παραγωγικοί και σε κάποιες περιπτώσεις απόλυτα «στείοι», σκέψεις οι οποίες μπορούν να τους οδηγήσουν μέχρι και την κατάθλιψη. Κουβαλώντας αυτό το βαρύ φορτίο, το άτομο δεν μπορεί να διεκδικήσει δυναμικά το ρόλο του στην κοινωνία, οπότε καιροφυλαχτεί ο κίνδυνος της περιθωριοποίησης, που δεν είναι άσχετος με το αίσθημα της μοναξιάς και την κοινωνική απομόνωση που βιώνουν τα άτομα σε αυτή την ηλικία.

Σχετικά με τις συναισθηματικές ανάγκες των ηλικιωμένων, αυτές προκύπτουν από τα μέχρι τώρα βιώματα τους. Σαν σημαντικότερη επιθυμία τους είναι η δυνατότητα να μένουν με τις οικογένειες τους και η ανάγκη να θεωρούν ότι έχουν να προσφέρουν στα πλαίσια αυτών. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως τα άτομα αυτά θα πρέπει να νιώθουν ότι είναι αποδεκτά μέσα στον κοινωνικό περίγυρο και ότι οι άλλοι τους θεωρούν απαραίτητους.

Συγκεντρωτικά, οι βασικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων που βασίζονται στο κοινωνικό σύνολο είναι τρεις και αναφέρονται στην συνέχεια:

- Ανάγκη για διατήρηση της ταυτότητας του ατόμου
- Ανάγκη για την διατήρηση της κοινωνικής συνέχειας, δηλαδή η ενεργή συνεισφορά μέσα στην κοινωνία
- Ανάγκη για αποτελεσματικότητα. Με τον όρο αυτό εννοούμε την ικανότητα του ατόμου να μπορεί να επιφέρει αλλαγές στο επίπεδο της ζωής του, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο.¹³

Ωστόσο, η ενεργή συμμετοχή των ηλικιωμένων μέσα στο κοινωνικό σύνολο, αποτελεί μια ανάγκη η οποία δεν είναι εύκολο να ικανοποιηθεί. Οι λόγοι που μπορεί να συμβαίνει κάτι τέτοιο είναι δύο. Πρώτον, μπορεί το ίδιο το άτομο να νιώθει την ανάγκη να αποσυρθεί από τα κοινωνικά δρώμενα, γιατί ίσως να έχει την επιθυμία της ξεκούρασης. Μια άλλη αιτία αυτής της αποκοινωνικοποίησης είναι ότι, παρόλο που το ίδιο το άτομο επιθυμεί να συνεχίσει την συνεισφορά του στην κοινωνία, δεν του το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του ή δεν έχει τρόπο να μετακινείται ελεύθερα. Ιδιαίτερα στο κομμάτι αυτό, χρειάζεται η άμεση παρέμβαση της Πολιτείας, ώστε να μη διακόπτεται η ενεργή κοινωνική ζωή των ατόμων.¹⁴

Οι αλλαγές που πραγματοποιούνται με το πέρασμα του χρόνου στα άτομα της τρίτης ηλικίας, είναι κυρίως αλλαγές στους ρόλους που διαδραματίζουν μέσα στην κοινωνία και την ίδια την οικογένεια και οι οποίες επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη συναισθηματική τους κατάσταση. Η προσαρμογή και αποδοτικότητα του ηλικιωμένου στο νέο του ρόλο δεν είναι ίδια για το σύνολο των ηλικιωμένων. Η σημαντικότερη διαφορά παρουσιάζεται

¹³ Κονταξάκης, Β. (2000). *Ψυχιατρική. Συλλογικό έργο*, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις

¹⁴ Σταθόπουλος, Π. (2005). *Κοινωνική Πρόνοια*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης

αναφορικά με το φύλο του ατόμου. Για παράδειγμα, οι γυναίκες προσαρμόζονται ευκολότερα, αφού συνταξιοδοτηθούν, στα νέα δεδομένα καθώς είτε εργάζονταν είτε όχι διεκπεραίωναν τις δουλειές του σπιτιού γεγονός που εξακολουθεί να συμβαίνει ακόμα και σε προχωρημένη ηλικία. Αντίθετα οι άνδρες δυσκολεύονται να συνηθίσουν τα νέα δεδομένα καθώς μετά τη συνταξιοδότησή τους αισθάνονται ότι μειώνεται το γόητρο τους.¹⁵

Σχετικά με τις ιδιαίτερες ανάγκες των ηλικιωμένων ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι έρευνες από την οπτική Γηριατρικής Ηθικής, όπου αποτυπώνεται πως η αυτονομία των ατόμων στην ηλικία αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι, μεταξύ άλλων, επιδρά στον ψυχισμό τους, ενώ, συχνά, αποδίδονται στους ηλικιωμένους ιδιότητες που αρμόζουν σε αρρώστους, γεγονός που δυστυχώς τους οδηγεί σταδιακά στο να τις δέχονται, υποβιβάζοντας έτσι το ρόλο τους στο κοινωνικό γίγνεσθαι.¹⁶

Οικονομικές ανάγκες

Υποστηρίζεται συχνά η άποψη ότι τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας δεν έχουν τις ίδιες οικονομικές ανάγκες με τα άτομα νεαρής ηλικίας. Η άποψη αυτή θα μπορούσε να θεωρηθεί σωστή αν εξεταστεί η φύση των εξόδων αλλά λανθασμένη αν εξεταστεί το ενδεχόμενο ύψος τους. Τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας σίγουρα δεν έχουν την ίδια επιθυμία για κοινωνικές εξόδους στα γνωστά μέρη που συγκεντρώνονται άτομα νεαρής ή και μέση ηλικίας, καθώς η ζωή τους είναι σίγουρα περισσότερο περιορισμένη στα πλαίσια του σπιτιού τους, ωστόσο, τα χρήματα που ενδέχεται να ξοδεύουν για την ιατροφαρμακευτική τους

¹⁵ Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. (2003). Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση. *Ψυχολογία*. 10, 2 & 3, 295-309.

¹⁶ Spielman, P.1(986). *Psychoanalysis and Infant Research*. <https://doi.org/10.1177/000306518603400113>. Πρόσβαση (2/12/21).

περίθαλψη είναι, συχνά, κατά πολύ περισσότερα.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι στηρίζονται οικονομικά κυρίως στη σύνταξη την οποία εισπράττουν, χωρίς να έχουν άλλους πόρους για να εξασφαλίσουν τα προς το ζην. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το ύψος της σύνταξης είναι η ηλικία στην οποία θα συνταξιοδοτηθεί κάποιος, το ύψος των αποδοχών που λάμβανε τα τελευταία χρόνια της εργασίας του, τα χρόνια για τα οποία είχε ασφαλιστεί ως εργαζόμενος, η οικογενειακή του κατάσταση και, φυσικά, το γενικότερο οικονομικό κλίμα που επικρατεί στη χώρα του. Ιδιαίτερο πρόβλημα στο θέμα της συνταξιοδότησης αντιμετωπίζουν οι γυναίκες, οι οποίες σε νεαρότερη ηλικία δεν εργάζονταν, καθώς είχαν επιφορτιστεί με τη φροντίδα του σπιτιού και την ανατροφή των παιδιών. Συχνά, βοηθητικός παράγοντας καθίσταται η αποταμίευση χρημάτων, προνοητικότητα η οποία είτε δεν αποτέλεσε μέλημα όλων των συνταξιούχων στα χρόνια της νεότητάς τους είτε δεν επάρκεσε για την κάλυψη βασικών αναγκών. Εξάλλου, πολλοί είναι εκείνοι που παραχωρούν τις αποταμιεύσεις τους στα κοντινά συγγενικά τους πρόσωπα, προκειμένου να τα βοηθήσουν κατά το δυνατόν. Ειδικά στις περιπτώσεις αυτές κατανοούμε πόσο δύσκολο είναι να βοηθήσουν τα παιδιά τους γονείς, ιδιαίτερα σε αυτή τη δύσκολη οικονομική συγκυρία που βιώνουμε.

Ιατροφαρμακευτικές ανάγκες

Η κατάσταση της υγείας των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας σε συνδυασμό με τις μειωμένες οικονομικές τους απολαβές καθιστά την ανάγκη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ακόμη πιο απαραίτητη συγκριτικά με τα άτομα νεαρής ηλικίας. Ειδικά, στις περιπτώσεις κατοίκων απομακρυσμένων ή δυσπρόσιτων περιοχών, η πρόσβαση στα κέντρα υγείας είναι ιδιαίτερα

δύσκολη, ιδιαίτερα σε περιόδους κακοκαιρίας ή υψηλών ανέμων.¹⁷

Ανάγκη για κοινωνική πρόνοια

Στην Ελλάδα, η περίθαλψη και η φροντίδα των ηλικιωμένων γίνεται ακόμη και σήμερα σε ένα ποσοστό από την ίδια την οικογένεια του ατόμου. Αρκετά ζευγάρια επιλέγουν να μείνουν κοντά στην κατοικία των γονιών τους για και αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο ένα από τα παιδιά να επισκέπτεται μία ή περισσότερες φορές την ημέρα τον ηλικιωμένο, για να του προσφέρει φαγητό ή οτιδήποτε άλλο χρειαστεί. Σημειώνεται ότι το άτομο, το οποίο συνήθως φροντίζει τους ηλικιωμένους, είναι η γυναίκα. Στις αγροτικές κυρίως περιοχές το ποσοστό των ηλικιωμένων που μένει στην ίδια κατοικία με τα παιδιά τους είναι ακόμη μεγαλύτερο. Ωστόσο, οι συνεχείς αλλαγές στην κοινωνική και οικονομική δομή της χώρας δυσχεραίνουν την κατάσταση σχετικά με την φροντίδα των ηλικιωμένων από την οικογένεια τους. Σε πολλές περιπτώσεις παρόλο που τα ίδια τα παιδιά τους έχουν τη διάθεση να τους βοηθήσουν δεν τους δίνεται η δυνατότητα, για οικονομικούς κυρίως λόγους, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω.

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων για κοινωνική φροντίδα διαφέρουν ανάλογα με την κατάσταση της υγείας τους. Όταν δεν υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας, τότε το άτομο δε νιώθει την ανάγκη για πρόνοια από την ίδια την κοινωνία. Από την άλλη πλευρά, όμως, όταν υπάρχουν έντονα προβλήματα κινητικότητας, ή ψυχικής υγείας, τότε οι ηλικιωμένοι έχουν την ανάγκη για υποστήριξη από την κοινωνία είτε διαμένουν μέσα σε κάποιο ίδρυμα είτε μένουν μαζί με την οικογένεια τους.

¹⁷ Μαδιανός, Μ. (2000). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη

Οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να παρέχουν μια μεγάλη κλίμακα προληπτικών, θεραπευτικών και αναπτυξιακών υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους, έτσι ώστε αυτοί να μπορούν να διάγουν μια ανεξάρτητη ζωή, στον βαθμό που κάτι τέτοιο είναι εφικτό, διαμένοντας μέσα στα δικά τους σπίτια και μέσα στις δικές τους κοινότητες, παραμένοντας το ίδιο δραστήριοι και χρήσιμοι πολίτες, αποφεύγοντας την περιθωριοποίηση.¹⁸

Ηλικιακές ομάδες στο γήρας

Η Τρίτη Ηλικία χαρακτηρίζεται από τις μεταβολές που υφίσταται το άτομο τόσο στην βιολογική του όσο και στην ψυχική του υπόσταση, καθώς συνδέεται με μια σειρά κυτταρικών μεταβολών σε διάφορα σημεία του σώματος προκαλώντας έναν περιορισμό στην λειτουργική ικανότητα και προσαρμοστικότητα του οργανισμού.

Το γήρας σύμφωνα με τα κριτήρια του Strehler είναι φυσιολογική διαδικασία εξέλιξης, καθολική (universal), εγγενής (intrinsic), προοδευτική (progressive) και μη αναστρέψιμη (deleterious). Μειώνεται προοδευτικά η προσαρμοστικότητα (adaptability), η ευαισθησία (less sensitive), η ακρίβεια (less accurate) και η αντοχή (less well sustained) του οργανισμού (Bennett & Ebrahim 1995, Fillit et al. 2010).

Επειδή οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια, καθώς έχουν καταγραφεί ποικίλες μορφές των γηρατειών, οι ηλικιωμένοι διακρίνονται σε υποομάδες. Ο διαχωρισμός αυτός γίνεται, επειδή η έκπτωση των φυσιολογικών βιολογικών λειτουργιών γίνεται

¹⁸ Σταθόπουλος, Π. (2005). Κοινωνική Πρόνοια. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης

μεγαλύτερη από τη μία ηλικιακή ομάδα στην άλλη, οπότε και η παροχή για περίθαλψη γίνεται μεγαλύτερη και πιο σύνθετη.

Πρώτη υποομάδα: Αποτελείται από τους αποκαλούμενους νέους ηλικιωμένους, ηλικίας από 60+ ή 65+ μέχρι 74 ετών (young old). Τα άτομα αυτά είναι συνήθως σε φόρμα, ενεργά και φροντίζουν μόνα τους τον εαυτό τους. Παρουσιάζουν ποσοτικά τα λιγότερα ιατρικοκοινωνικά προβλήματα.

- **Δεύτερη υποομάδα:** Αποτελείται από ηλικιωμένα άτομα, προχωρημένης ηλικίας από 75 και άνω μέχρι 84 ετών (old- old, mid old, the old). Μετά από την ηλικία των 75 ετών η κατάσταση των ηλικιωμένων γίνεται όλο και πιο εύθραυστη και χαρακτηρίζεται από σοβαρή σωματική και ψυχική εξασθένιση. Οι ανάγκες περίθαλψης και οι κοινωνικές επιπτώσεις αυξάνουν. Τα ηλικιωμένα άτομα της πρώτης και δεύτερης υποομάδας αποτελούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

- **Τρίτη υποομάδα:** Αποτελείται από υπερήλικα άτομα άνω των 85 ετών που συνήθως είναι πολύ εύθραυστα και παρουσιάζουν σοβαρή σωματική και ψυχική εξασθένιση, τα οποία είναι σε μεγάλο βαθμό εξαρτημένα από άλλα άτομα και ζουν περιορισμένα κατ' οίκον ή σε γηροκομεία (oldest-old). Τα ηλικιωμένα άτομα της τρίτης υποομάδας αποτελούν τα άτομα της τέταρτης ηλικίας.

Παγκόσμια επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι περισσότερες από τους ηλικιωμένους άνδρες. Αυτό οφείλεται στις συνθήκες που επικρατούσαν τα προηγούμενα χρόνια (π.χ. πόλεμοι) και στον πιο ριψοκίνδυνο χαρακτήρα των ανδρών (π.χ. οι άνδρες ήταν πιο επιρρεπείς στα ατυχήματα). (Ory et al. 2003, Sánchez Palacios et al. 2009).

Συσχέτιση γήρατος και νόσησης

Η γήρανση αποτελεί ένα πολύπλοκο μείγμα διαδικασιών που έχει επικαλυπτόμενες βιολογικές συνέπειες με τη νόσο. Η γήρανση ευνοεί την εμφάνιση της νόσου, ωστόσο η νόσος δεν οδηγεί στη γήρανση. Τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι η θεραπεία της νόσου καθυστερεί τον θάνατο, αλλά οι θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν μεταβάλλουν την εξέλιξη της γήρανσης¹⁹. Παρά το γεγονός ότι οι ασθένειες έχουν πολλαπλή (γενετική και μικροβιακή) αιτιολογία, η γήρανση μπορεί να αποτελεί μία από τις πολλές αιτίες της ασθένειας. Οι ασθένειες, δεν προκαλούνται αποκλειστικά από τη γήρανση, όμως έχουν αναγνωρίσιμη αιτιολογία και παθογένεια και ως εκ τούτου μπορούν θεωρητικά να αποθεραπευτούν ή να εξαλειφθούν²⁰.

Σε αυτό το σημείο, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούμε στην διαφοροποίηση των εννοιών της νόσου και της ασθένειας. Οι έννοιες της νόσου και της ασθένειας διαφέρουν στο γεγονός ότι η νόσος συνήθως είναι αντιληπτή ή μετρήσιμη, ενώ η ασθένεια (και ο συνοδευόμενος πόνος, ταλαιπωρία ή καταπόνηση) είναι εξαιρετικά ατομική και προσωπική. Συνεπώς, ένα άτομο μπορεί να πάσχει από μια σοβαρή αλλά χωρίς συμπτώματα νόσο (π.χ. υπέρταση) χωρίς οποιαδήποτε ασθένεια. Αντιστρόφως, ένα άτομο μπορεί να είναι εξαιρετικά άρρωστο (π.χ. με διαταραχή μετατραυματικού στρες), αλλά να μην έχει καμία εμφανή ένδειξη κάποιας νόσου²¹.

Επομένως, η ιατρική επιστήμη κατανοώντας την επιστημονική βάση των μηχανισμών της γήρανσης, αφενός κατανοεί καλύτερα τις ασθένειες που συνυπάρχουν με τη γήρανση και

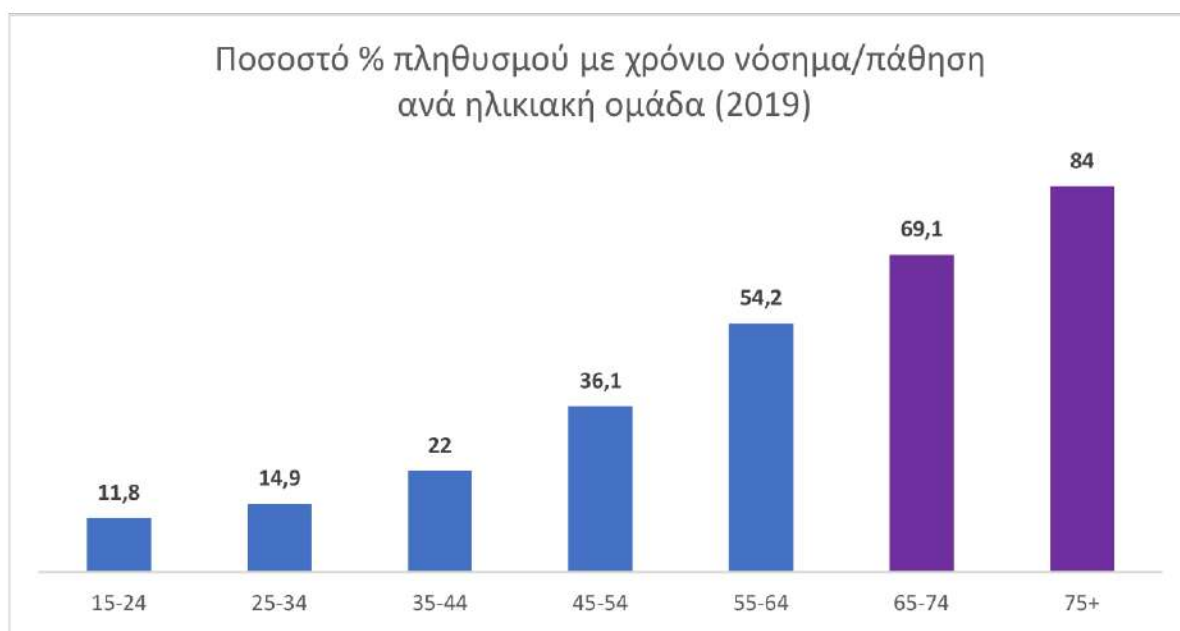
¹⁹ Παρουσίαση Χαρακτηριστικά Ηλικιωμένων Ατόμων από την καθηγήτρια Βασιλική Αναστασιάδου, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

²⁰ Judge, L. (2008). *The Rights of Older People: International Law, Human Rights Mechanisms and the Case for New Normative*. <http://globalag.igc.org/elderrights/world/2008/internationallaw.pdf>. Πρόσβαση (03/12/21)

²¹ Πηγή Iatronet: <https://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/nosos-pathisi-astheneia.html>

αφετέρου βελτιώνει την υγεία του ηλικιωμένου ατόμου συμβάλλοντας ταυτόχρονα στη μακροβιότητά του. Η μεγαλύτερη πρόκληση στις βιοϊατρικές επιστήμες είναι η αντιμετώπιση της πολυνοσηρότητας, της ευπάθειας και της ανικανότητας, που αποτελεί την κυρίαρχη συνέπεια της γήρανσης στην υγεία για την εκπλήρωση της προσδοκίας του ανθρώπου για μακροζωία και ευζωία ²².

Γράφημα 4 : Ποσοστό πληθυσμού με χρόνια νόσημα/πάθηση ανά ηλικιακή ομάδα



Πηγή: ELSTAT έρευνα υγείας 2019

Με βάση στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ από δειγματοληπτική Έρευνα Υγείας έτους 2019, 4 στους 10 ερευνώμενους (41,7%) ηλικίας 15 ετών και άνω δηλώνουν ότι έχουν κάποιο χρόνια πρόβλημα ή χρόνια πάθηση. Χρόνιο θεωρείται το πρόβλημα υγείας ή η πάθηση που διαρκεί

²² Carnes B, Staats D, Sonntag W. (2008). Does senescence give rise to disease. Mech Ageing Dev. De Winter G. (2015) Aging as Disease. Med Heal Care Philos

ή πρόκειται να διαρκέσει περισσότερους από 6 μήνες, με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Χρόνιο πρόβλημα ή χρόνια πάθηση δηλώνουν 5 στις 10 γυναίκες (46,7%) και 4 στους 10 άνδρες (36,3%). Μείωση 16,1%, σε σχέση με το 2014 (49,7%), καταγράφεται στον πληθυσμό που δηλώνει ότι πάσχει από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση.

Η επίδραση της πανδημίας της Covid-19 στα άτομα Τρίτης Ηλικίας

Εδώ και δύο περίπου έτη, η παγκόσμια κοινότητα, έχει να αντιμετωπίσει, οικονομικά και κοινωνικά, την πανδημία του COVID-19, η οποία εξαπλώνεται με ανησυχητική ταχύτητα. Οι χώρες, στην απειλή της εξάπλωσης του, αναγκάστηκαν να επιβάλλουν αυστηρούς περιορισμούς στην μετακίνηση και την αλληλεπίδραση ώστε να σταματήσουν την εξάπλωση του ιού. Οι μεγάλοι και επαναλαμβανόμενοι περίοδοι αυτό-περιορισμού, οδήγησαν στην εμφάνιση έντονων συναισθημάτων άγχους, ανασφάλειας, φόβου, λύπης και θυμού, σε όλες τις ηλικίες, τόσο σε ατομικό όσο και κοινωνικό επίπεδο.

Η νόσος COVID-19 έχει ανατρέψει όλων την καθημερινότητα και η Τρίτη ηλικία δεν θα μπορούσε να αποτελέσει εξαίρεση. Η ρουτίνα και η φροντίδα των ηλικιωμένων επηρεάζεται άμεσα, ενώ ο φόβος του αποχωρισμού, της απώλειας αγαπημένων ή του θανάτου αποτελούν τα κυρίαρχα συναισθήματα. Αυτή ακριβώς η περίοδος κάνει ακόμη πιο επιτακτική την ανάγκη τόσο για περισσότερη μέριμνα απέναντι στην Τρίτη ηλικία, όσο και για καλύτερη δυνατή ενημέρωση.

Η πανδημία φέρνει αντιμέτωπους τους ανθρώπους τρίτης ηλικίας με την όξυνση του στρες, του φόβου, της απομόνωσης, της θλίψης, της ανίας και της μοναξιάς, προβλήματα τα οποία προϋπάρχουν στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα με αποτέλεσμα το φαινόμενο της μοναξιάς

να εντείνεται, ειδικότερα σε αυτές τις ηλικίες. Οι αποστάσεις μεγαλώνουν, συγγενείς και φίλοι έχουν μικρότερη δυνατότητα μετακίνησης ώστε να συναντηθούν, η κοινωνικοποίηση με άλλους καθίσταται δυσκολότερη λόγω πολλών παραγόντων (έλλειψη χρόνου, εγκληματικότητα κ.λ.π.), ενώ η ηχορύπανση, η συνεχής αύξηση των οχημάτων και η έλλειψη υποδομών πρασίνου, κάνει σχεδόν αδύνατη ακόμη και μια απλή βόλτα.

Ο ΟΗΕ έθεσε ακόμη πιο σοβαρά θέματα σχετικά με την Τρίτη ηλικία, προειδοποιώντας ότι τα μέτρα για τον περιορισμό της μετακίνησης μπορεί να προκαλέσουν μεγαλύτερη συχνότητα βίας εναντίον ηλικιωμένων και κάθε είδους κακοποίηση – σωματική, συναισθηματική, οικονομική και σεξουαλική καθώς και παραμέληση. Ισχυρίστηκε επίσης ότι η έλλειψη επαρκούς νομοθεσίας σε εθνικό επίπεδο για την προστασία των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και η απουσία ειδικού διεθνώς συμφωνημένου νομικού πλαισίου, συμβάλλει στην ευπάθεια των ηλικιωμένων²³.

Τρίτη ηλικία και άνοια

Είναι γνωστό ότι τα άτομα με προβλήματα μνήμης και άνοια είναι εξαιρετικά ευάλωτα κατά τη διάρκεια της πανδημίας, εμφανίζοντας ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο για νόσηση και αυξημένη θνητότητα, αφού δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν και να εφαρμόσουν μέτρα υγιεινής και προφύλαξης. Επιπλέον, η μειωμένη δυνατότητα επικοινωνίας με τους οικείους, η διατάραξη της καθημερινής ρουτίνας και η αδυναμία εξόδου προκαλούν εκνευρισμό, ευερεθιστότητα, σωματική δυσφορία, με αποτέλεσμα η φροντίδα τους, ιατρική και

²³ Πηγή <https://kosmoiatriki.com/i-monaksia-tis-tritis-ilikias/>

κοινωνική, να γίνεται ιδιαίτερα προβληματική, ειδικά και λόγω της αναστολής λειτουργίας κέντρων εξειδικευμένης φροντίδας και περιορισμού της πρόσβασης σε δομές ²⁴.

Με γνώμονα πως ο ασθενείς με άνοια δεν έχουν την απαιτούμενη ικανότητα ως προς το να λάβουν σωστές αποφάσεις σχετικά με την φροντίδα και την θεραπεία τους, σε αντίθεση με ασθενείς που πάσχουν π.χ. από καρκίνο, ή άλλες σοβαρές παθήσεις, το «βάρος» μετατοπίζεται στα συγγενικά τους πρόσωπα, τα οποία ασφαλώς χρήζουν αναγκαίας συναισθηματικής υποστήριξης ένεκα των ιδιαζουσών συνθηκών που επιφέρουν σε αυτούς, η ψυχολογική αλλά και σωματική καταπόνηση ²⁵.

Συνθέτοντας τα στοιχεία, διαπιστώνεται ότι η ζωή με άνοια είναι μια αυξανόμενη πρόκληση που επηρεάζει πρωτίτως τα άτομα που πάσχουν από την εν λόγω ασθένεια, τους οικογενειακούς φροντιστές και τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης. Σχετικά με τους οικογενειακούς φροντιστές, έρευνα που διεξήχθη από την Εταιρεία Alzheimer (Νοέμβριο 2020 έως τον Απρίλιο 2021), κατέγραψε ότι το γυναικείο φύλο έχει μεγαλύτερο ποσοστό και σχετικά με τον ρόλο του φροντιστή αλλά και των ατόμων που πάσχουν από άνοια. Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότεροι φροντιστές που συμμετείχαν ήταν γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 53 έτη καθώς και τα άτομα με άνοια ήταν επίσης ως επί το πλείστον γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 81 έτη.

Σχετικά, με τα αποτελέσματα της μελέτης, όσο αναφορά την επίδραση της πανδημίας, και στους φροντιστές και στα άτομα με άνοια, **το 86% των ατόμων με άνοια εμφάνισαν στατιστικά σημαντική συνολική επιδείνωση της κατάστασής τους**, εξαιτίας της μακράς

²⁴ Πηγή Εταιρεία Alzheimer Athens:

<https://alzheimeraithens.gr/?s=%CE%B5%CF%80%CE%B9%CE%B4%CF%81%CE%B1%CF%83%CE%B7>

²⁵ Sampson, E.,L., Burns, A., & Richards, M. (2011). *Improving end-of- life care for people with dementia*. *Br J Psychiatry*

περιόδου απομόνωσης, που επέφερε η πανδημία COVID-19. Οι τομείς που επηρεάστηκαν περισσότερο ήταν η ικανότητα επικοινωνίας, η διάθεση και η κινητικότητα των ασθενών.

Σύμφωνα με επιστημονικές έρευνες της διεθνούς κοινότητας, που αναφέρουν πως μέχρι το 2050 τουλάχιστον 131 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως θα πάσχουν από κάποια μορφή άνοιας, αναδεικνύεται η ανάγκη κοινωνικών παρεμβάσεων στα άτομα Τρίτης Ηλικίας, με πρώτιστο σκοπό, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο του ασθενή όσο και των οικογενειακών φροντιστών, οι οποίοι διακατέχονται από μεγάλη συναισθηματική πίεση ένεκα των απρόβλεπτων και χρονοβόρων επιπτώσεων της νόσου²⁶.

COVID-19 και ηλικιωμένοι με Καρδιαγγειακά Προβλήματα

Εμφράγματα και εγκεφαλικά επεισόδια στη διάρκεια της COVID-19: Άνθρωποι με υποκείμενη καρδιακή νόσο, όπως οι ηλικιωμένοι, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν δυνητικά σοβαρότερη και βαρύτερη συμπτωματολογία του κορωνοϊού από άλλους. Σε γενικό πλαίσιο, τα συμπτώματα για το έμφραγμα μυοκαρδίου είναι τα εξής: Θωρακικό άλγος που επιδεινώνεται, αίσθημα παλμών, δύσπνοια, αίσθημα ζάλης ή λιποθυμία, ενώ για το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο: Μούδιασμα ή αδυναμία στο πρόσωπο, αδυναμία στο χέρι, διαταραχές στην ομιλία.

Μέχρι στιγμής, όσοι έχουν προσβληθεί από τον COVID-19 έχουν ήπια συμπτώματα ιογενούς λοίμωξης που περιλαμβάνουν πονόλαιμο, βήχα, αδιαθεσία και πόνους, πυρετό, ωστόσο ένα ποσοστό αυτών -περίπου το 5%- εμφανίζουν συμπτώματα λοίμωξης αναπνευστικού/πνευμονίας. Δεν μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα αν οι καρδιοπαθείς

²⁶ Πηγή Εταιρεία Alzheimer Athens:

<https://alzheimerathens.gr/?s=%CE%B5%CF%80%CE%B9%CE%B4%CF%81%CE%B1%CF%83%CE%B7>

είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα πνευμονίας από COVID-19, αλλά είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν λοιμώξεις του αναπνευστικού από άλλους ιούς, όπως είναι ο ιός της γρίπης.

Οι βασικές προϋποθέσεις για να προσβληθεί κάποιος από τον ιό είναι ο ίδιος για όλα τα άτομα. Ο ιός μεταδίδεται με τα σταγονίδια του αέρα από κάποιο άτομο που έχει προσβληθεί από τον ιό το οποίο βήχει, η φταρνίζεται ή μιλάει- ή μέσω επαφής με επιφάνειες που είναι μολυσμένες από τον ιό, καθώς ο ιός μπορεί να επιβιώσει πολλές ώρες ή και μέρες σε επιφάνειες όπως είναι το τραπέζι ή τα πόμολα της πόρτας. Όταν ο ιός εισέλθει στο σώμα μπορεί να προκαλέσει βλάβες στους πνεύμονες, ενώ προκαλεί μια φλεγμονώδη αντίδραση που πιέζει το καρδιαγγειακό σύστημα με δύο τρόπους. Πρώτον, λόγω της λοίμωξης των πνευμόνων προκαλείται ελάττωση του διαθέσιμου οξυγόνου και δεύτερον, η γενικευμένη φλεγμονή οδηγεί σε πτώση της πίεσης. Λόγω αυτών των μεταβολών η καρδιά πρέπει να χτυπάει πιο γρήγορα προκειμένου να μπορεί να εξασφαλίσει περισσότερο αίμα τα όργανα του σώματος.

Ιδιαίτερα σε κίνδυνο βρίσκονται οι παρακάτω ομάδες: Άτομα ανοσοκατεσταλμένα, όπως είναι οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς, ασθενείς με καρκίνο που λαμβάνουν χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, ασθενείς με συνοδό λευχαιμία ή λέμφωμα που έχουν καρδιακή νόσο, βρίσκονται θεωρητικά σε μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν και να νοσήσουν από τον ιό.

Στις ομάδες υψηλού κινδύνου περιλαμβάνονται ηλικιωμένοι ασθενείς και ευάλωτα άτομα όπως είναι γυναίκες που εγκυμονούν και πάσχουν από κάποια καρδιαγγειακή νόσο, ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις, όπως είναι η καρδιακή ανεπάρκεια, η διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, προχωρημένες μορφές αρρυθμογόνου μυοκαρδιοπάθειας της δεξιάς κοιλίας ή ασθενείς με συγγενείς κυανωτικές καρδιοπάθειες βρίσκονται σε υψηλότερο

κίνδυνο, ασθενείς με αποφρακτική υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια είναι επίσης υψηλού κινδύνου, όπως οι ασθενείς που περιγράφηκαν πιο πάνω. Δεν υπάρχουν δεδομένα που να δείχνουν ότι ο ιός προσβάλλει εμφυτευμένες συσκευές όπως είναι οι βηματοδότες ή οι εμφυτεύσιμοι απινιδωτές ή προκαλεί λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα σε ασθενείς με βαλβιδοπάθειες²⁷.

Covid-19 και η σύνδεσή της με τη νόσο Alzheimer

Διεθνείς έρευνες, έχουν δείξει ότι μερικοί ιοί, όπως ο SARS-CoV2, δύναται να παίξουν ρόλο στην όψιμη νόσο Αλτσχάιμερ. Ιδιαίτερα σημαντικά ευρήματα για την πιθανή σύνδεση της COVID-19 με τη νόσο Αλτσχάιμερ αποκαλύπτουν νέες έρευνες. Σε μία εξ' αυτών, ηλικιωμένοι από την Αργεντινή παρουσίαζαν αλλαγές στη σκέψη και τη μνήμη, παρόμοιες με αυτές που προκαλεί η νευροεκφυλιστική ασθένεια, για τουλάχιστον 6 μήνες μετά τη λοίμωξη που προκαλεί ο SARS-CoV2. Άλλη έρευνα βρήκε πρωτεΐνες που συνδέονται με τη νόσο Αλτσχάιμερ στο αίμα Νεοϋορκέζων που νόησαν με COVID-19 και νωρίς στην πορεία της λοίμωξης είχαν νευρολογικά συμπτώματα.

Τα προκαταρκτικά αυτά ευρήματα παρουσιάστηκαν μαζί με άλλα, στο Παγκόσμιο Συνέδριο για τη Νόσο Αλτσχάιμερ. Οι ερευνητές επεσήμαναν ότι γίνονται πολλές ακόμα έρευνες για να εξακριβωθεί αν αυτές οι πρώτες αλλαγές θα είναι μόνιμες ή αν τελικά οι ασθενείς θα αναρρώσουν. Ωστόσο, τόνισαν, πως η προστασία του εγκεφάλου από την COVID-19 είναι ένας ακόμα λόγος για τον οποίο όλοι πρέπει να εμβολιαστούν εναντίον του επικίνδунου ιού.

²⁷ Πηγή: ESC (2020). https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Education-General/Topic%20pages/Covid-19/Documents/Patient%20Q_A-a4-Greek-HD.pdf

Η έρευνα της Αργεντινής έγινε σε σχεδόν 300 άτομα ηλικίας 60 χρονών και πάνω, που δεν είχαν ιστορικό νευροεκφυλιστικών παθήσεων πριν από την πανδημία. Στους 3-6 μήνες μετά τη μόλυνσή τους από τον κορωνοϊό, σχεδόν το 20% είχαν προβλήματα με τη βραχυπρόθεσμη μνήμη. Το 34% είχαν επίσης ένα «σύνδρομο προσομοιάζον με άνοια» (dementia-like syndrome), καθώς παρουσίαζαν πιο έντονη νοητική διαταραχή, π.χ. δυσκολεύονταν να βρουν λέξεις, είχαν προβλήματα και με την μακροπρόθεσμη μνήμη.

Η σοβαρότητα της COVID-19 δεν επηρέαζε τον βαθμό της νοητικής έκπτωσης που είχαν. Αυτό που έκανε τη διαφορά ήταν αν είχαν ως σύμπτωμα την ανοσμία. «Η απώλεια της όσφρησης συχνά είναι παροδικό σύμπτωμα της COVID-19», δήλωσε ο κύριος ερευνητής Dr. Gabriel de Erausquin, από το University of Texas Health Science Center. «Το οσφρητικό κέντρο του εγκεφάλου συνδέεται άμεσα με περιοχές κρίσιμης σημασίας για τη μνήμη. Επιπρόσθετα, η ανοσμία συχνά αποτελεί πρώιμη ένδειξη νευροεκφυλιστικών παθήσεων όπως η νόσος Αλτσχάιμερ και η νόσος Πάρκινσον».

Στην άλλη έρευνα, ερευνητές από το New York University-Langone Health έκαναν εξετάσεις αίματος σε πάνω από 300 ηλικιωμένους που νοσηλεύτηκαν με COVID-19. Οι μισοί από αυτούς είχαν νέα νευρολογικά συμπτώματα (π.χ. νοητική σύγχυση) λόγω της λοίμωξης. Οι αναλύσεις κατέδειξαν σημαντική αύξηση στο αίμα τους μερικών πρωτεϊνών που συνδέονται με φλεγμονή του νευρικού συστήματος, με βλάβη των εγκεφαλικών κυττάρων και με τη νόσο Αλτσχάιμερ. Σημειώνεται πως οι δύο ερευνητικές ομάδες συνεχίζουν την παρακολούθηση των εθελοντών τους για να καταγράψουν την έκβασή τους και τη διάρκεια των νευρολογικών συμπτωμάτων τους²⁸.

²⁸ Πηγή: AAIC - Alzheimer's Association International Conference (2021).
<https://www.alz.org/aaic/overview.asp>

Τρίτη ηλικία και χρόνια νοσήματα

Το 80% των ηλικιωμένων έχει τουλάχιστον μία χρόνια πάθηση και το 68% έχει δύο ή περισσότερες. Το Εθνικό Συμβούλιο για τη Γήρανση των ΗΠΑ έχει συγκεντρώσει έναν κατάλογο των κορυφαίων 10 χρόνιων παθήσεων μεταξύ των ηλικιωμένων:

1. Η υψηλή αρτηριακή πίεση (υπέρταση) επηρεάζει το 58% των ηλικιωμένων. Η υψηλή αρτηριακή πίεση (επίσης γνωστή ως HBP ή υπέρταση) είναι μια σοβαρή κατάσταση που επηρεάζει το 58% των ηλικιωμένων στο Σύστημα Υγείας. Συχνά ονομάζεται «σιωπηλός δολοφόνος» επειδή δεν έχει συμπτώματα, αλλά βλάπτει τα αιμοφόρα αγγεία και αυξάνει τον κίνδυνο σοβαρών και ενίοτε θανατηφόρων καταστάσεων, όπως εγκεφαλικό επεισόδιο και καρδιακή προσβολή.
2. Η υψηλή χοληστερόλη επηρεάζει το 47% των ηλικιωμένων. Σχεδόν οι μισοί από τους ηλικιωμένους στο Σύστημα Υγείας αντιμετωπίστηκαν για υψηλή χοληστερόλη. Όταν το σώμα έχει πάρα πολλά βλαβερά λίπη, οι αρτηρίες φράσσονται και προκαλούν καρδιακές παθήσεις.
3. Η αρθρίτιδα επηρεάζει το 31% των ηλικιωμένων. Η οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) είναι η πιο κοινή μορφή αρθρίτιδας. Είναι μια ασθένεια των αρθρώσεων όπου ο αρθρικός χόνδρος διαβρώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό προκαλεί οίδημα και φλεγμονή που οδηγεί σε πόνο και δυσκαμψία. Ορισμένοι εκλαμβάνουν την αρθρίτιδα ως περιστασιακούς πόνους ή ενοχλήσεις, αλλά ο χρόνιος πόνος αρθρίτιδας μπορεί να είναι τόσο σοβαρός που οι ηλικιωμένοι αναγκάζονται να κάνουν ανεπιθύμητες αλλαγές στον τρόπο ζωής.
4. Η στεφανιαία νόσος επηρεάζει το 29% των ηλικιωμένων. Η στεφανιαία νόσος (που ονομάζεται επίσης ισχαιμική καρδιοπάθεια) προκαλείται όταν η πλάκα συσσωρεύεται στις αρτηρίες που οδηγούν στην καρδιά. Αυτό μειώνει την ποσότητα αίματος που πηγαίνει στην

καρδιά και μπορεί να προκαλέσει επιπρόσθετες επιπλοκές όπως θρόμβους αίματος, στηθάγχη ή καρδιακή προσβολή.

5. Ο διαβήτης επηρεάζει το 27% των ηλικιωμένων. Όταν κάποιος έχει διαβήτη, το επίπεδο γλυκόζης στο αίμα (σάκχαρο αίματος) είναι πολύ υψηλό. Αυτό μπορεί να συμβεί όταν το σώμα δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη ή υπάρχει αντίσταση στην ινσουλίνη. Όταν δεν υπάρχει αρκετή ινσουλίνη, η γλυκόζη δεν μετακινείται στα κύτταρα του σώματος. Αντί 'αυτού, συσσωρεύεται στο αίμα και προκαλεί υψηλό σάκχαρο στο αίμα. Με την πάροδο του χρόνου, το υψηλό σάκχαρο του αίματος βλάπτει σοβαρά τα μάτια, τα νεφρά, τα νεύρα, την καρδιά, τα ούλα, τα δόντια, τα νεύρα και τα αιμοφόρα αγγεία. Αυτό οδηγεί σε καταστάσεις υγείας όπως καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλικά επεισόδια, τύφλωση, νεφρική νόσο, προβλήματα νεύρων, λοιμώξεις των ούλων και ακρωτηριασμός. Τα άτομα με διαβήτη είναι επίσης πιο πιθανό να έχουν καρδιακή νόσο ή εγκεφαλικό επεισόδιο και σε μικρότερη ηλικία.

6. Η χρόνια νεφρική νόσος (CKD) επηρεάζει το 18% των ηλικιωμένων. Η χρόνια ασθένεια των νεφρών προκαλεί αργή μείωση της λειτουργίας των νεφρών με την πάροδο του χρόνου. Αυτό προκαλεί αυξημένο κίνδυνο καρδιακών παθήσεων ή νεφρικής ανεπάρκειας.

7. Η καρδιακή ανεπάρκεια επηρεάζει το 14% των ηλικιωμένων. Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι όταν η καρδιά εξασθενεί και δεν μπορεί να αντλήσει τόσο αποτελεσματικά και δεν μπορεί να προμηθεύσει αρκετό αίμα και οξυγόνο σε ολόκληρο το σώμα. Αυτό μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στον καρδιακό μυ, που προκαλούν κόπωση, ελαφρά κεφαλαλγία, ναυτία, σύγχυση ή μειωμένη όρεξη.

8. Η κατάθλιψη επηρεάζει το 14% των ηλικιωμένων. Η κατάθλιψη είναι μια θεραπευτική ιατρική κατάσταση που δεν αποτελεί φυσιολογικό μέρος της γήρανσης. Μπορεί να προκαλέσει επίμονα συναισθήματα θλίψης, συναισθηματικού μούδιασμα, άγχος,

προβλήματα ύπνου, προβλήματα συγκέντρωσης και μνήμης, αλλαγές στην όρεξη ή το βάρος, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες και πολλά άλλα.

9. Η νόσος του Alzheimer και η άνοια επηρεάζουν το 11% των ηλικιωμένων. Η νόσος του Αλτσχάιμερ είναι μια μορφή άνοιας. Είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος και αντιπροσωπεύει το 60-80% όλων των περιπτώσεων άνοιας. Η άνοια είναι ένας όρος ομπρέλα για μια συλλογή γνωστικών διαταραχών. Προκαλείται όταν ο εγκέφαλος είναι κατεστραμμένος από ασθένειες όπως η νόσος του Αλτσχάιμερ, πολλά μικρά εγκεφαλικά επεισόδια ή τραύματα στον εγκέφαλο. Αλτσχάιμερ και άλλες μορφές άνοιας προκαλούν απώλεια μνήμης και δυσκολία σκέψης ή επίλυσης προβλημάτων που παρεμβαίνουν στην καθημερινή ζωή.

10. Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (COPD) επηρεάζει το 11% των ηλικιωμένων. Η ΧΑΠ είναι μια ασθένεια που περιλαμβάνει εμφύσημα και χρόνια βρογχίτιδα. Κάνει δύσκολη την αναπνοή και προκαλεί δύσπνοια, βήχα και σφίξιμο στο στήθος²⁹. Μία ανάλυση των χρόνιων νοσημάτων δίνεται στο Παράρτημα 5 της παρούσης

Τρίτη ηλικία και μοναχικότητα

Λαμβάνοντας υπόψη την πραγματικότητα της πανδημίας του COVID-19, που περιόρισε όλες τις κοινωνικές συναναστροφές, το πρόβλημα της μοναχικότητας της Τρίτης ηλικίας είναι πιο υπαρκτό από ποτέ. Σε συναρμογή με τη φυσική κούραση που επέρχεται με το πέρασμα του χρόνου, το βίωμα πολλών απωλειών, όπως και διάφορα προβλήματα υγείας, η

²⁹ Πηγή: www.ncoa.org

μοναχικότητα προκαλεί μία σειρά προβλημάτων ψυχικής φύσεως: έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτάρκειας, ανεξαρτησίας, προσφοράς και κοινωνικής συμμετοχής³⁰.

Ανάμεσα στις πολλαπλές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα άτομα Τρίτης Ηλικίας, όπως οι χρόνιες ασθένειες και η υποβάθμιση του κοινωνικού τους ρόλου, η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση είναι από τις εντονότερες και σημαντικότερες δυσκολίες που καλούνται να διαχειριστούν. Η ανάγκη να μειωθεί το αίσθημα μοναξιάς και η κοινωνική απομόνωση στα άτομα Τρίτης Ηλικίας είναι μεγάλη, καθώς έχουν συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης.

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί επιβάρυνση της σωματικής υγείας των ατόμων Τρίτης Ηλικίας που αισθάνονται μοναξιά και συγκεκριμένα, αύξηση του κινδύνου άνοιας και προβλημάτων καρδιαγγειακής φύσεως. Γίνεται σαφές, λοιπόν, πως η συντροφιά και η κοινωνική ενεργοποίηση των ηλικιωμένων είναι ιδιαίτερα σημαντικές, καθώς τους προφυλάσσει από προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας, αλλά και βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους³¹.

Η μοναξιά συνδέεται άμεσα με την κατάσταση της σωματικής υγείας των ατόμων της Τρίτης ηλικίας, ενώ δέχεται επιδράσεις από τα στοιχεία της προσωπικότητας, της ηλικίας, της νόησης και της ύπαρξης κοινωνικών συναναστροφών. Ο τρόπος που τα άτομα της τρίτης ηλικίας αντιλαμβάνονται τη μοναξιά επηρεάζεται από το άγχος και τα συναισθήματα κατάθλιψης, καθώς και από τη συχνότητα τηλεφωνικών επαφών και επισκέψεων. Η μοναξιά καθορίζεται από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες του ατόμου, ενώ ταυτόχρονα επιδρά στις συνθήκες ζωής του ατόμου, καθώς προκαλεί απάθεια και αδιαφορία που οδηγεί σε

³⁰ Πηγή: <https://kosmoiatriki.com/i-monaksia-tis-tritis-ilikias/>

³¹ Πηγή: <https://www.greekaffair.news/triti-ilikia-i-monaxia-kai-i-koinoniki-apomonosi-oi-simantikoteres-dyskolies/>

υποσιτισμό, απουσία κινήτρων, έντονα αισθήματα εγκατάλειψης και αυτοεγκατάλειψης καθώς και χαμηλές προσδοκίες για την ποιότητα ζωής.

Η μοναξιά διακρίνεται στη συναισθηματική/συγκινησιακή μοναξιά, που αφορά τις οικογενειακές και προσωπικές/συντροφικές σχέσεις και την κοινωνική μοναξιά, που αναφέρεται στις κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις του ατόμου.

Στην τρίτη ηλικία, τα άτομα έρχονται αντιμέτωποι με αλλαγές και συχνά αναγκάζονται να αναπροσδιορίσουν τις σχέσεις και τις σταθερές τους, τη ζωή τους και τους στόχους τους, ενώ θα πρέπει να επανοριοθετήσουν τους ρόλους και τις προσδοκίες τους. Από τη μία μεριά, αισθάνονται να τους εγκαταλείπουν οι δυνάμεις τους και από την άλλη μεριά, νιώθουν την εγκατάλειψη των ανθρώπων γύρω τους.

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας βιώνουν μοναξιά ανάλογα με τον τύπο της οικογένειας και τις σχέσεις τους με το περιβάλλον, καθώς και τον τόπο διαμονής τους. Τα άτομα αυτά βιώνουν τόσο κοινωνική όσο και συγκινησιακή ή συναισθηματική μοναξιά. Η κοινωνική μοναξιά έχει βρεθεί σε υψηλότερα επίπεδα στα άτομα με προβλήματα μνήμης και μειωμένη γνωστική λειτουργικότητα³².

Ποιότητα Ζωής Ηλικιωμένων

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των νεότερων ατόμων, όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, δεν εξαρτάται μόνο από τα ανθρώπινα γονίδια αλλά και από διάφορους κοινωνικο-οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Στην παρούσα υποενότητα επιχειρείται να εξεταστεί, «ποιοι είναι οι παράγοντες που συμβάλουν

³² Πηγή: <https://www.oasishome.gr/monaksia-sti-triti-ilikia/>

σημαντικά στην ανάγκη για φροντίδα και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων;» καθώς και «ποιες είναι οι σχέσεις μεταξύ αυτών των παραγόντων;».

Η καλή προσαρμογή του ατόμου της μεγάλης ηλικίας στις δυνατότητες και περιορισμού του γήρατος είναι αυτό που αναφέρεται ως «πετυχημένα ή καλά γηρατειά». Ο Γεροντολογικός Σύλλογος των Η.Π.Α. το 1995, εν όψει των μεγάλων προβλημάτων που εμφανίζονται στην τρίτη ηλικία διατύπωσε το απόφθεγμα: “Add life to years, not just more years to life” (να προσθέτουμε ζωή στα χρόνια, και όχι απλώς περισσότερα χρόνια στη ζωή). Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ενδιαφερόμαστε για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ή πώς να επιτύχουμε καλά γηρατειά. Κριτήρια επιτυχών γηρατειών, βάση ερευνών, είναι τα εξής:

- Η διάρκεια ζωής
- Η βιολογική υγεία
- Η ψυχική υγεία
- Η γνωστική αποτελεσματικότητα
- Η κοινωνική ικανότητα και παραγωγικότητα
- Η ικανότητα ελέγχου της ζωής μας
- Η ικανοποίηση από τη ζωή.

Επίσης, ως σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, έχουν καταγραφεί: η μόρφωση των ατόμων, το εισόδημα τους, η σωματική και η ψυχική τους υγεία. Αν αυτοί οι παράγοντες βρίσκονται σε ικανοποιητικό επίπεδο, τότε το ηλικιωμένο άτομο βιώνει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής.

Φυσικά, υπάρχουν και παράγοντες που εμποδίζουν τους ηλικιωμένους να διάγουν μια υγιή ζωή και περιλαμβάνουν διάφορα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που εμφανίζονται σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ υψηλή είναι και η συχνότητα εμφάνισης διαφόρων ασθενειών. Επίσης, έχουν προσδιορισθεί αρκετοί παράγοντες κινδύνου που απειλούν την ζωή των ηλικιωμένων και οι οποίοι διακρίνονται είτε σε ενδογενείς (π.χ χρόνιες ασθένειες) είτε σε εξωγενείς (π.χ η υιοθέτηση ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής, όπως η αλόγιστη χρήση αλκοόλ και το κάπνισμα). Τέλος, οι ηλικιωμένοι είναι επίσης ευάλωτοι σε σωματική παραμέληση και σε κακομεταχείριση, που μπορεί να οδηγήσει σε σωματικές βλάβες, αλλά και σε σοβαρές -και μερικές φορές μακροχρόνιες- ψυχολογικές διαταραχές.

Ευδόκιμη γήρανση και ποιότητα ζωής στην Τρίτη ηλικία

Η ποιότητα ζωής στα πλαίσια της τρίτης ηλικίας συνταυτίζεται με μία ιδανική συνθήκη, τα «καλά γηρατειά». Παρόλα ταύτα η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης καθώς και τα κριτήρια που την καθορίζουν, παραμένουν διάχυτα τόσο για τους απλούς ανθρώπους όσο και τους μελετητές, αλλά και τους ιθύνοντες χάραξης σύγχρονων πολιτικών επί του συγκεκριμένου πεδίου³³.

Ως εκ τούτου, η ευδόκιμη γήρανση σαν όρος χρησιμοποιείται διαχρονικά στα πολυσήμαντα συγγράμματα γεροντολογίας, προκειμένου να περιγράψει το γήρας σε όλο το φάσμα της αναπτυξιακής διαδικασίας³⁴, νοηματοδοτώντας έτσι βασικές έννοιες όπως αυτών της

³³ Martin, P. et al. (2015). *Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? The Gerontologist*, 1(55), 14-25 <https://doi.org/10.1093/geront/gnu044>.

³⁴ Wykle, M. et al. (2005). *Successful aging through the life span: Intergenerational issues in Health*. New York: Springer.

μακροβιότητας, της εξάλειψης της αναπηρίας, της υπεροχής και της ανάπτυξης καθώς και της ενσυνείδητης δέσμευσης με τη ζωή³⁵. Συχνά, η ευδόκιμη γήρανση, αναφέρεται ως «ενεργός γήρανση» ή «παραγωγική γήρανση», υπογραμμίζοντας ότι τα όψιμα χρόνια αντανakλούν μία περίοδο κατά την οποία οι ηλικιωμένοι δύνανται να διατηρήσουν με ολιστικό τρόπο τα αποθέματα υγείας τους -και με βασική προϋπόθεση την πρόληψη-, συμβάλλοντας τοιούτοτρόπως στο κοινωνικό γίνεσθαι και έναντι ενδεχόμενων στερεοτύπων που συνδέουν το γήρας με την ευθραυστότητα και την εξάρτηση από τρίτους³⁶.

Σε θεωρίες που προσιδιάζουν με το ευδόκιμο γήρας, παρατίθενται τρία βασικά χαρακτηριστικά/κριτήρια, που συνθέτουν το κάδρο μίας επιτυχημένης γήρανσης: Οι καλές φυσικές εφεδρείες του ατόμου, η διατήρηση του λειτουργικού του επιπέδου και της γνωσιακής του λειτουργίας, καθώς και η πρόθεση για κοινωνική εμπλοκή και διατήρηση των προϋπάρχοντων δεσμών με τα μικροκοινωνικά και μακροκοινωνικά συστήματα στα οποία εμπλέκεται³⁷.

Επιπρόσθετα και ανάλογα με σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα, έχει παρατηρηθεί ότι όσο αυξάνονται τα επίπεδα της αντιλαμβανόμενης υγείας από τον ηλικιωμένο πληθυσμό, τόσο μεγαλύτερες δύνανται να είναι οι προοπτικές για ευδόκιμη γήρανση³⁸. Υπό το πρίσμα μίας ευρύτερης πολιτικοκοινωνικής σκοπιάς οι πρόσφατες επιστημονικές ανασκοπήσεις τείνουν να διαφοροποιούν τους όρους «ενεργός γήρανση» και «ευδόκιμη γήρανση». Δυνητικά η

³⁵ Moody, H.R. (2005). *From successful aging to conscious aging*. New York: Springer.

³⁶ Morrow-Howell, N et al. (2001). *Productive Aging in historical perspective*. Στο W. Achenbaum, *Productive Aging: Concepts and Challenges* (σσ. 19-36). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

³⁷ Rowe, J.W & Kahn, R.L. (1997). *Successful Aging*. *The Gerontological Society of America*, 4(37), σσ. 433-440

³⁸ Gaspar, T., Rebelo, C., Matos, G. (2017). *Psychological and Social Factors That Influence Quality of Life: Gender, Age and Professional Status Differences*. *Psychological Research*, 7(9), σσ. 489-498.

ενεργός γήρανση αντιπροσωπεύει εστιασμένες πολιτικές που αποσκοπούν στη διατήρηση του καλού επιπέδου υγείας των ηλικιωμένων, καθώς και την μέγιστη δυνατή παραμονή τους στις αγορές εργασίας, με βασικό στόχο τον εξορθολογισμό δαπανών υγείας και των δαπανών των συντάξεων, ενόσω οι ίδιοι συμμετέχουν στα πεπραγμένα της κοινωνίας και της ευρύτερης πολιτικής ζωής ενός συστήματος³⁹.

Ανάλογα με τα παραπάνω ευρήματα η προοπτική της ευδόκιμης γήρανσης είναι συνακόλουθη του μοντέλου των «ενεργών γηρατειών». Η ευζωία των όψιμων χρόνων προϋποθέτει διατήρηση των ψυχοσυναισθηματικών και φυσικών αποθεμάτων του ατόμου, εφόσον είναι αυτά που επί της ουσίας το καταστούν παραγωγικό και εντός των πλαισίων κοινωνικής δέσμευσης⁴⁰. Πέραν όλων των παραπάνω και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, κοινή διαπίστωση αποτελεί το γεγονός ότι η γήρανση των πληθυσμών τελεί υπό καθεστώς ταχείας εξέλιξης. Το γήρας του 21ου αιώνα κουβαλά τόσες ευκαιρίες όσες και προκλήσεις, δημιουργώντας την απαίτηση για ευδοκιμότητα καθώς επίσης και ενδεδειγμένη γηριατρική και γεροντολογική αντίληψη από επαγγελματίες υγείας, που θα είναι ικανοί να αναπλαισιώσουν τα υπάρχοντα περιβάλλοντα, καθιστώντας τα φιλικότερα ως προς αυτή καθαυτή την τρίτη ηλικία.

Ως εκ τούτου αξίζει να αναφερθεί ότι η επερχόμενη δεκαετία (2020-2030) έχει οριστεί από τον ΠΟΥ ως η δεκαετία της υγιούς γήρανσης αποσκοπώντας στην πολυσυστηματική

³⁹ Walker,A & Maltby,T. (2012). *Active Ageing: A strategic Policy solution to demographic Ageing in the European Union. International Journal of Social Welfare*, doi:10.1111/j.1468-2397.201200871.x(17), σσ. 117-130.

⁴⁰ Foster,L & Walker,A. (2014, May 20). *Active and Successful Aging:A European Policy Perspective. The Gerontologist*, 1(55), σσ. 83-90 <https://doi.org/10.1093/geront/gnu028>.

συνεργασία κυβερνήσεων, κοινωνιών, πολιτών, διεθνών οργανισμών και επαγγελματιών, στοχεύοντας κατ' αποκλειστικότητα στην ποιότητα ζωής κατά το γήρας⁴¹.

Τις τελευταίες δεκαετίες, η κοινωνική στήριξη τυχαίνει τεράστιας προσοχής από την γεροντολογία. (καθώς και από άλλους κλάδους της ιατρικής όπως η ψυχολογία και η γενική ιατρική). Έρευνες σχετικές με την κοινωνική στήριξη διεξήχθησαν κατά τη διάρκεια των δεκαπέντε τελευταίων ετών σε διαφορετικά πλαίσια και κουλτούρες, και έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση με την υγεία και την ευημερία κατά τη διάρκεια της ζωής, αλλά ειδικότερα στα γηρατειά. Εντούτοις, όπως είναι ευρέως αποδεκτό, ένα σημαντικό πρόβλημα στην έρευνα για την κοινωνική στήριξη είναι η έλλειψη ενός επαρκούς θεωρητικού πλαισίου για την κατανόηση του αντίκτυπου της κοινωνικής στήριξης στην υγεία.

Η ανάγκη για πρακτική στήριξη συνδέεται έντονα με τις ικανότητες ενός προσώπου να εκτελέσει ορισμένες καθημερινές δραστηριότητες της ζωής, όπως το να φροντίζει το σπίτι, το να κάνει ψώνια, ή το να φροντίζει για την προσωπική υγιεινή του. Η ανάγκη για τη συναισθηματική στήριξη προκύπτει ειδικά κατά τη διάρκεια σημαντικών μεταβάσεων ζωής, όπως η απώλεια ενός συζύγου ή η μετακόμιση σε έναν οίκο ευγηρίας. Κατά την διάρκεια του γήρατος, η ανάγκη και για τους δύο τύπους στήριξης αυξάνεται καθώς οι φυσικές ικανότητές κάποιου μειώνονται και αυξάνεται η πιθανότητά να χάσει κάποιες από τις αγαπημένες του συνήθειες. Η λειτουργία του δικτύου ως πηγή στήριξης, επομένως, αυξάνεται με την ηλικία.

⁴¹ *who.int.* (2020). *who.int.* Ανάκτηση από <https://www.who.int/ageing/en/>

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων

Στη σύγχρονη εποχή, η διεθνής οικονομική δυσχέρεια καθιστά πρόκληση την ορθή αντιμετώπιση των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας και στην ουσία, ένα περίπλοκο στοίχημα που οφείλουν όχι μόνο να δίνουν με τον εαυτό τους οι αρμόδιοι φορείς αλλά υποχρεούνται κιάλας να το κερδίζουν τόσο σε κρατικό όσο και διεθνές επίπεδο. Ωστόσο, συχνά, καταγράφονται περιστατικά παραμέλησης ή ακόμη και κακοποίησης ηλικιωμένων. Η συνθήκη αυτή σε συνδυασμό με τη δημογραφική αλλαγή που στην ουσία αφορά την αύξηση του πληθυσμού Τρίτης Ηλικίας καθιστά την εξεύρεση ορθών λύσεων περισσότερο επιτακτική από ποτέ, ενώ, ταυτόχρονα, διεξάγεται μια ιδιότυπη μάχη ανάμεσα στο παρόν και στο παρελθόν να υπερνικηθούν τα στερεότυπα, ώστε να πάψει πλέον η Τρίτη Ηλικία να θεωρείται το προστάδιο του θανάτου, ειδικά στη σύγχρονη εποχή που η επιστήμη προσφέρει τις δυνατότητες στα άτομα να εξασφαλίζουν μια αξιοπρεπή διαβίωση ακόμη και σε ιδιαίτερα προχωρημένη ηλικία⁴².

Αυτό αποτελεί και τη συνέχεια της διερεύνησής μας: τα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων και τα καθήκοντά τους στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Δικαίου και, φυσικά, του Ελληνικού.

⁴² Biggs, R., et al. (2012) *Toward Principles for Enhancing the Resilience of Ecosystem Services. Annual Review of Environment and Resources*, 37, 421-448

Το διεθνές δίκαιο για τα ανθρώπινα δικαιώματα

Η νομοθεσία περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων αποτελεί ένα ειδικό υποσύνολο του Διεθνούς Δικαίου. Το Διεθνές Δίκαιο απαιτεί από τα κράτη να προστατεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα: σύμφωνα με το άρθρο 2 του UDHR (Universal Declaration of Human Rights) «ο καθένας δικαιούται να επικαλεστεί όλα τα δικαιώματα και τις ελευθερίες που προκηρύσσει η παρούσα Διακήρυξη, χωρίς καμία απολύτως διάκριση όπως φυλής, χρώματος, γλώσσας, θρησκείας, κοινωνικής καταγωγής, πολιτικών πεποιθήσεων ή οποιοδήποτε άλλων διακρίσεων». Έτσι λοιπόν τα ανθρώπινα δικαιώματα γενικά αλλά και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ειδικά προστατεύονται από τον Χάρτη Δικαιωμάτων. Ιδιαίτερη σημασία για τους ηλικιωμένους έχει το άρθρο 25 του UDHR στο οποίο τίθεται το γενικό πλαίσιο της ζωής των ηλικιωμένων, κάνοντας λόγο για το δικαίωμα στην ασφάλεια και στην εξασφάλιση ενός καλού βιοτικού επιπέδου όπως αναφέρεται στο «The Rights of Older People: International Law, Human Rights Mechanisms and the Case for New Normative Standards»⁴³ (Judge, 2008).

Το καλοκαίρι του 1982 στην Αυστρία, με πρωτοβουλία του ΟΗΕ δημιουργήθηκε ο VIPAA (Vienna International Plan of Action on Aging), θεσμός ο οποίος προοριζόταν για την αποτροπή του παραγκωνισμού των ηλικιωμένων, την παροχή φροντίδας κατ' οίκον καθώς επίσης και τον περιορισμό κατά το δυνατόν των στερεοτυπικών αντιλήψεων που επικρατούν, δυστυχώς, μέχρι και τη σύγχρονή μας εποχή⁴⁴. (Biggs κ.ά., 2012).

Το 1991 η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών προώθησε με το ψήφισμα 46/9 τις Αρχές των Ηνωμένων Εθνών για τους ηλικιωμένους. Παρά το γεγονός ότι το ψήφισμα της συνέλευσης δεν είναι νομικά δεσμευτικό, απαριθμεί τις αρχές τις οποίες οι κυβερνήσεις

⁴³ Judge, L. (2008). *The Rights of Older People: International Law, Human Rights Mechanisms and the Case for New Normative*. <http://globalag.igc.org/elderrights/world/2008/internationallaw.pdf>. Πρόσβαση (03/12/21).

⁴⁴ Biggs, R., et al. (2012). *Toward Principles for Enhancing the Resilience of Ecosystem Services*. *Annual Review of Environment and Resources*, 37, 421-448

καλούνται να συμπεριλάβουν στην εθνική τους πολιτική. Η Έκθεση του Γενικού Γραμματέα των Ηνωμένων Εθνών, δέκα χρόνια μετά την Πρώτη Παγκόσμια Συνέλευση, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι έχουν εισαχθεί αρκετά επικουρικά μέτρα για την προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ωστόσο οι πολιτικές αυτές είναι ασυμβίβαστες μεταξύ των Εθνών αφενός και των Κρατών αφετέρου, ενώ ελλείπει η παρουσία ενός ολοκληρωμένου νομικού, πολιτικού και θεσμικού πλαισίου για την προστασία των ηλικιωμένων ατόμων⁴⁵. (Biggs κ.ά., 2012).

Ευρωπαϊκή χάρτα δικαιωμάτων ηλικιωμένων

Το 2002, το MIPAA (Madrid International Plan of Action on Aging) αποτέλεσε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα με έμφαση στα ανθρώπινα δικαιώματα, κινούμενο σε δύο βασικούς πυλώνες:

- την πλήρη υλοποίηση των θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών για τους ηλικιωμένους
- την εξασφάλιση της πλήρους απόλαυσης των οικονομικών, κοινωνικών, πολιτικών και πολιτιστικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων ατόμων καθώς επίσης και την εξάλειψη όλων των μορφών βίας και διακρίσεων σε βάρος των ηλικιωμένων.

Παράλληλα, τέθηκαν τρεις βασικές πολιτικές κατευθύνσεις, οι οποίες ήταν:

⁴⁵ Biggs, R., et al. (2012). *Toward Principles for Enhancing the Resilience of Ecosystem Services. Annual Review of Environment and Resources*, 37, 421-448

- Τρίτη Ηλικία και ανάπτυξη
- Προώθηση της υγείας και της ευημερίας των ηλικιωμένων
- Εξασφάλιση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος⁴⁶.

Τέλος δημιουργήθηκε ο Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των Ηλικιωμένων για να προωθήσει διευκολύνσεις αναφορικά με την πρόσβαση όλων των ηλικιωμένων ανθρώπων στα θεμελιώδη δικαιώματά τους, και την ίδια στιγμή να στηρίξει και να προσθέσει μέτρα στα ήδη υπάρχοντα. Σκοπός, επίσης, του χάρτη είναι να ενημερώσει και να αφυπνίσει την κοινωνία ώστε να τηρούνται καλύτερα οι κανονισμοί που προφυλάσσουν τα ηλικιωμένα άτομα.

Ιστορική ανασκόπηση- Κοινωνική Πρόνοια στην Ελλάδα

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιάσουμε συνοπτικά την εξέλιξη της Κοινωνικής Πολιτικής και των Προγραμμάτων Πρόνοιας στην Ελλάδα από την ίδρυση του Ελληνικού Κράτους μέχρι και σήμερα.

Με την σύσταση του νεοελληνικού κράτους καταβάλλεται προσπάθεια ώστε να επιλυθούν κοινωνικά προβλήματα που δημιούργησε ο απελευθερωτικός πόλεμος. Άμεσα διαμορφώνεται το νομικό και θεσμικό πλαίσιο για την λειτουργία δομών όπως νοσοκομείων, ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων και άλλων, βοηθώντας με τον τρόπο αυτό στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που προέκυψαν από τον απελευθερωτικό αγώνα.

⁴⁶ Biggs, R., et al. (2012) *Toward Principles for Enhancing the Resilience of Ecosystem Services. Annual Review of Environment and Resources*, 37, 421-448

Ωστόσο, η παρέμβαση του κράτους σε ότι έχει να κάνει με το Προνοιακό κομμάτι είναι περιορισμένη εξαιτίας των οικονομικών αδυναμιών. Κοινωνική Πρόνοια ασκούνταν ως επί το πλείστον μέσω της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και της Εκκλησίας. Όσον αφορά την συμβολή της Εκκλησίας στον τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας είναι πολύπλευρη βοηθώντας στην δημιουργία ιδρυμάτων και συνδράμοντας στην οικονομική ενίσχυση των απόρων μέσω των φιλανθρωπιών. (Σταθόπουλος, 2015).

Στην περίοδο Βασιλείας του Όθωνος γίνεται μια προσπάθεια αναδιοργάνωσης του κράτους. Η νομοθεσία της περιόδου εκείνης δίνει αυξημένες δραστηριότητες στους Δήμους για θέματα Κοινωνικής Πρόνοιας. Επίσης ιδρύονται Δημοτικά βρεφοκομεία και Νοσοκομεία καθώς και οργανώσεις όπως το ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΣ Π.Ι.Κ.Π.Α (1914). Ωστόσο το κύριο βάρος της Κοινωνικής Πρόνοιας εξακολουθεί να έχει η Εκκλησία. (Σταθόπουλος, 2015).

Στα χρόνια που ακολουθούν από το 1918-1974 η χώρα έρχεται αντιμέτωπη με τρεις εθνικές τραγωδίες (κατάρρευση Μικρασιατικού μετώπου με αποτέλεσμα τον ξεριζωμό του Ιωνικού ελληνισμού, ο εμφύλιος αλληλοσπαραγμός με την λήξη του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου και την εισβολή στην Κύπρο). Το κράτος μπροστά στα μεγάλα κοινωνικά προβλήματα που προκλήθηκαν από τους πολέμους παρεμβαίνει στην άσκηση της κοινωνικής πολιτικής και στην διάρθρωση ενός δικτύου κοινωνικών υπηρεσιών με την ταυτόχρονη εκπαίδευση των στελεχών πρόνοιας, ιδιαίτερα των Κοινωνικών Λειτουργών, Επισκεπτριών Υγείας και Νηπιαγωγών. (Σταθόπουλος, 2015).

Το 1974 με την εγκαθίδρυση της Δημοκρατίας στην Ελλάδα γίνεται προσπάθεια για την οικοδόμηση ενός Κράτους Δικαίου και Κοινωνικής Προστασίας. Μέχρι το 1981 οι κυβερνήσεις της χώρας έδωσαν προτεραιότητα στην ανασυγκρότηση των ενόπλων

δυνάμεων, αντιθέτως στον τομέα της Κοινωνικής Πολιτικής δεν δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή. Από το 1981 και έπειτα έχουμε την θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ με στόχο την δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του πληθυσμού, μεταρρυθμίσεις και αλλαγές στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης και την κάλυψη των στεγαστικών αναγκών του πληθυσμού⁴⁷. (Σταθόπουλος, 2015).

Κλείνοντας από το 2006 και έπειτα εξαιτίας της οικονομικής κρίσης έχουμε αλλαγή της κυβερνητικής πολιτικής στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας ακολουθώντας τις διεθνείς τάσεις για «λιγότερο κράτος» με αλλαγές στο Ε.Σ.Υ προσανατολισμένες στην κατεύθυνση των ιδιωτικοποιήσεων στο χώρο της υγείας και με ριζικές αλλαγές όσον αφορά το ασφαλιστικό σύστημα υπό τον φόβο της κατάρρευσης των ασφαλιστικών ταμείων.

Βασικοί παράγοντες επιρροής της διαβίωσης των ατόμων της τρίτης ηλικίας

Η ανθρωπότητα από τα πρώιμα κίολας χρόνια πολιτισμού, αγωνιωδώς αναζήτησε να βρει απαντήσεις τόσο στο φαινόμενο της γήρανσης όσο και του θανάτου, αναπτύσσοντας ποικίλες φιλοσοφικές και θρησκευτικές θεωρίες, ενώ πλήθη επιστημόνων, αλλά και αλχημιστών, ασχολήθηκαν διακαώς με την ανεύρεση του «ελιξίριου της ζωής».

Σήμερα το φαινόμενο της γήρανσης απασχολεί ολόκληρη την κοινωνία και αντιμετωπίζεται πολυσύνθετα από διάφορους επιστημονικούς κλάδους (βιοϊατρικές, κοινωνιολογικές και

⁴⁷ Σταθόπουλος, Π. (2005). *Κοινωνική Πρόνοια*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης

οικονομικές επιστήμες). Οι βιοϊατρικές επιστήμες στοχεύουν στην κατανόηση των βιολογικών αιτιών της γήρανσης και εάν αυτές σχετίζονται με γενετικούς παράγοντες ή/και με το περιβάλλον. Οι κοινωνιολογικές επιστήμες από την πλευρά τους προσπαθούν να κατανοήσουν αλλά και να δώσουν λύσεις στα καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας. Τέλος, οι οικονομικές επιστήμες αλλά και η ίδια η Πολιτεία καλούνται να αντιμετωπίσουν τις οικονομικές επιπτώσεις της ολοένα αυξανόμενης διάρκειας ζωής. Ένα από τα κριτήρια του πολιτισμού μιας κοινωνίας θεωρείται ο βαθμός μέριμνας προς τα ηλικιωμένα μέλη της.

Πολιτικές και κοινωνικές ιδιοτυπίες του παρόντος και του μέλλοντος

Η παραδρομή είναι ενδιαφέρουσα και οδηγεί σε δυο παρατηρήσεις. Η πρώτη, οι κοινωνικές και πολιτιστικές ιδιοτυπίες δεν παύουν να είναι και πολιτικές ή καλύτερα οι κοινωνικο-πολιτιστικές επιλογές προϋποθέτουν ένα πολιτικό πλαίσιο και πραγματώνονται χάρη σ' αυτό, ωστόσο αυτή η παρουσίαση επικεντρώνεται στις κοινωνικές και πολιτιστικές διαστάσεις της "τρίτης ηλικίας". Η δεύτερη, η κοινωνικο-πολιτιστική θεώρηση αποτελεί έναν από τους σχετικά αυτόνομους τρόπους ανάλυσης της τρίτης ηλικίας δηλαδή διατείνεται ότι φωτίζει την "τρίτη ηλικία" με το δικό της ξεχωριστό τρόπο.

Η προσέγγιση που θα ακολουθήσει και που στοχεύει να αναλύσει την τρίτη ηλικία ως κοινωνικό και πολιτιστικό φαινόμενο, συνίσταται στη διατύπωση ερωτημάτων ορισμένης υφής και στην αναζήτηση πιθανών απαντήσεων σε αυτά τα ερωτήματα. Οι κοινωνικές επιστήμες διατείνονται ότι τα ερωτήματα αυτά διατυπώνονται στο όνομα της αυτονομίας και αυτοτέλειάς τους και ότι αυτά αποτελούν ένα μέρος των δυνατών ερωτημάτων γύρω από την "τρίτη ηλικία". Η προαναφερόμενη αυτονομία/αυτοτέλεια είναι αναμφίβολα

σχετική και το νόημα της σχετίζεται με την αυτονομία/αυτοτέλεια και των άλλων επιστημονικών περιοχών (π.χ. ιατρικών, βιολογικών, πολιτικών, οικονομικών). Ποια μπορεί όμως να είναι αυτά τα ερωτήματα;

Το πρώτο, και ίσως το βασικότερο, σχετίζεται με τις αιτίες για τις οποίες το ζήτημα της τρίτης ηλικίας απέκτησε κεντρική και σημαίνουσα θέση. Καθώς τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν οι συζητήσεις για την "τρίτη ηλικία", τα ακόλουθα ερωτήματα προκύπτουν σχεδόν αυτονόητα. Από πότε ο διάλογος γίνεται πιο συστηματικός (5); Πώς μιλάμε για την τρίτη ηλικία; Με ποιους όρους, Με ποιες έννοιες; Ποια σχήματα ανάλυσης; Ποια ρητορική επιστρατεύουμε για να αναφερθούμε στην "τρίτη ηλικία"; Τέλος, καθώς τα άτομα ζουν, μιλούν, δρουν στο όνομα των ηλικιωμένων ατόμων "κατασκευάζουν" ένα τόπο, μια κατάσταση δυναμικά εξελισσόμενη: την "τρίτη ηλικία". Ποιοι μηχανισμοί εντέλει επιτρέπουν αυτή την μορφοποίηση;

Με ποια άλλα ζητήματα - θέματα η "τρίτη ηλικία" συσχετίζεται για να δημιουργηθούν γαλαξίες νοημάτων; Ίσως, τα προηγούμενα ερωτήματα να δίνουν την εντύπωση ότι είναι αφηρημένα και θεωρητικά, ωστόσο, μπορούν να μεταφραστούν σε άμεσα και χειροπιαστά συμβάντα και προβλήματα. Τα ίδια ερωτήματα αποτελούν βέβαια, τη βάση και την προοπτική μιας κοινωνικο-πολιτιστικής προσέγγισης και ως τέτοια φιλοδοξεί να συμβάλει στην πιο πλήρη κατανόηση της Τρίτης ηλικίας.

Πυχές και ανακατατάξεις – Οριοθέτηση

Πριν έναν αιώνα το να είναι κανείς 40 χρονών, ήταν ήδη "γέρος". Επίσης η Ευρώπη χαρακτηρίζεται "γηραιά ήπειρος" για να τονιστεί η διαφορά με την αμερικάνικη, το "νέο

κόσμο" εδώ βέβαια οι ηλικίες υπολογίζονται με τους αιώνες. Ωστόσο σήμερα η Ευρώπη αντιμετωπίζει ένα σοβαρό πρόβλημα γήρανσης του πληθυσμού της. Έτσι η έκφραση "γηραιά ήπειρος" μπορεί να διαβαστεί σε δύο επίπεδα: ιστορικό και πραγματολογικό.

Αν ήταν δυνατόν να γυρίσουμε πίσω στο χρόνο και επισκεπτόμαστε ένα νεκροταφείο τον 18ο ή τον 19ο αιώνα στην Ευρώπη, θα βλέπαμε στους τάφους όλες τις ηλικίες ενώ σ' ένα σύγχρονο νεκροταφείο θα παρατηρούσε κανείς την επικράτηση των μεγάλων ηλικιών. Σε όλες τις κοινωνίες υπήρχαν άτομα (συνήθως λίγα) που ξεπερνούσαν ηλικιακά το μέσο όρο ζωής και ήταν οι "ηλικιωμένοι", οι "γέροντες".

Για να υπάρξει όμως η Τρίτη ηλικία θα έπρεπε να συμβούν μια σειρά γεγονότων όπως οι κατακτήσεις της Δημόσιας Υγείας, η αποτελεσματικότητα της ιατρικής επιστήμης και πρακτικής, η οικονομική ανάπτυξη, τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας και ασφάλισης ώστε οι κοινωνίες να δημιουργήσουν μια νέα νοητική κατηγορία και ονοματίσουν έναν ειδικό τρόπο υπόστασης μέσα στην κοινωνία. Η Τρίτη ηλικία αναφέρεται σε αυτή τη νέα κοινωνική ομάδα, αυτή τη νέα κατάσταση. Κάτι ανάλογο ισχύει για την "παιδική ηλικία" και την "εφηβεία", που αναδύθηκαν ως κατηγορίες στους τελευταίους αιώνες. Βέβαια σε όλες τις κοινωνίες υπάρχουν παιδιά και έφηβοι, αλλά μόνο οι σύγχρονες κοινωνίες διακρίνουν και κατονομάζουν την ειδική κοινωνική κατάσταση - υπόσταση με τους όρους "παιδική ηλικία" ή "εφηβεία".

Η ανάδυση της Τρίτης ηλικίας ως κατάστασης και ως συμβολικής τάξης αποτελεί ένδειξη και απόδειξη το πώς οι σύγχρονες κοινωνίες συλλαμβάνουν και αντιλαμβάνονται τα συστατικά τους στοιχεία, πώς διακρίνει τις φάσεις στη ζωή των μελών της και πώς τους διανέμει υποχρεώσεις και δικαιώματα. Είναι σχεδόν μοιραίο να γίνεται, ήδη, συζήτηση για την "Τέταρτη ηλικία", καθώς αυξάνουν τα άτομα που ξεπερνούν τα ογδόντα χρόνια.

Πολιτιστική υποβάθμιση

Θα μπορούσαμε να χωρίσουμε τις κοινωνίες σε "κρύες" και "ζεστές" με κριτήριο, αν οι κοινωνίες είναι η όχι στραμμένες προς τη μεταβολή. Οι παραδοσιακές κοινωνίες, οι κοινωνίες χωρίς γραφή ήταν προσαρμοσμένες στην αναπαραγωγή των δομών, των σχημάτων, και των προτύπων. Στο ερώτημα "γιατί οι άνθρωποι ζουν στις κοινωνίες τη σύντομη ζωή τους", η απάντηση σε αυτές τις κοινωνίες της συνέχειας ήταν να "δώσουμε στα παιδιά μας αυτό που μας έδωσαν οι γονείς μας". Ενώ στις σύγχρονες κοινωνίες το ερώτημα απαντιέται διαφορετικά: "να δημιουργήσουμε ένα διαφορετικό μέλλον, καταρχήν και πιθανά καλύτερο από αυτό που μας έδωσαν οι γονείς μας", οι κοινωνίες της προόδου, της συσσώρευσης, οι "ζεστές" κοινωνίες είναι στραμμένες στην καινοτομία.

Στην πρώτη περίπτωση, η Τρίτη ηλικία αποτελεί το θεματοφύλακα, την αναφορά και το πρότυπο, ενώ στη δεύτερη ο ρόλος της συρρικνώνεται καθώς η Τρίτη ηλικία, θεωρείται ως όριο για ξεπέραςμα και όχι μια σίγουρη αξία. Διαπιστώνεται ότι όχι μόνο αναδύεται μια νέα ομάδα και ένας όρος "η τρίτη ηλικία" αλλά και η κοινωνική και πολιτιστική υπόσταση της αποκτάει ειδικό νόημα σε σχέση με το συνολικό κοινωνικο-πολιτιστικό γίνεσθαι της κοινωνίας, της οποίας αποτελεί στοιχείο και κατάσταση. Διαπιστώνεται επίσης ότι απο τις "κρύες" στις "ζεστές" κοινωνίες η Τρίτη ηλικία, κερδίζει σε ποσότητα και σε ακρίβεια ως προς την οριοθέτηση της αλλά χάνει σε εμβέλεια σχετικά με το ρόλο της και τη συμβολική της επιρροή.

Η στατιστική δείχνει ότι στα τελευταία χρόνια υπάρχει σημαντική αύξηση των ανθρώπων με ηλικία πάνω από τα εξήντα χρόνια και όλες οι προβλέψεις συγκλίνουν ότι η τάση αυτή θα συνεχιστεί. Αλλά τίθενται δύο ερωτήματα: Πώς ορίζονται οι ηλικίες ώστε να διακριθούν η

Τρίτη ή και η Τέταρτη ηλικία; Έχουμε δικαίωμα να αναφερόμαστε στην Τρίτη ηλικία ως κοινωνική ομάδα; Καταρχήν το πρώτο όριο έρχεται από την ηλικία σύνταξης που είναι ένας αριθμός που προκύπτει με κριτήρια θεσμικά και οικονομικά. Τα όρια αυτά βρίσκονται σήμερα στο επίκεντρο των συζητήσεων και πολεμικής σε σχέση με τη μεταρρύθμιση της κοινωνικής πολιτικής. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ μέχρι πριν μερικά χρόνια η νόμιμη ηλικία για τη σύνταξη ήταν για παράδειγμα (Γαλλία 60, Βέλγιο 65, Γερμανία 63, Ισπανία 65, Ιαπωνία 55 γυναίκες 60 άντρες (μισθωτούς), 60 και 65 αντίστοιχα για τους μη μισθωτούς). Έτσι η Τρίτη ηλικία, είναι μια κοινωνική ομάδα που η οριοθέτηση της προκύπτει ύστερα από μια πολύπλοκη κοινωνική διεργασία, όπου υπεισέρχεται μια πληθώρα ετερογενών κριτηρίων (βιολογικά, φυσιολογικά, οικονομικά, θεσμικά, πολιτικά).

Πέρα όμως από το γεγονός, ότι τα όρια δεν είναι καθορισμένα αλλά είναι αποτελέσματα περιορισμών και διαπραγματεύσεων στο εσωτερικό της ομάδας, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές και ανισότητες. Ωστόσο, αν συγκριθεί η Τρίτη ηλικία στο σύνολο της ως προς τον τρόπο ύπαρξης της τον 19ο και τον 20ο αιώνα, οι βελτιώσεις είναι σαφείς και σημαντικές, αν όχι εκπληκτικές.

Για παράδειγμα η μιζέρια και η ανία που ήταν κυρίαρχα γνωρίσματα της Τρίτης ηλικίας του προηγούμενου αιώνα είναι πιο ελέγξιμα σήμερα κι οπωσδήποτε η συνολική υποστήριξη της είναι ασύγκριτα πιο συστηματική, πλήρης και γενικευμένη, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν θύλακες όπου η μιζέρια και η ανία έχουν εξαλειφθεί ή ότι δεν υπάρχουν σοβαρά περιθώρια βελτίωσης των συνθηκών ζωής των ηλικιωμένων. Εξάλλου η κρίση του κράτους πρόνοιας θέτει νέους περιορισμούς στη στήριξη της Τρίτης ηλικίας. Η γενική εικόνα δεν θα πρέπει να θεωρηθεί ότι ισχύει με τον ίδιο τρόπο για όλα τα μέλη της ομάδας. Για παράδειγμα στον τομέα της υγείας οι διαφορές και οι ανισότητες είναι πολύ μεγάλες: μερικά άτομα (ηλικίας 65-85) θα περάσουν τη ζωή τους σε νοσοκομεία, σε ιδρύματα και θα

ζήσουν δύσκολες καταστάσεις, ενώ μερικά άλλα θα περάσουν ίσως τα καλύτερα τους χρόνια και οι συνθήκες διαβίωσης τους ίσως να είναι οι καλύτερες από κάθε άλλη κοινωνική ομάδα. (Η αναφορά αυτή γίνεται βέβαια για τις τεχνολογικά και οικονομικά προηγμένες κοινωνίες).

Θα ήταν δυνατόν να παρατεθούν κι άλλες διαφοροποιήσεις και ανισότητες μεταξύ των μελών της κοινωνικής ομάδας: Τρίτη ηλικία - για παράδειγμα, η διάρκεια της επιβίωσης σε σχέση με το επάγγελμα, την κατοικία, τις πιθανότητες αυτοκινητιστικού ατυχήματος, τους οικονομικούς πόρους. Ωστόσο ο στόχος εδώ είναι να φανεί η υφή της ομάδας αυτής, δηλαδή το ευμετάβλητο των ορίων της καθώς και η ύπαρξη διαφορών και ανισοτήτων στο εσωτερικό της. Γεγονός που οδηγεί και στο ερώτημα, σε ποιο βαθμό είναι επιστημονικά έγκυρο να χρησιμοποιούμε τους όρους "Τρίτη ηλικία ή και κοινωνική ομάδα";

Προγράμματα για την Τρίτη Ηλικία σε παγκόσμια κλίμακα

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν επικεντρωθεί στο σχεδιασμό προγραμμάτων πρόνοιας όπου θα συμβάλλουν στην βελτίωση της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων. Αν και πολλοί ηλικιωμένοι λαμβάνουν τυπική υποστήριξη μέσω του προγράμματος: «Βοήθεια στο Σπίτι», προκειμένου να βοηθηθούν στην καθημερινότητα τους, δεν παύει όμως να αισθάνονται μόνοι και απομονωμένοι. Στην Ιταλία για παράδειγμα σχεδιάστηκε το πρόγραμμα με την ονομασία «**Servizi di Prossimità**» το οποίο αφορά όχι μόνο την διασφάλιση της ίσης πρόσβασης των ηλικιωμένων σε συγκεκριμένες υπηρεσίες αλλά στοχεύει επίσης στην αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης και της περιθωριοποίησης, προκειμένου να προστατευθεί η ψυχική υγεία αυτής της ευαίσθητης ομάδας πληθυσμού.



Χώρες όπως ο Καναδάς και η Αγγλία έχουν αναπτύξει και εφαρμόσει υπηρεσίες που παρέχουν ταυτόχρονη φροντίδα για την αντιμετώπιση παθολογικών και ψυχικών προβλημάτων, βασισμένες στο μοντέλο με την επωνομασία **C.A.R.I.T.A.S** (Comprehensive. Accessible. Responsive. Individualized. Transdisciplinary. Accountable. Systemic).

Το **PEARLS Program** (program to encourage active, rewarding lines) που υλοποιείται στις ΗΠΑ είναι ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό πρόγραμμα σχεδιασμένο για την μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Δοκιμάστηκε αρχικά από το Πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον την περίοδο 2002-2003 εστιάζοντας σε ασθενείς που έπασχαν από χρόνιες ασθένειες με συνεπικουρία καταθλιπτικών εκδηλώσεων.

Αντίστοιχο πρόγραμμα αποτελεί και το **IDEA Program** το οποίο επιδιώκει εξίσου στην μείωση των καταθλιπτικών εκδηλώσεων μέσα από την εξέταση, την αξιολόγηση, και την εκπαίδευση τόσο των ηλικιωμένων ατόμων όσο και των οικογενειακών φροντιστών τους. Ο βασικός στόχος του εν λόγω προγράμματος εντοπίζεται στην αναζήτηση ικανοποιητικών και ευχάριστων δραστηριοτήτων που θα συμβάλει θετικά ως προς την συναισθηματική τους ενδυνάμωση. Άλλα προγράμματα ψυχικής υγείας σε παγκόσμια κλίμακα, περιγράφονται λεπτομερώς στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 3 : Προγράμματα για την Τρίτη ηλικία σε παγκόσμια κλίμακα

ΧΩΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΣΤΟΧΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΟΜΑΔΑ ΣΤΟΧΟΥ
ΗΠΑ	CAPABLE	Σωματική & Ψυχολογική Υγεία/Προσαρμοστικότητα στο Κοινωνικό Περιβάλλον	Άτομα >65 ετών με χαμηλό εισόδημα

ΧΩΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΣΤΟΧΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΟΜΑΔΑ ΣΤΟΧΟΥ
ΗΠΑ	RESTORATIVE HOME CARE	Η ιατρική, λειτουργική, γνωστική, συναισθηματική, ψυχοκοινωνική και διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων	Άτομα >65 ετών με καταγεγραμμένο ιατρικό ιστορικό.
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	FIT	Οι σωματικοί, ψυχολογικοί, λειτουργικοί και κοινωνικοί τομείς της ζωής των ηλικιωμένων	Άτομα >70 ετών που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο λειτουργικής παρακμής.
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	U-PROFIT	Παροχή ψυχοκοινωνικής συμβουλευτικής/προσέγγισης.	Άτομα >60 ετών με λειτουργική αδυναμία.
ΣΟΥΗΔΙΑ	ERDELY PERSONS IN THE RISK ZONE	Οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί τομείς της ζωής των ηλικιωμένων	Άτομα >80 ετών με ήπιες παθήσεις.

Πηγή: Ιδία σύνταξη, 2021

Στατιστικά στοιχεία πληθυσμιακής γήρανσης Eurostat

Από την 1η Ιανουαρίου κάθε έτους η Eurostat συλλέγει δεδομένα από τα κράτη μέλη της ΕΕ και άλλες χώρες που συμμετέχουν στην άσκηση συλλογής δεδομένων για τη δημογραφία σε σχέση με τους πληθυσμούς. Ο συνιστώμενος ορισμός είναι «συνήθως διαμένων πληθυσμός» και αντιπροσωπεύει τον αριθμό των κατοίκων μιας συγκεκριμένης περιοχής την 1η Ιανουαρίου του δεδομένου έτους (ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, στις 31 Δεκεμβρίου του προηγούμενου έτους).

Σύμφωνα με τις διεθνείς συστάσεις των Ηνωμένων Εθνών, ο ορισμός της «συνήθους διαμονής» βασίζεται σε δωδεκάμηνη περίοδο αναφοράς, με άλλα λόγια, όσοι περιλαμβάνονται θα πρέπει να έχουν ζήσει συνεχώς στον τόπο συνήθους διαμονής τους για περίοδο τουλάχιστον 12 μηνών πριν από την ημερομηνία αναφοράς, ή να έφτασαν στον τόπο συνήθους διαμονής τους μέσα στους 12 μήνες πριν από την ημερομηνία αναφοράς με την πρόθεση να παραμείνουν εκεί για ένα τουλάχιστον έτος. Ωστόσο, οι χώρες μπορούν να υποβάλλουν στη Eurostat αριθμητικά στοιχεία για τον πληθυσμό που βασίζονται σε δεδομένα από την πλέον πρόσφατη απογραφή, προσαρμοσμένα ανάλογα με τις συνιστώσες της πληθυσμιακής αλλαγής που έχουν παραχθεί από την τελευταία απογραφή ή, εναλλακτικά, στοιχεία σχετικά με τον πληθυσμό που βασίζονται στα μητρώα του εγγεγραμμένου/νόμιμου πληθυσμού.

Απογραφή πληθυσμού και κατοικιών διεξήχθη σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, τις χώρες της ΕΖΕΣ και τις υποψήφιες προς ένταξη χώρες το 2011. Είναι συνήθης πρακτική οι χώρες να αναθεωρούν τις ετήσιες εκτιμήσεις τους για τον πληθυσμό μόλις τα αποτελέσματα της απογραφής πληθυσμού και κατοικιών καταστούν διαθέσιμα.

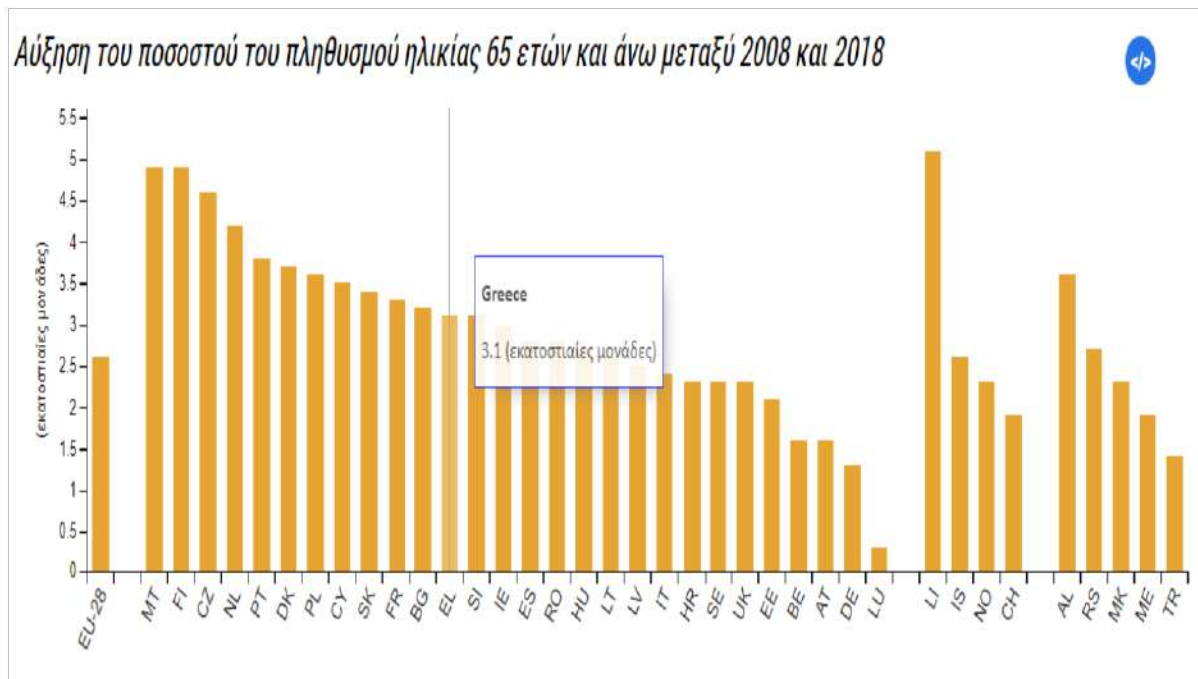
Οι πληθυσμιακές εκτιμήσεις με βάση τα αποτελέσματα της απογραφής μπορεί να εισάγουν διακοπές σε σειρές για το μέγεθος και τη διάρθρωση του πληθυσμού. Η Eurostat παρέχει πληροφορίες για ένα μεγάλο εύρος δημογραφικών στοιχείων. Τα στοιχεία σχετικά με τον πληθυσμό περιλαμβάνουν κατανομές βάσει ορισμένων χαρακτηριστικών, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο.

Η Eurostat παράγει προβολές πληθυσμού σε εθνικό επίπεδο ανά τριετία. Οι προβολές αυτές είναι υποθετικά σενάρια που αποσκοπούν στην παροχή πληροφοριών για το πιθανό μελλοντικό μέγεθος και την ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού με βάση υποθέσεις για τις

μελλοντικές τάσεις της γονιμότητας, του προσδόκιμου ζωής και της μετανάστευσης.

Οι πληθυσμιακές προβολές της Eurostat χρησιμοποιούνται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για να αναλυθεί ο πιθανός αντίκτυπος της γήρανσης των πληθυσμών στις δημόσιες δαπάνες. Οι αυξημένες κοινωνικές δαπάνες που συνδέονται με τη γήρανση του πληθυσμού, με τη μορφή συντάξεων, υγειονομικής περίθαλψης και θεσμικής ή ιδιωτικής (υγειονομικής) περίθαλψης, ενδέχεται να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη επιβάρυνση για τα άτομα σε ηλικία εργασίας.

Γράφημα 5: Αύξηση του ποσοστού πληθυσμού ηλικίας 65+



Πηγή: Eurostat (επιγραμμικός κωδικός δεδομένων: demo_rjand)

Ορισμένες σημαντικές πολιτικές, κυρίως στον κοινωνικό και οικονομικό τομέα, χρησιμοποιούν δημογραφικά στοιχεία για τον προγραμματισμό δράσεων, την

παρακολούθηση και την αξιολόγηση προγραμμάτων — για παράδειγμα, τη δημογραφική γήρανση και τις πιθανές επιπτώσεις στη βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών και κοινωνικών διατάξεων, ή τον οικονομικό και κοινωνικό αντίκτυπο της δημογραφικής αλλαγής.

Για τη μελέτη του επιπέδου υποστήριξης νεαρότερων και/ή γηραιότερων ατόμων από τον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας μπορεί να χρησιμοποιηθούν δείκτες της εξάρτησης που συνδέονται με την ηλικία· οι δείκτες αυτοί εκφράζονται ως το σχετικό μέγεθος του αριθμού των νεαρότερων και/ή γηραιότερων ατόμων συγκριτικά με τον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας.

Ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων για την ΕΕ-28 ήταν 30,5 % την 1η Ιανουαρίου 2018 ως εκ τούτου, αντιστοιχούσαν ελαφρώς περισσότερα από τρία άτομα σε ηλικία εργασίας σε κάθε άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω. Ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων στα κράτη μέλη της ΕΕ κυμαινόταν από τα χαμηλά ποσοστά 20,6 % στο Λουξεμβούργο και 21,2 % στην Ιρλανδία, με περίπου πέντε άτομα σε ηλικία εργασίας για κάθε άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω, έως τα υψηλά ποσοστά 35,2 % στην Ιταλία, 34,2 % στη Φινλανδία, 34,1 % στην Ελλάδα, όπου λιγότερο από τρία άτομα σε ηλικία εργασίας αντιστοιχούσαν σε κάθε άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω.

Ο συνδυασμός των δεικτών εξάρτησης νεαρών και ηλικιωμένων ατόμων παρέχει τον συνολικό δείκτη της εξάρτησης που συνδέεται με την ηλικία (ο οποίος υπολογίζεται ως το ποσοστό των εξαρτώμενων, νεαρών και ηλικιωμένων ατόμων, σε σύγκριση με τον πληθυσμό που θεωρείται ότι βρίσκεται σε ηλικία εργασίας, με άλλα λόγια ηλικίας 15 έως 64 ετών). Το 2018 το ποσοστό ήταν 54,6 % στην ΕΕ-28, γεγονός που δείχνει ότι υπήρχαν περίπου δύο άτομα σε ηλικία εργασίας για κάθε εξαρτώμενο άτομο.

Το 2018 ο χαμηλότερος συνολικός δείκτης της εξάρτησης που συνδέεται με την ηλικία στα κράτη μέλη της ΕΕ παρατηρήθηκε στο Λουξεμβούργο (43,8 %) και ο υψηλότερος στη Γαλλία (60,7 %).

Πίνακας 4: Δείκτες της ηλικιακής σύνθεσης του πληθυσμού, 1η Ιανουαρίου 2018 (%)

	Young-age dependency ratio	Old-age dependency ratio	Total age dependency ratio	Share of population aged 80 or over
EU-28	24.1	30.5	54.6	9.6
Belgium	26.4	29.1	55.4	5.6
Bulgaria	22.0	32.5	54.5	4.8
Czechia	24.2	29.6	53.8	4.0
Denmark	25.9	30.1	56.1	4.4
Germany	20.7	32.8	53.6	6.2
Estonia	25.5	30.6	56.0	5.5
Ireland	31.9	21.2	53.1	3.3
Greece	22.6	34.1	56.7	6.9
Spain	22.7	29.2	51.9	6.2
France	29.1	31.6	60.7	6.0
Croatia	22.1	30.7	52.9	5.2
Italy	20.8	35.2	56.0	7.0
Cyprus	23.9	23.4	47.3	3.5
Latvia	24.6	31.4	56.0	5.4
Lithuania	23.0	30.1	53.0	5.6
Luxembourg	23.2	20.6	43.8	3.9
Hungary	21.9	28.5	50.3	4.4
Malta	20.7	28.0	48.7	4.2
Netherlands	24.7	29.0	53.7	4.5
Austria	21.6	27.9	49.5	4.9
Poland	22.5	25.3	47.8	4.3
Portugal	21.4	33.3	54.7	6.3
Romania	23.6	27.5	51.1	4.5
Slovenia	22.9	29.6	52.5	5.2
Slovakia	22.7	22.5	45.2	3.2
Finland	25.9	34.2	60.1	5.3
Sweden	28.4	31.7	60.1	5.1
United Kingdom	28.1	28.6	56.6	4.9
Iceland	29.0	21.1	50.2	3.6
Liechtenstein	21.7	25.8	47.5	3.7
Norway	27.1	25.9	53.0	4.2
Switzerland	22.4	27.4	49.8	5.1
Montenegro	26.9	22.0	48.9	3.1
North Macedonia	23.6	19.5	43.1	2.5
Albania	25.7	19.7	45.4	2.5
Serbia	21.8	30.3	52.1	4.5
Turkey	34.7	12.6	47.2	1.7

Πηγή: Eurostat (demo_pjanind)

Μια γενικά αυξητική τάση παρατηρείται στον δείκτη εξάρτησης ηλικιωμένων και στον συνολικό δείκτη εξάρτησης που συνδέεται με την ηλικία στην ΕΕ-28.

Ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων αυξήθηκε κατά 5,0 εκατοστιαίες μονάδες (ή κατά 19,6 %

από την προηγούμενη τιμή του) την τελευταία δεκαετία (από 25,5 % το 2008 σε 30,5 % το 2018), ενώ ο συνολικός δείκτης της εξάρτησης αυξήθηκε κατά 5,6 εκατοστιαίες μονάδες (ή κατά 11,4 % από την προηγούμενη τιμή του) την ίδια περίοδο (από 49,0 % το 2008 σε 54,6 % το 2018).

Προηγούμενες και μελλοντικές τάσεις της δημογραφικής γήρανσης στην ΕΕ

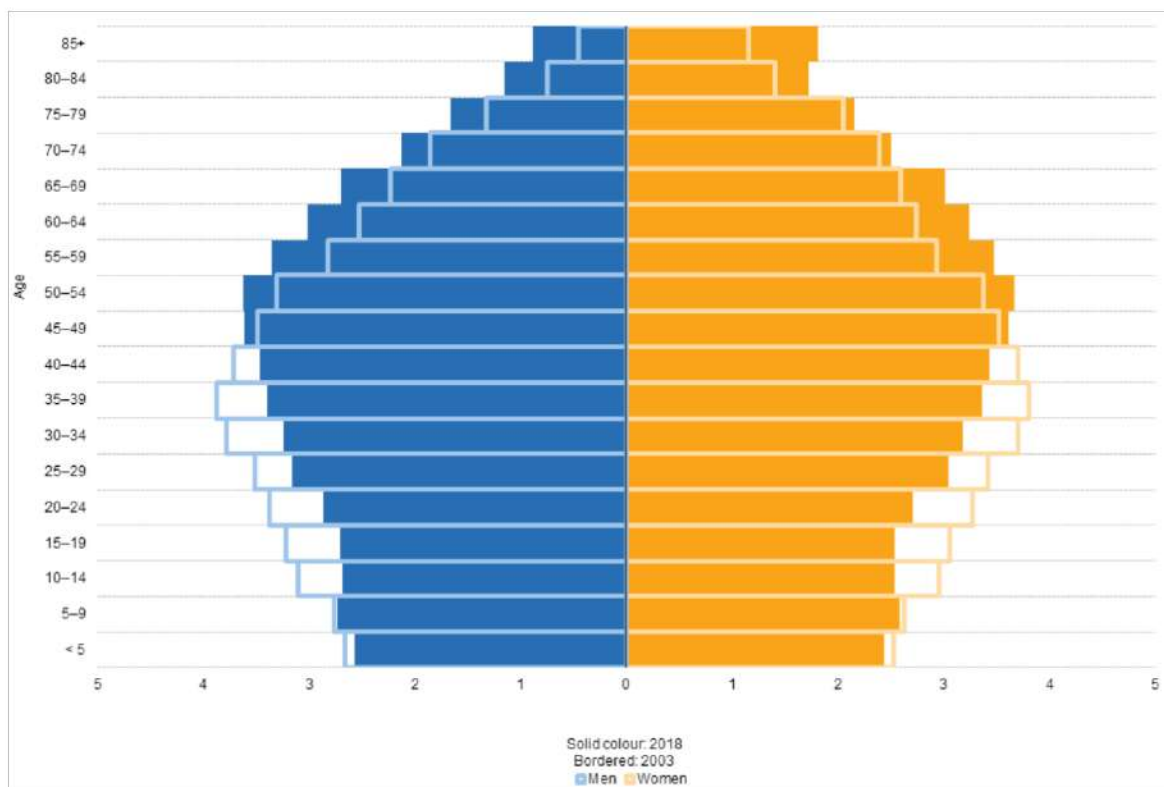
Η δημογραφική γήρανση είναι μια μακροχρόνια τάση που άρχισε πριν από αρκετές δεκαετίες στην Ευρώπη. Η τάση αυτή είναι εμφανής στους μετασχηματισμούς της ηλικιακής διάρθρωσης του πληθυσμού και αντανακλάται στην αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων σε συνδυασμό με τη μείωση του ποσοστού των ατόμων σε ηλικία εργασίας στο σύνολο του πληθυσμού.

Οι πληθυσμιακές πυραμίδες δείχνουν την κατανομή του πληθυσμού ανά φύλο και ανά ηλικιακή ομάδα πέντε ετών. Κάθε ράβδος αντιστοιχεί στο μερίδιο της κάθε ομάδας ανά φύλο και ηλικία στο σύνολο του πληθυσμού (άνδρες και γυναίκες μαζί). Η πληθυσμιακή πυραμίδα της ΕΕ-28 την 1η Ιανουαρίου 2018 είναι στενή στη βάση και γίνεται ολοένα και πιο ρομβοειδής λόγω της γενιάς της έκρηξης των γεννήσεων που προκύπτει από τα υψηλά ποσοστά γονιμότητας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες στα μέσα της δεκαετίας του 1960 (γνωστή ως «baby boom»).

Η εν λόγω γενιά της έκρηξης των γεννήσεων εξακολουθεί να αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας. Οι πρώτοι από αυτή τη μεγάλη ομάδα που γεννήθηκαν σε μια περίοδο 20 — 30 ετών φθάνουν σήμερα σε ηλικία συνταξιοδότησης, όπως φαίνεται

από τη σύγκριση με την πληθυσμιακή πυραμίδα του 2003. Η διόγκωση της γενιάς της έκρηξης των γεννήσεων ανεβαίνει στην πληθυσμιακή πυραμίδα, με αποτέλεσμα το κατώτερο τμήμα του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας και η βάση να συρρικνώνεται— όπως φαίνεται στο γράφημα.

Γράφημα 6: Πληθυσμιακές πυραμίδες, ΕΕ-28, 2003 και 2018 (% του συνολικού πληθυσμού)



Πηγή: Eurostat (*demo_pjangroup*)

Το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω αυξάνεται σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, στις χώρες ΕΖΕΣ και στις υποψήφιες προς ένταξη χώρες. Η αύξηση κατά την τελευταία δεκαετία κυμαίνεται από 4,9 εκατοστιαίες μονάδες στη Μάλτα και τη Φινλανδία και 4,6 εκατοστιαίες μονάδες στην Τσεχία, έως 1,3 εκατοστιαίες μονάδες στη Γερμανία και 0,3

εκατοστιαίες μονάδες στο Λουξεμβούργο. Κατά την τελευταία δεκαετία (2008 — 18) παρατηρήθηκε αύξηση κατά 2,6 εκατοστιαίες μονάδες για την ΕΕ-28 συνολικά. Από την άλλη πλευρά, το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας κάτω των 15 ετών στην ΕΕ-28 μειώθηκε κατά 0,2 εκατοστιαίες μονάδες.

Η αύξηση του σχετικού ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων μπορεί να εξηγηθεί από την αύξηση της διάρκειας ζωής, ένα μοντέλο που εμφανίζεται εδώ και πολλές δεκαετίες καθώς το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε η εξέλιξη αυτή αναφέρεται συχνά ως «γήρανση στην κορυφή» της πληθυσμιακής πυραμίδας.

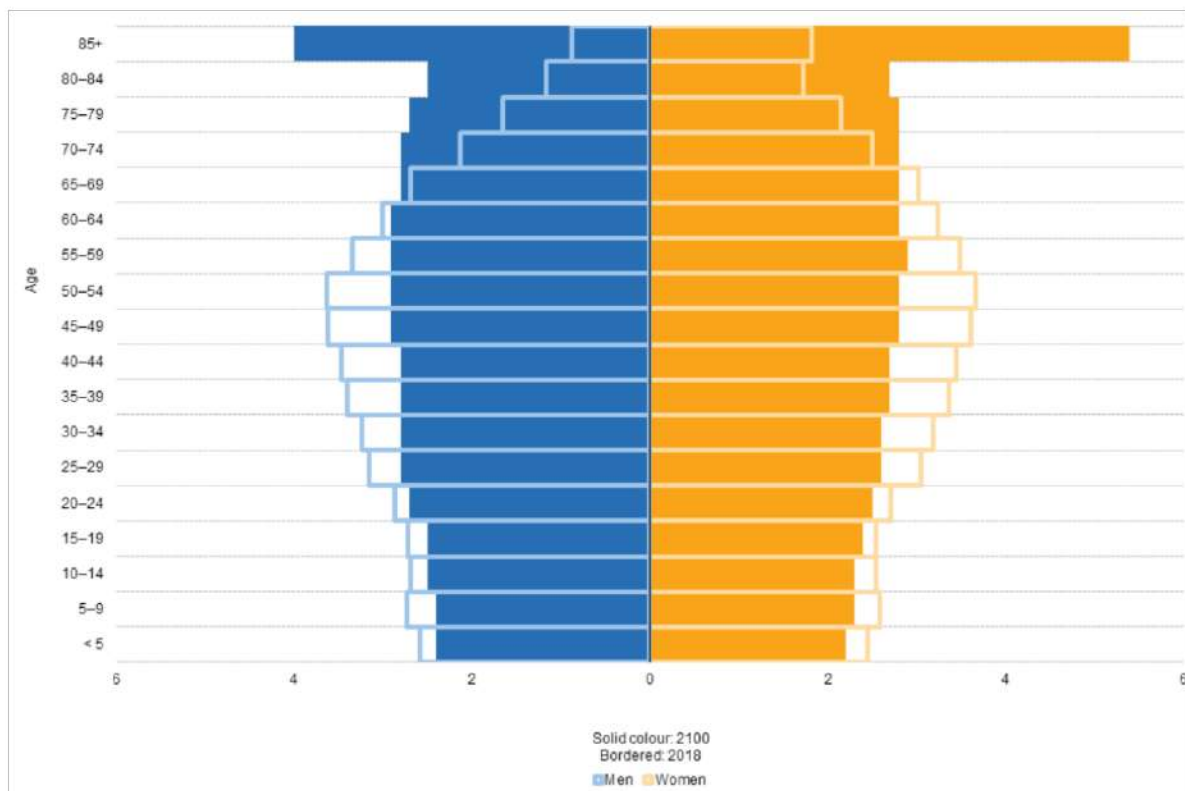
Από την άλλη πλευρά, τα συστηματικά χαμηλά επίπεδα γονιμότητας επί σειρά ετών συνέβαλαν στη γήρανση του πληθυσμού, με αποτέλεσμα οι λιγότερες γεννήσεις να οδηγούν σε μείωση της αναλογίας των νέων ατόμων στο σύνολο του πληθυσμού. Η διαδικασία αυτή είναι γνωστή ως «γήρανση στη βάση» της πληθυσμιακής πυραμίδας και μπορεί να παρατηρηθεί στη συρρικνούμενη βάση της πληθυσμιακής πυραμίδας της ΕΕ-28 μεταξύ 2003 και 2018.

Σε μια προσπάθεια να εξεταστούν οι μελλοντικές τάσεις για την πληθυσμιακή γήρανση, οι πιο πρόσφατες προβολές πληθυσμού της Eurostat κάλυπταν την περίοδο από το 2018 έως το 2100. Ο πληθυσμός της ΕΕ-28 αναμένεται να κορυφωθεί στα 525,0 εκατ. περίπου το 2040 και, στη συνέχεια, να μειωθεί σταδιακά σε 492,9 εκατομμύρια έως το 2100.

Η σύγκριση της ηλικιακής πυραμίδας για το 2018 και το 2100 δείχνει ότι ο πληθυσμός της ΕΕ-28 προβλέπεται να συνεχίσει να γηράσκει. Στις επόμενες δεκαετίες, η πολυπληθής «γενιά της έκρηξης των γεννήσεων» (baby boomers) θα διογκώσει τον αριθμό των ηλικιωμένων. Ωστόσο, μέχρι το 2100, η πυραμίδα θα πάρει μάλλον ένα μονοκόμματο

σχήμα, το οποίο θα στενεύει σημαντικά στη μέση της πυραμίδας (γύρω από την ηλικιακή ομάδα των 45 – 54 ετών).

Γράφημα 7: Πληθυσμιακές πυραμίδες, ΕΕ-28, 2018 και 2100 (% του συνολικού πληθυσμού)

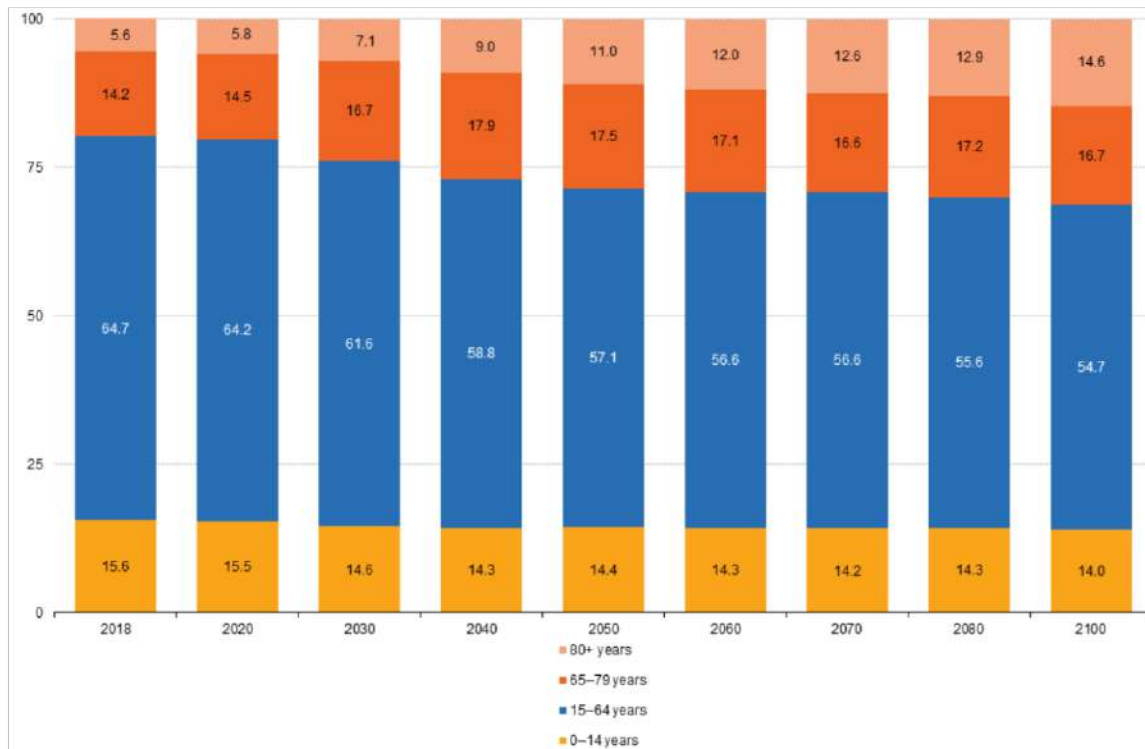


Πηγή: Eurostat (*demo_pjangroup*) και (*proj_18np*)

Μια άλλη πτυχή της δημογραφικής γήρανσης είναι η σταδιακή γήρανση του ίδιου του πληθυσμού των ηλικιωμένων, καθώς η σχετική σημασία των πολύ ηλικιωμένων αυξάνεται με ταχύτερο ρυθμό απ' ό,τι οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή κατηγορία του πληθυσμού της ΕΕ.

Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω στον πληθυσμό της ΕΕ-28 προβλέπεται να αυξηθεί επί 2,5 μεταξύ του 2018 και του 2100, από 5,6 % σε 14,6 %.

Γράφημα 8: Πληθυσμιακή διάρθρωση ανά μεγάλες ηλικιακές ομάδες, ΕΕ-28, 2018-2100 (% του συνολικού πληθυσμού)

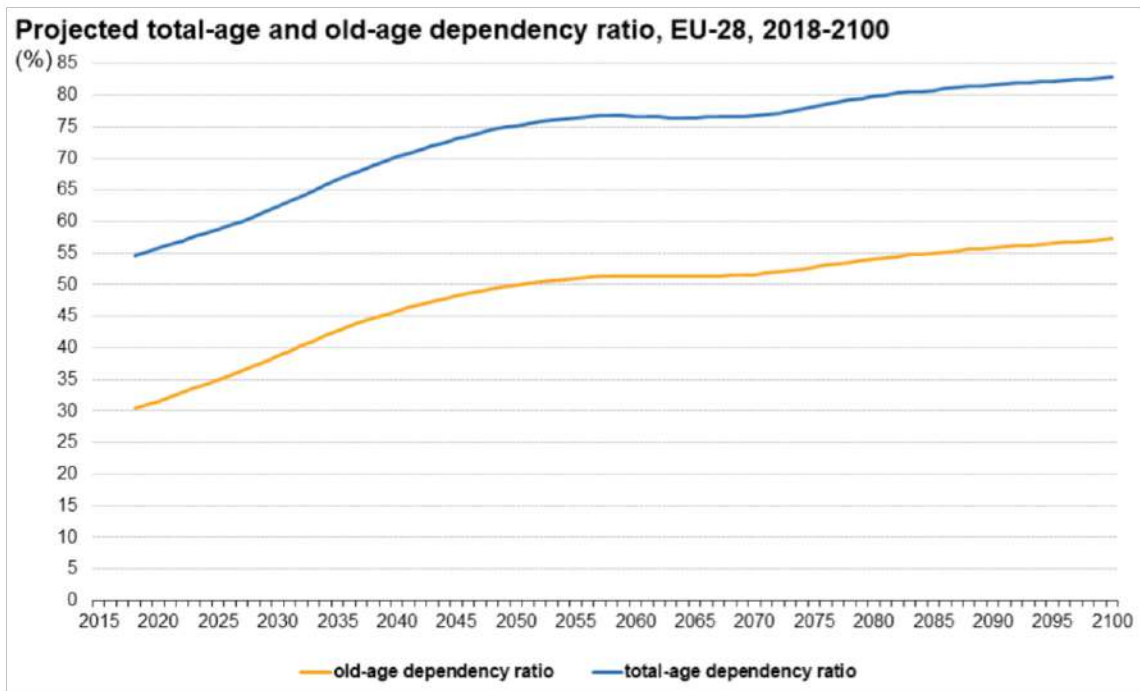


Πηγή: Eurostat ([demo_pjanind](#)) και ([proj_18ndbi](#))

Κατά τη διάρκεια της περιόδου από το 2018 έως το 2100, το μερίδιο του πληθυσμού που βρίσκεται σε ηλικία εργασίας αναμένεται να μειωθεί μέχρι το 2100, ενώ τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιθανό να αντιπροσωπεύουν ένα όλο και μεγαλύτερο μερίδιο του συνολικού πληθυσμού: τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω θα αποτελούν το 31,3 % του πληθυσμού της ΕΕ-28 έως το 2100, σε σύγκριση με το 19,8 % το 2018. Ως αποτέλεσμα της μετακίνησης του πληθυσμού μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων στην ΕΕ-28 προβλέπεται σχεδόν να διπλασιαστεί από 30,5 % το 2018 σε 57,3 % έως το 2100 και ο συνολικός δείκτης της εξάρτησης που συνδέεται με την ηλικία προβλέπεται ότι θα αυξηθεί από 54,6 % το 2018 σε 82,9 % έως το 2100. Η διάμεση ηλικία αναμένεται να αυξηθεί κατά

5,4 έτη, από 43,3 έτη το 2018 σε 48,7 έτη το 2100.

Γράφημα 9: Προβλεπόμενος δείκτης εξάρτησης που συνδέεται με όλες τις ηλικίες και τους ηλικιωμένους, ΕΕ-28 2018-2100 (%)



Πηγή: Eurostat ([demo_pjanind](#)) και ([proj_18ndbi](#))

Η δημογραφική γήρανση χαρακτηρίζεται από τη συνεχή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στον συνολικό πληθυσμό με ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των παιδιών (0 - 14 ετών) και, ενδεχομένως, της αναλογίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας (15 - 64 ετών). Από τον ορισμό προκύπτει ότι η γήρανση δεν είναι μόνο η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, αλλά η αύξηση της αναλογίας τους στον συνολικό πληθυσμό, συνίσταται επομένως στη μεταβολή της διάρθρωσης του πληθυσμού κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών.

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Τρίτη Ηλικία και κοινωνική πολιτική

Το ενδιαφέρον των επιστημόνων των επαγγελματιών, των πολιτικών και της κοινής γνώμης για τη γήρανση των πληθυσμών και των ατόμων αποδίδεται στη μεγάλη αύξηση του αριθμού και της αναλογίας των ηλικιωμένων, στις αλλαγές στις δημογραφικές μεταβλητές που σημειώθηκαν στις τελευταίες δεκαετίες (μεταβολές στη γονιμότητα, στη θνησιμότητα και στις μεταναστεύσεις) καθώς και στις μεταβολές στη δομή της οικογένειας και στο μέγεθος των νοικοκυριών που είχαν επιπτώσεις στη ζωή των ηλικιωμένων.

Το ενδιαφέρον άρχισε στις δεκαετίες του 1950 και 1960 όταν είδαν το φως οι πρώτες δημογραφικές μελέτες που ανέλυαν τη γήρανση του πληθυσμού. Στη δεκαετία του 1970 δόθηκε έμφαση στους υπερήλικες που τους όριζαν ως άτομα άνω των 75 ετών.

Στη δεκαετία του 1980 έγιναν οι περισσότερες μελέτες για τη γήρανση του πληθυσμού, τα αίτια και τις επιπτώσεις της. Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στη δημογραφική πυραμίδα και η συνεπακόλουθη ανισορροπία μεταξύ ενεργού και εξαρτώμενου πληθυσμού έχει δυσμενείς επιπτώσεις στις υπηρεσίες υγείας, στην κοινωνική ασφάλιση, στην απασχόληση, στην οικονομία και στην κοινωνία γενικότερα. Ειδικότερα η πίεση που ασκείται στα συστήματα υγείας εξαιτίας της δημογραφικής γήρανσης είναι αυξανόμενη και οι αλλαγές που απαιτούνται στα συστήματα υγείας θεωρούνται δομικής φύσεως ⁴⁸.

⁴⁸ Πουλοπούλου- Έμκε Ήρα (1999): Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες Παρελθόν Παρόν Μέλλον, Αθήνα

Προγράμματα Κοινωνικής Πρόνοιας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα τα άτυπα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας, που τα αποτελούν τόσο η οικογένεια όσο και το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον, λειτουργούν ως ένα βαθμό επικουρικά και καλύπτουν στο βαθμό που είναι αυτό εφικτό το δίκτυο κοινωνικών υπηρεσιών το οποίο, συχνά, θεωρείται ελλιπές⁴⁹.

Συγκεκριμένα, φαίνεται στην Ελλάδα να είναι ιδιαίτερα έντονο το αίσθημα κοινωνικής αλληλεγγύης ιδιαίτερα σε περιοχές της επαρχίας, γεγονός που επιτρέπει στους ανθρώπους να δέχονται τη φροντίδα του ευρύτερου συγγενικού τους περιβάλλοντος ή ακόμη και ευρύτερα κοινωνικού, καθώς στην επαρχία συντηρείται ακόμη η έννοια της γειτονιάς. Οι άτυπες αυτές πρωτοβουλίες καλύπτουν το σημαντικό κενό που προκύπτει κυρίως στη σύγχρονη εποχή από την αδυναμία των παιδιών να αναλάβουν τη φροντίδα των γονέων τους, ειδικά όταν βρίσκονται μακριά τους.

Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί ότι οι ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας (65 - 75 έτη) είναι διαφορετικές σε σημαντικό από τις αντίστοιχες της Τέταρτης Ηλικίας (75 έτη και άνω). Η Τρίτη Ηλικία έχει ανάγκη από την παροχή κοινωνικών και πολιτισμικών ερεθισμάτων, ενώ η Τέταρτη Ηλικία έχει ανάγκη περισσότερο από τις «φυσιολογικές - βιολογικές φροντίδες», που σχετίζονται με θέματα υγείας, διατήρηση της υγιεινής κ.ά. Δυστυχώς, όμως, τα αυξανόμενα προβλήματα υγείας δεν επιτρέπουν πάντοτε στο συγγενικό περιβάλλον του ηλικιωμένου ατόμου να το στηρίξει επαρκώς και να ανταποκριθεί κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες του. Για το λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητο για την ευημερία του ατόμου

⁴⁹ Στασινοπούλου Ο., (1996), *Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής. Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμό. Φροντίδα και γήρανση. Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση.* Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg

να στραφεί στην αναζήτηση περισσότερο οργανωμένης βοήθειας, έτσι όπως αυτή παρέχεται από τις κοινωνικές δομές του κράτους⁵⁰.

Στην Ελλάδα, «ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας» και, για το λόγο αυτό, κατοχυρώνονται συνταγματικά (άρθρο 2, παρ. 1, Σ). Το ίδιο ισχύει και για την απαγόρευση των διακρίσεων, η οποία διασφαλίζεται μέσω της ρητής συνταγματικής πρόβλεψης της ισότητας ενώπιον του νόμου (άρθρο 4, παρ. 1, Σ), της απόλυτης προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας κάθε προσώπου που βρίσκεται στην Ελληνική Επικράτεια, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων (άρθρο 5, παρ. 2, Σ) ή, ακόμη, του δικαιώματος στην παροχή έννομης προστασίας από τα Δικαστήρια (άρθρο 20, παρ. 1, Σ).

Σημαντικό είναι, δε, να σημειωθεί ότι οι περισσότερες εκ των ανωτέρω διατάξεων ανήκουν στις μη-αναθεωρητέες διατάξεις. Ειδικότερα, η προστασία και ο σεβασμός των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων ατόμων κατοχυρώνονται στο άρθρο 21, παρ. 3, του ελληνικού Συντάγματος, το οποίο ορίζει ότι «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία [...] του γήρατος [...]», ενώ, ταυτόχρονα, η διασφάλιση της ανεμπόδιστης και αποτελεσματικής άσκησης των «δικαιωμάτων του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου» και της «αρχής του κοινωνικού κράτους δικαίου» ορίζεται στο άρθρο 25, παρ. 1, Σ, ως υποχρεωτική.

Σε ό,τι αφορά στη νομοθετική αναγνώριση της υποχρέωσης προαγωγής και σεβασμού των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων στη Χώρα μας, ο Ν 3304/2015 για την Εφαρμογή της αρχής

⁵⁰ Σταθόπουλος, Π. (2005). Κοινωνική Πρόνοια. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης

της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού⁵¹, με τον οποίο μεταφέρθηκαν στην ελληνική έννομη τάξη οι Οδηγίες 2000/43/ΕΚ (περί εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχείρισης προσώπων ασχέτως φυλετικής ή εθνοτικής τους καταγωγής) και 2000/78/ΕΚ (για τη διαμόρφωση γενικού πλαισίου για την ίση μεταχείριση στην απασχόληση και την εργασία), αποτέλεσε τομή για την προαγωγή της αρχής της ισότητας και την προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου στη Χώρα μας. Με τη σύσταση, μάλιστα, των φορέων προώθησης της αρχής της ίσης μεταχείρισης (άρθρο 19), δίνεται η δυνατότητα σε «ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού», οι οποίες τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά φτώχειας και ανεργίας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, να αναζητήσουν άλλη οδό προστασίας πέραν της δικαιοσύνης, που λόγω της βραδυπορίας και της δαπάνης, δεν είναι πάντα και η πλέον αποτελεσματική⁵².

Πέραν του Ν 3304/2015, που αποτελεί το βασικό νομοθετικό εργαλείο για την καταπολέμηση των διακρίσεων, ξεχωριστή αναφορά κρίνεται σκόπιμο να γίνει και στο Ν 2345/1995 σχετικά με τις Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις⁵³, οι διατάξεις του οποίου παρέχουν ειδικό ρυθμιστικό πλαίσιο για την ιδρυματική φροντίδα που παρέχεται στους ηλικιωμένους από τους οίκους ευγηρίας. Τέλος, σημαντική είναι η συμβολή του Ν 3500/2006 Για την

⁵¹ ΦΕΚ 16 Α' /27.1.2005. ⁵² Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών – Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής (ΕΚΚΕ-ΙΚΠ), Ερευνητικό πρόγραμμα «Σύσταση Παρατηρητηρίου Καταπολέμησης των διακρίσεων». Ν. Σαρρής, σελ. 8-9.

⁵² Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών – Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής (ΕΚΚΕ-ΙΚΠ), Ερευνητικό πρόγραμμα «Σύσταση Παρατηρητηρίου Καταπολέμησης των διακρίσεων», Το Θεσμικό πλαίσιο καταπολέμησης των διακρίσεων, Ν. Σαρρής, σελ. 8-9.
[http://www.eif.gov.cy/mlsi/dl/genderequality.nsf/0/24C8142C925A4A5CC2257A750029F715/\\$file/Framework_el.pdf](http://www.eif.gov.cy/mlsi/dl/genderequality.nsf/0/24C8142C925A4A5CC2257A750029F715/$file/Framework_el.pdf).

⁵³ ΦΕΚ Α' 213/12.10.1995.

αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας⁵⁴, ο οποίος παρέχει ένα ειδικότερο νομοθετικό προστατευτικό πλαίσιο σε κάθε μέλος της οικογένειας που μπορεί να υφίσταται βία, μεταξύ των οποίων και τα ηλικιωμένα άτομα. Αξίζει να αναφερθεί, μάλιστα, στο σημείο η διάταξη του άρθρου 22, η οποία προβλέπει την παροχή του ευεργετήματος της πενίας σε θύματα ενδοοικογενειακής βίας, τα οποία ζητούν τη λήψη ασφαλιστικών μέτρων για προσωρινή ρύθμιση της κατάστασης, εξαιτίας του συγκεκριμένου περιστατικού και αδυνατούν να καταβάλουν τις απαιτούμενες δικαστικές δαπάνες.

Υπό το φως των ανωτέρω επισημάνσεων, ο προβληματισμός που εγείρεται είναι εύλογος. Σε συνθήκες βαθιάς και παρατεταμένης οικονομικής κρίσης, συνοδευόμενης από μια δημοσιονομική και οικονομική πολιτική μονομερώς προσανατολισμένη στην αυστηρή δημοσιονομική λιτότητα, την περιστολή ή την κατάργηση κοινωνικών δαπανών και την απορρύθμιση του θεσμικού πλαισίου των εργασιακών σχέσεων, ανταποκρίνεται η μέριμνα που λαμβάνεται για τα ηλικιωμένα άτομα στις προαναφερθείσες αρχές του διεθνούς και ευρωπαϊκού δικαίου; Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι η οικονομική ύφεση που πλήττει τη χώρα μας είναι πρωτοφανής σε ένταση και σε διάρκεια⁵⁵.

Σύμφωνα με πρόσφατη Γνώμη της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής της Ελλάδος (ΟΚΕ) σχετικά με το κοινωνικό δίκτυ ασφαλείας για τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, το ποσοστό της φτώχειας στη χώρα μας σημειώνει σημαντική αύξηση, με το 34.6% του ελληνικού πληθυσμού να βρίσκεται αντιμέτωπο με τον κίνδυνο της φτώχειας ή του

⁵⁴ ΦΕΚ Α' 232/24.10.2006.

⁵⁵ Ματσαγγάνης, Μ., Λεβέντη, Χ., Καναβίτσα, Ε. (2013). Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα της κρίσης. Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής. http://www.paru.gr/files/newsletters/NewsLetter_01.pdf

κοινωνικού αποκλεισμού⁵⁶. Σύμφωνα με τις επίσημες εκτιμήσεις της Eurostat για το εθνικό εισόδημα, το 2013 το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) της Ελλάδας έχει συρρικνωθεί κατά 20,6% σε σύγκριση με το 2009 (ή, ακόμη, 23.2% σε σύγκριση με το 2007)⁵⁷, ενώ η Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών επισημαίνει ότι το ποσοστό φτώχειας με βάση ένα σταθερό όριο έχει αυξηθεί κατακόρυφα, σε 39% το 2012 και 44% το 2013⁵⁸. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία έντονων φαινομένων περιθωριοποίησης, ιδίως των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού, όπως είναι και οι ηλικιωμένοι.

Σκοποί της Πολιτικής για τους Ηλικιωμένους

«Η πολιτική στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους αποσκοπεί στην παραμονή τους, όσο το δυνατόν, μέσα στην κοινότητα και την επικοινωνία με την οικογένεια τους, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας. Η συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας και της οικογένειάς τους, περιορίζει την ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων από τον υπόλοιπο πληθυσμό».

Προκειμένου να υλοποιηθούν οι παραπάνω σκοποί, το Υπουργείο Υγείας υλοποιεί κατάλληλα προγράμματα για την Τρίτη Ηλικία.

⁵⁶ Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδος (ΟΚΕ), (2014). Γνώμη πρωτοβουλίας: Το κοινωνικό δίκτυο ασφαλείας για τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής. Προτάσεις και μέτρα πολιτικής, σελ. 2.

http://www.oke.gr/opinion/op_301.pdf

⁵⁷ Eurostat, Real GDP growth rate – volume

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&rcode=tec00115>.

⁵⁸ Ματσαγγάνης, Μ., Λεβέντη Χ. (2014). Η ανατομία της φτώχειας στην Ελλάδα του 2013. Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής, Ενημερωτικό Δελτίο 5/2013. σελ. 6-7.

http://www.paru.gr/files/newsletters/NewsLetter_05.pdf.

Τα μέτρα αυτά αφορούν την προστασία και τη φροντίδα των ηλικιωμένων και περιλαμβάνουν:

α. Εισοδηματική ενίσχυση

β. Παροχές σε είδος

γ. Παροχή προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, το Υπουργείο θεωρείται αρμόδιο για την έκδοση των κατάλληλων πιστοποιητικών και την εποπτεία όλων εκείνων των οργανισμών που ασχολούνται με τη φροντίδα των ηλικιωμένων.

Μέτρα Προστασίας, Φορείς και Προϋποθέσεις Επιλεξιμότητας

α. Εισοδηματική Ενίσχυση

Το υπουργείο Υγείας έχει την ευθύνη για την θεσμοθέτηση των κατάλληλων μέτρων, ώστε να ενισχυθεί το εισόδημα των άπορων ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα αυτή η πολιτική περιλαμβάνει:

- Τη συνταξιοδότηση των ανασφάλιστων ηλικιωμένων οι οποίοι μετά το 65ο έτος λαμβάνουν κάθε μήνα από ειδικό λογαριασμό που έχει συσταθεί στο Ο.Γ.Α., την εκάστοτε ελάχιστη χορηγούμενη σύνταξη. Οι δικαιούχοι πρέπει να είναι Έλληνες υπήκοοι ή ομογενείς οι οποίοι διαμένουν μονίμως στην Ελλάδα.
- Ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών τα οποία έχουν πάνω από 67% αναπηρία έχουν δικαίωμα για μηνιαία οικονομική ενίσχυση με βασική προϋπόθεση να μην είναι ασφαλισμένοι.
- Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ηλικιωμένα άτομα όπως και άτομα και οικογένειες όλων των ηλικιών δικαιούνται έκτακτη οικονομική ενίσχυση.
- Επιδότηση ενοικίου. Μοναχικά άτομα η ζευγάρια άνω των 65 ετών που δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία, δικαιούνται την επιδότηση ενοικίου από την Κοινωνική Υπηρεσία της Νομαρχίας.

Εκτός από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και τα Φιλόπτωχα Ταμεία των ενοριών παρέχουν οικονομική ενίσχυση σε άπορους ηλικιωμένους⁵⁹.

β. Παροχές σε είδος

Σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια του έτους παρέχονται στους ηλικιωμένους που βρίσκονται σε ανάγκη είδη πρώτης ανάγκης τα οποία είναι τις περισσότερες φορές τρόφιμα όπως ρύζι, μακαρόνια και τυρί σε ικανοποιητικές ποσότητες. Οι παροχές αυτές σε συνδυασμό με τις πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται από την Εκκλησία τα Φιλόπτωχα Ταμεία και το Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό αποτελούν συχνά πολύτιμη βοήθεια για τους ηλικιωμένους που βρίσκονται σε ανάγκη.

γ. Παροχή προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών

Η παροχή υπηρεσιών διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: την εξωιδρυματική και την ιδρυματική περιθαλψη.

Οι πολιτικές του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την τρίτη ηλικία

Ο Υπουργός Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Κωστής Χατζηδάκης, με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Τρίτης Ηλικίας, έκανε την ακόλουθη δήλωση: «Σήμερα τιμούμε την τρίτη ηλικία, όλους αυτούς που μπορεί να είναι γονείς ή παππούδες μας και μας έχουν στηρίξει από τα πρώτα βήματα της ζωής μας. Η σημερινή ημέρα λοιπόν πρέπει να μας υπενθυμίζει

⁵⁹ Σταθόπουλος, Π. (2005). Κοινωνική Πρόνοια. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης

το ιδιαίτερο καθήκον απέναντι τους: Να μεριμνούμε αφενός για τη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσής τους και αφετέρου για την πιο ενεργή συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή της χώρας.»

Στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων έχουμε σημαντικό μέρος της ευθύνης για τις πολιτικές ως προς τα άτομα τρίτης ηλικίας. Και θέλουμε να μιλάμε με συγκεκριμένο και μετρήσιμο έργο. Υπενθυμίζω λοιπόν ότι τα τελευταία δύο χρόνια έχουν υιοθετηθεί μεταξύ άλλων οι ακόλουθες πολιτικές:

1. Αυξήθηκε το τμήμα της σύνταξης που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι συνταξιούχοι από το 30% στο 70%.
2. Αντιμετωπίστηκαν αδικίες του νόμου Κατρούγκαλου για τους συνταξιούχους με περισσότερα από 30 χρόνια εργασίας και ψηφίστηκε η αύξηση των αντίστοιχων συντάξεων.
3. Συνεχίστηκε η στήριξη των ανασφάλιστων υπερηλίκων, ενώ θεσπίστηκαν κριτήρια διαφάνειας και αντικειμενικότητας για την καταβολή του επιδόματος.
4. Ενισχύθηκε το προσωπικό στις δομές φροντίδας ηλικιωμένων κατά 33%.
5. Το νέο, ενιαίο και σύγχρονο τηλεφωνικό κέντρο 1555 του Υπουργείου ξεκίνησε να κάνει καλύτερη την καθημερινότητα των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς την επαφή με τις υπηρεσίες μας.
6. Έχει ήδη πραγματοποιηθεί από πλευράς του Υπουργείου ο σχεδιασμός σε πρόσθετα μέτρα που αφορούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

7. Επιτάχυνση της απονομής των εκκρεμών συντάξεων. Μια προσπάθεια που έχει ήδη αρχίσει να αποδίδει, καθώς υπολογίζουμε βάσιμα ότι στο τέλος του έτους θα έχουμε μια σημαντική αποκλιμάκωση.
8. Αναβάθμιση της εξυπηρέτησης πολιτών από τον ΕΦΚΑ μέσω των νέων, ψηφιακών τεχνολογιών, π.χ. εξυπηρέτηση εξ αποστάσεως μέσω βιντεοκλήσης και ηλεκτρονικά ραντεβού.
9. Ένταξη στο Ταμείο Ανάκαμψης ενός προγράμματος ψηφιακής κατάρτισης ηλικιωμένων, το οποίο έχει ως στόχο την ενίσχυση της εξοικείωσής τους με τα ψηφιακά εργαλεία. Πολιτική που προωθείται σε ολόκληρη την ΕΕ.
10. Ιδιαίτερη προσοχή στις δομές φροντίδας ηλικιωμένων που υπάγονται στο Υπουργείο μας, πολύ περισσότερο για την αντιμετώπιση των συνεπειών του κορωνοϊού.
11. Εκπόνηση σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα μελέτης για την αναβάθμιση των υπηρεσιών που παρέχουν αυτές οι δομές στους ηλικιωμένους.

Η πολιτική για τα άτομα της τρίτης ηλικίας αποτελεί για το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης πάνω από όλα ζήτημα συνείδησης. Διότι ο σεβασμός και η ευαισθησία πρέπει να αποδεικνύεται, όχι με λόγια, αλλά με έργα, ως δείκτης πολιτισμού για την κοινωνία μας.

Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερηλίκων

Σε ανασφάλιστους ηλικιωμένους και σε αυτούς που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης, καταβάλλεται Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερηλίκων, εφόσον έχουν συμπληρώσει το 67ο έτος της ηλικίας τους και δεν λαμβάνουν ή δεν δικαιούνται να λάβουν σύνταξη από το εξωτερικό ή οποιαδήποτε ασφαλιστική ή

προνοιακή παροχή από την Ελλάδα, μεγαλύτερη από το πλήρες ποσό του επιδόματος, το οποίο ανέρχεται στα 360 ευρώ μηνιαίως. Περαιτέρω κριτήρια για τη χορήγησή του ορίζονται στο άρθρο 93 του ν. 4387/2016 (ΦΕΚ Α' 85). Αρμόδιος φορέας για τη χορήγησή του είναι ο Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΟΠΕΚΑ).

Από την έναρξη ισχύος του ν. 4387/2016, το Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερηλίκων αντικατέστησε τη σύνταξη ανασφάλιστων υπερηλίκων του ν. 1296/1982 (Α' 128), όπως τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του ν. 4093/2012 (Α' 222). Οι ανασφάλιστοι υπερήλικες που ήταν δικαιούχοι της εν λόγω παροχής πριν την έναρξη ισχύος του ν. 4387/2016, εξακολουθούν να την λαμβάνουν, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις.

Εξωιδρυματική Περιθαλψη

Φροντίδα στο σπίτι: το Υπουργείο Υγείας θέτοντας ως στόχο την παραμονή του ηλικιωμένου στο οικογενειακό περιβάλλον, εφόσον το επιτρέπουν οι συνθήκες, χρηματοδοτεί προγράμματα βοήθειας στο σπίτι μέσω του Ε.Ε.Σ. . Το 1981 ο Ε.Ε.Σ άρχισε να εφαρμόζει προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων, παρέχοντας ιατρική φροντίδα στο σπίτι. Αναπτύχθηκε έτσι για τις ανάγκες του προγράμματος ένα δίκτυο εθελοντών, ειδικά εκπαιδευμένων, κάτω από την εποπτεία κοινωνικών λειτουργών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το σώμα των «Σαμαρειτών», αποτελούμενο από εθελόντριες νοσηλεύτριες, οι οποίες σε συνεργασία με τον Ε.Ε.Σ. καλύπτουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων που χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι .

Πρόγραμμα τηλεσυναγερμού: με το πρόγραμμα αυτό ο ηλικιωμένος, που ζει μόνος του, θα μπορεί να επικοινωνήσει με την κοινωνική υπηρεσία σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Την ευθύνη για το συντονισμό του προγράμματος έχουν δύο κοινωνικοί λειτουργοί.

Πρόγραμμα τηλείατρικής φροντίδας: με το πρόγραμμα αυτό μπορούν γιατροί που βρίσκονται σε απομακρυσμένα νησιά να ζητήσουν βοήθεια για περιστατικά με καρδιολογικά προβλήματα. Ο Ε.Ε.Σ. διαθέτει καρδιογράφο και απασχολεί ειδικούς γιατρούς οι οποίοι μπορούν να δώσουν οδηγίες για την αντιμετώπιση ενός περιστατικού.

Προγράμματα αναδοχής: Αν και στην χώρα μας δεν είναι τόσο διαδεδομένη αυτή η μορφή φροντίδας, ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις που ενήλικες, κάποιες φορές χωρίς δική τους οικογένεια, αναλαμβάνουν τη φροντίδα κάποιου ηλικιωμένου, όταν οι δικοί του δεν δύνανται να τον περιθάλψουν.

Προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα: όπως είναι για παράδειγμα τα Κέντρα Ανοιχτής Περιήλαψης Ηλικιωμένων τα οποία ιδρύθηκαν το 1979 από το Υπουργείο Υγείας και από το 1983 και μετά έχουν περιέλθει στην αρμοδιότητα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

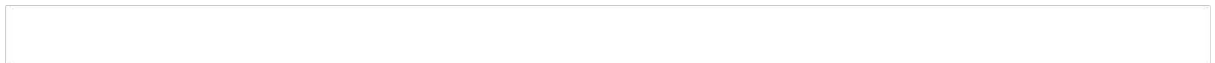
Ανοιχτή περίθαλψη - Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) [Υπ' αριθ. Π1γ/ΑΓΠ/οικ. 14963/9-10-2001 απόφαση (Β' 1397), όπως τροποποιήθηκε με τις υπ' αριθ. Π1γ/ΓΠ/οικ. 11801/5-2-2003 (Β' 160) και Δ27/οικ. 9746/409/4-4-2013 (Β' 914) αποφάσεις] αποτελούν μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων μη δυναμένων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (κινητικές δυσκολίες, άνοια κ.λπ.), των οποίων το οικογενειακό περιβάλλον που τα φροντίζει, εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στην φροντίδα που έχει αναλάβει. Σκοπός των ΚΗΦΗ είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και η παραμονή



τους στο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, καθώς και η διατήρηση μιας φυσιολογικής κοινωνικής και εργασιακής ζωής των μελών του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος που ασχολούνται με την φροντίδα των ατόμων αυτών.

Τα ΚΗΦΗ ιδρύονται και λειτουργούν από επιχειρήσεις των ΟΤΑ και φορείς ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και φυσικά πρόσωπα, σε αστικές και ημι-αστικές περιοχές, διασυνδέονται δε σε λειτουργικό επίπεδο με τα ΚΑΠΗ που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή. Για τη λειτουργία κάθε ΚΗΦΗ είναι απαραίτητη η έκδοση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας από την οικεία Περιφέρεια.



Ο Θεσμός των Κ.Α.Π.Η. (Κέντρο Ανοιχτής Περιθαλψης Ηλικιωμένων)

Τα κέντρα ανοιχτής περίθαλψης ηλικιωμένων επιδιώκουν την παραμονή των ηλικιωμένων μέσα στο ευρύτερο κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον χωρίς να διακόπτεται η κοινωνικοποίησή τους, ενώ παράλληλα προάγεται η δημιουργική απασχόληση, η ψυχαγωγία και η πρόληψη ασθενειών (Σταθόπουλος, 2015).

Η πρώτη εμφάνιση των Κέντρων Ανοιχτής Προστασία των Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) στην Ελλάδα έγινε το 1979 όταν και δημιουργήθηκε το πρώτο Πειραματικό Κέντρο Ανοιχτής Εξωιδρυματικής προστασίας Ηλικιωμένων, από μια ομάδα εθελοντών. Το πρώτο κέντρο που δημιουργήθηκε αποτελούταν από πέντε άτομα. Επρόκειτο για έναν Γιατρό, έναν Φυσικοθεραπευτή, έναν Νοσηλευτή/Επισκέπτη Υγείας, έναν Εργοθεραπευτή και έναν οικογενειακό βοηθό. Το πρώτο πρόγραμμα που εφαρμόστηκε για την προστασία των

ηλικιωμένων, ονομάστηκε από την ομάδα των εθελοντών «Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς»⁶⁰.

Μέχρι το 1981 8 Κ.Α.Π.Η. είχαν ξεκινήσει τη λειτουργία τους. Για την ίδρυση και τη λειτουργία τους, υπήρξε συνεισφορά τόσο από εθελοντικές οργανώσεις, όσο και από τον Ερυθρό Σταυρό, τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας και το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας Παιδιού. Από το 1982 και έπειτα τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, καθώς περνούν στα χέρια των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Από εκείνη την στιγμή και μετά ο αριθμός των κέντρων που δημιουργήθηκαν ανήλθε στα 260, από τα οποία τα 80 λειτουργούσαν στην περιοχή της Αθήνας. Μέχρι το 1988 τις δαπάνες μισθοδοσίας καθώς και τις δαπάνες για τις λειτουργικές ανάγκες των κέντρων τις αναλάμβανε το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ωστόσο, από το 1989 και έπειτα, οι δαπάνες για την λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. καθώς και οι δαπάνες για την μισθοδοσία του προσωπικού καλύπτονται εξ ολοκλήρου από τους Δήμους στους οποίους ανήκουν (Σταθόπουλος, 2015).

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 240 του Ν. 3463/2006, τα Κ.Α.Π.Η. διοικούνται από 9μελές Διοικητικό Συμβούλιο, τα μέλη του οποίου μαζί με τους αναπληρωτές τους ορίζονται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.

Οι στόχοι των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας των Ηλικιωμένων είναι οι ακόλουθοι:

- Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

⁶⁰ Σταθόπουλος, Π. (2005). *Κοινωνική Πρόνοια*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης

- Η διαφώτιση και η συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Η Πρωτογενής Πρόληψη η οποία σχετίζεται με εμβολιασμούς, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων κ.ά.
- Η Δευτερογενής Πρόληψη, η οποία σχετίζεται με τις ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων.

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Α.Π.Η. είναι οι εξής:

- Συμβουλευτική, ψυχοσυναισθηματική στήριξη, κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους
- Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη
- Φυσιοθεραπεία
- Εργοθεραπεία
- Οργανωμένη ψυχαγωγία
- Εξυπηρέτηση κατ' οίκον
- Συμμετοχή σε προγράμματα λουτροθεραπείας και θερινών κατασκηνώσεων
- Προγράμματα εθελοντισμού
- Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε Μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους
- Οργανωμένη ψυχαγωγία με πούλμαν-εκδρομές.
- Βοήθεια στο σπίτι για τα άτομα που έχουν την ανάγκη εξυπηρέτησης.
- Εντευκτήριο (coffee-shop), όπου προσφέρονται ροφήματα/αναψυκτικά και στα οποία η συντροφιά και η συνεύρεση με άλλα μέλη έχουν τον πρώτο ρόλο

Όπως και το 1979 οπότε και δημιουργήθηκε το πρώτο κέντρο για την προστασία και την φροντίδα των ηλικιωμένων, έτσι και σήμερα, τα Κ.Α.Π.Η. στελεχώνονται από Ιατρούς Γενικής Ιατρικής, Κοινωνικούς λειτουργούς, Φυσικοθεραπευτές, Εργοθεραπευτές, Επισκέπτες Υγείας ή Νοσηλευτές, καθώς και από Οικογενειακούς Βοηθούς. Κλείνοντας λοιπόν μπορούμε να πούμε πως ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η λειτούργησε θετικά και ενίσχυσε την κοινωνική αυτονομία των ηλικιωμένων ατόμων και συνέβαλε στην αξιοποίηση των μηχανισμών εκείνων που προβλέπονται για την κοινωνική προστασία τους⁶¹.

Ο θεσμός των Κ.Η.Φ.Η. (Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων)

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) παρέχουν υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας σε άτομα της Τρίτης Ηλικίας, τα οποία δεν έχουν τη δυνατότητα να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και των οποίων το οικογενειακό περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα τους.

Οι μονάδες αυτές, πριν λειτουργήσουν, χρειάζονται έγκριση από τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Τα Κ.Η.Φ.Η. δημιουργούνται σε αστικές και ημιαστικές περιοχές και συνεργάζονται με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες καθώς και με μονάδες υγείας. Βασικός σκοπός των Κ.Η.Φ.Η. είναι να παραμένουν τα ηλικιωμένα άτομα στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, έτσι ώστε να υπάρχει διατήρηση της συνοχής της οικογένειας. Επίσης επιδιώκεται εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο άτομο, η αποφυγή της ιδρυματικής

⁶¹ Σταθόπουλος, Π. (2005). Κοινωνική Πρόνοια. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης

περίθαλψης και κοινωνικού αποκλεισμού και τέλος η υποστήριξη ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία τους, την κοινωνική συμμετοχή και το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Στα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων προσφέρονται και οι ακόλουθες υπηρεσίες:

- Νοσηλευτική φροντίδα
- Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- Ατομική υγιεινή
- Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
- Προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

Σημαντικό είναι το γεγονός ότι τα Κ.Η.Φ.Η. διασυνδέονται με τα Κ.Α.Π.Η. που ενδεχομένως υπάρχουν στην περιοχή. Συνεργάζονται επίσης, με τοπικούς φορείς που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Κ.Β.). Σε κάθε Κ.Η.Φ.Η. απασχολούνται, τουλάχιστον, ένας Νοσηλευτής Πανεπιστημιακής, Τεχνολογικής ή Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με άδεια άσκησης του επαγγέλματος. Στα Κ.Η.Φ.Η. απασχολούνται επίσης, δύο Κοινωνικοί Φροντιστές ή Επιμελητές Πρόνοιας (Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης), πτυχιούχοι Επαγγελματικού Λυκείου ή Τ.Ε.Ε. Τέλος, στα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων απασχολείται και ένα άτομο ως βοηθητικό προσωπικό. Σημειώνεται ότι το ανωτέρω προσωπικό που μπορεί να απασχολείται στα Κ.Η.Φ.Η. ανέρχεται στον αριθμό των 25 ατόμων.

Οι Λέσχες Φιλίας

Οι Λέσχες Φιλίας είναι χώροι μέσα από τους οποίους τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας αναζητούν την κοινωνική υποστήριξη, τη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων με άτομα της ίδιας ηλικίας, καθώς επίσης και την καθημερινή ενημέρωση και ψυχαγωγία. Οι Λέσχες Φιλίας λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς και απαρτίζονται από εκπαιδευμένο προσωπικό όπως οι: κοινωνικοί λειτουργοί, φυσικοθεραπευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, νοσηλευτές, βοηθητικό και τεχνικό προσωπικό.

Κάθε λέσχη διοικείται από συμβούλιο στο οποίο συμμετέχουν δύο αιρετοί εκπρόσωποι των μελών, δύο σύμβουλοι του διαμερίσματος, και δύο πολίτες κάτοικοι της περιοχής, τους οποίους διορίζει ο δήμαρχος. Ο κοινωνικός λειτουργός της λέσχης συμμετέχει με την ιδιότητα του γραμματέα του συμβουλίου. Οι προϋποθέσεις για την εγγραφή μέλους είναι: να έχει ηλικία άνω των 60 ετών να είναι κάτοικος της περιοχής να πληρώνει μια μικρή συνδρομή ανά εξάμηνο για το ταμείο της λέσχης. Το πρόγραμμα των Λεσχών Φιλίας αφορά φυσικοθεραπεία, επισκέψεις σε χώρους πολιτισμού και καλλιτεχνικές δραστηριότητες ή ακόμη και ημερήσιες εκδρομές και οργανωμένους περιπάτους.

Ο στόχος των Λεσχών Φιλίας είναι:

- Η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας
- Η προσαρμογή τους στις καινούργιες συνθήκες ζωής
- Η ομαλή συνύπαρξή τους με νεότερους
- Η παροχή ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, κυρίως στα άτομα τα οποία δεν έχουν είτε την οικονομική δυνατότητα, είτε την υποστήριξη από τις οικογένειες τους.
- Η δυνατότητα να ενημερωθούν για βασικά ζητήματα που συνδέονται με τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα τους, μέσω ειδικών προγραμμάτων, όπως για παράδειγμα το πρόγραμμα για την νόσο του Alzheimer.

Παράλληλα, με τη δημιουργία νέων Λεσχών, τα τελευταία χρόνια, στις ήδη υπάρχουσες λέσχες, έχουν συντελεστεί εργασίες αναβάθμισης των χώρων, αλλά και των παρεχόμενων προγραμμάτων και υπηρεσιών τους. Έχει πραγματοποιηθεί επίσης, επιμόρφωση του προσωπικού των υφιστάμενων προγραμμάτων για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, αξιοποιώντας συνεργασίες με πανεπιστήμια και εξειδικευμένους φορείς. Στο πλαίσιο αυτής της φιλοσοφίας, εκπαιδεύτηκαν κοινωνικοί λειτουργοί των Λεσχών Φιλίας και όλο το προσωπικό του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» σε ειδικό Πρόγραμμα της Μονάδας Παρηγορητικής Αγωγής και Ανακούφισης Πόνου για την διαχείριση ατόμων, που πάσχουν από χρόνιες και ανίατες παθήσεις. Η συνεργασία, εκτός από την εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού που συνεχίζεται, περιλαμβάνει και παραπομπές περιστατικών για εξειδικευμένη συμβουλευτική.

Οι Λέσχες Φιλίας αριθμούν περισσότερα από 5.000 μέλη. Ο αριθμός των ατόμων που έχουν ενεργή συμμετοχή στις εκδηλώσεις και τα προγράμματα που προσφέρει η λέσχη ανέρχεται στις 2.500 με 3.000 άτομα. Σημειώνεται επίσης, ότι ο μέσος χρόνος παραμονής τους στην λέσχη είναι περίπου 3 με 4 ώρες καθημερινά, ενώ σε κάθε λέσχη εξυπηρετούνται περίπου 50 με 70 άτομα⁶².

Προγράμματα κοινοτικής φροντίδας, υλοποιούμενα από άλλους φορείς

Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων στήριξης της οικογένειας το Ε.ΣΥ.Κ.Π. στα περισσότερα κέντρα φροντίδας οικογένειας εφαρμόζει προγράμματα για την Τρίτη Ηλικία. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν τις εξής βασικές δραστηριότητες :

⁶² Σταθόπουλος, Π. (2005). Κοινωνική Πρόνοια. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης

Ομάδες: τα μέλη των ομάδων συγκεντρώνονται με σκοπό να απασχοληθούν δημιουργικά και να αποφύγουν την απομόνωση. Παράλληλα, καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντά τους και ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή.

Λέσχες: γίνεται προσπάθεια, ώστε να εξευρεθεί ένας μόνιμος χώρος όπου τα άτομα θα συναντιούνται σε τακτική βάση και θα αξιοποιούν δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους. Τα προγράμματα αυτά στηρίζονται από ειδικευμένο προσωπικό όπως κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και νοσηλεύτες. Ανάλογα με τις δραστηριότητές τους που λαμβάνουν χώρα στις λέσχες παρευρίσκονται και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων.

Η Εκκλησία: Σημαντικός είναι και ο ρόλος της Εκκλησίας στα πλαίσια της φροντίδας των άπορων ηλικιωμένων. Η Εκκλησία τόσο σε επίπεδο ενοριών όσο και σε επίπεδο Μητροπόλεων έχει δημιουργήσει διάφορα προγράμματα στα πλαίσια της φιλανθρωπικής της αποστολής:

Κέντρα Ενοριακής Αγάπης: με την επίβλεψη και τη φροντίδα των ενοριών και του Φιλόπτωχου, εθελοντές φροντίζουν για τη διανομή φαγητού σε κάποια αίθουσα που παραχωρείται καθώς και για την παροχή ψυχαγωγίας στα άτομα που έχουν ανάγκη. Ακόμη, όταν κρίνεται απαραίτητο, παρευρίσκονται κοινωνικός λειτουργός και άτομα με σχετικές ιδιότητες⁶³.

Οι ομάδες «ελευθέρως διαβιούντων υπερηλίκων»: λειτουργούν σε δέκα ενορίες και δίνουν την ευκαιρία σε ηλικιωμένους οι οποίοι είναι αυτοσυντήρητοι να βρίσκονται κατά

⁶³ Σταθόπουλος, Π. (2005). Κοινωνική Πρόνοια. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης

τακτά διαστήματα και να συζητούν, με την παρουσία κοινωνικού λειτουργού, για διάφορα θέματα που τους απασχολούν. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, συχνά, κάνουν επισκέψεις στα σπίτια των ατόμων που το χρειάζονται, προκειμένου να διαπιστώσουν προβληματικές καταστάσεις και να ελέγξουν τις συνθήκες διαβίωσης των ατόμων.

Κλειστή περίθαλψη - Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων - Γηροκομεία

Η κλειστή περίθαλψη των ηλικιωμένων, αυτοεξυπηρετούμενων και μη, παρέχεται από τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ), οι οποίες λειτουργούν με τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού (ιδρύονται από φιλανθρωπικά σωματεία, την Εκκλησία κ.λπ.) ή κερδοσκοπικού χαρακτήρα (ιδρύονται από ιδιώτες). Στις ΜΦΗ χορηγείται άδεια ίδρυσης και λειτουργίας από την οικεία Περιφέρεια σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2345/1995 και τις προϋποθέσεις που ορίζει η υπ' αριθμ. Π1γ/οικ. 81551/15-6-2007 απόφαση (Β' 1136), όπως ισχύει. Περαιτέρω, βασική προϋπόθεση για τη νόμιμη λειτουργία των φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι η εγγραφή τους στο Εθνικό Μητρώο Ιδιωτικών Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας.

Οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι δεν μπορούν να διαμείνουν μαζί με τα παιδιά τους, συνήθως αναζητούν άλλες κατοικίες, βασιζόμενοι στην κοινωνική πρόνοια. Ένα ανάλογο ίδρυμα είναι και το γηροκομείο ή το γηριατρείο. Το γηροκομείο αναφέρεται σε ένα ίδρυμα χαμηλής φροντίδας, ενώ αντίθετα, όταν πρόκειται για γηριατρείο, αναφερόμαστε σε ένα ίδρυμα υψηλής φροντίδας. Σε ένα γηροκομείο ή γηριατρείο υπάρχει εκπαιδευμένο προσωπικό, το οποίο βοηθάει τα άτομα που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία να ολοκληρώσουν καθημερινές τους ανάγκες. Για παράδειγμα, το προσωπικό ενός ιδρύματος αναλαμβάνει να παίρνουν οι ηλικιωμένοι τα γεύματά τους, τα φάρμακά τους όπου αυτά απαιτούνται, να πλυθούν, να ντυθούν, να πλύνουν τα ρούχα τους, να τους βοηθήσουν να πάνε στην τουαλέτα, κ.λπ. Η

φροντίδα που παρέχει ένα ίδρυμα είναι 24ωρη και όπως ήδη αναφέρθηκε, παρέχεται κάθε είδους βοήθεια, προσωπικής φροντίδας, υποστήριξης, καθώς και παραϊατρικών αναγκών.

Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων

Η κλειστή περίθαλψη των χρονίως πασχόντων παρέχεται από Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων, τα οποία αδειοδοτούνται βάσει των διατάξεων του ΠΔ 631/1974 (Α' 271) από τις οικείες Περιφέρειες.

Οι λίστες με τις αδειοδοτημένες δομές μονάδων υποστήριξης ηλικιωμένων δίνονται σε πίνακα στο Παράρτημα 4 της παρούσης. Πρόκειται για 248 δομές σε όλη την ελληνική επικράτεια, 125 από τις οποίες βρίσκονται στην Περιφέρεια Αττικής και 18 βρίσκονται στην περιφερειακή ενότητα Πειραιά. Στις κλινικές για τους χρόνιους πάσχοντες, ένα μεγάλο ποσοστό κρεβατιών διατίθεται για τις ανάγκες ηλικιωμένων ατόμων. Εκτός από τα κρατικά θεραπευτήρια χρονίων παθήσεων, λειτουργούν κοντά στις 20 ιδιωτικές κλινικές σε όλη την Ελλάδα με δυναμικότητα περίπου 2.000 κρεβατιών⁶⁴.

Ιδρυματική Περίθαλψη

Η δημιουργία ιδρυμάτων για την κάλυψη των βιοτικών και κοινωνικών αναγκών των ηλικιωμένων που δεν ήταν αυτάρκεις, εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά την Βυζαντινή εποχή. Η παράδοση αυτή συνεχίστηκε μέχρι και σήμερα με την Εκκλησία να έχει συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στην δημιουργία και την συντήρηση των ιδρυμάτων.

⁶⁴ Σταθόπουλος, Π. (2005). Κοινωνική Πρόνοια. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης

Βασική αρχή ενός ιδρύματος θα πρέπει να είναι η φροντίδα του ηλικιωμένου σε όσο δυνατό λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον και η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Η υψηλή ποιότητα υπηρεσιών στο ίδρυμα επιτυγχάνεται:

- με την απασχόληση προσωπικού με τα απαραίτητα επαγγελματικά προσόντα
- το ίδρυμα να είναι ανοιχτό στην κοινότητα
- να υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση
- η διοίκηση να έχει επίγνωση των αναγκών των ηλικιωμένων και θετική διάθεση για την αντιμετώπιση τους
- οι χώροι να είναι κατάλληλα διαμορφωμένοι και να επιτρέπουν την άνετη πρόσβαση στους χώρους.

Πίνακας 6: Αδειοδοτημένες Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων κερδοσκοπικού και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα στον Πειραιά

A/A	Επωνυμία	Διεύθυνση
1	«Η ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ» (πρώην Αρμενίων)	Αγ. Πάντων 8, Αγ. Ι. Ρέντης, ΤΚ 182 33, Τηλ.: 210 4912822
2	«Ο ΛΥΤΡΩΤΗΣ» Ορθόδοξη Χριστιανική Αδελφότητα	Δερβενακίων 50, ΤΚ 185 45, Πειραιάς, Τηλ.: 210 4612657
3	Πειραιϊκό Οικοτροφείο «ΜΑΡΕΠΗ» Ε.Π.Ε.	Κονδύλη & Καρβάλης 6, ΤΚ 184 50, Νίκαια, Τηλ.: 210 4936112
4	Ρούσης Σ. «ΟΛΥΜΠΙΟΝ»	Καραολή & Δημητρίου 16, ΤΚ 187 56, Κερατσίνι, Τηλ.: 210 4613656
5	«ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ» (ΣΤΟΡΓΗ ΓΕΡΟΝΤΩΝ)	Ανακούς 61, ΤΚ 187 56, Κερατσίνι, Τηλ.: 210 4313403
6	ΠΑΤΣΟΥΡΕΑΣ 1	Ελευθερίου Βενιζέλου 20, Ν.Φάληρο, Πειραιάς, Τ.Κ. 185 47, Τηλ.: 2104810028

A/A	Επωνυμία	Διεύθυνση
7	ΠΑΤΣΟΥΡΕΑΣ 2	Φιλίππου 30, Μικρολίμανο, Πειραιάς-Νέο Φάληρο, Τηλ.: 2104220444
8	«ΑΓΙΑ ΜΑΡΙΝΑ» Ψαρράς Β.	Αθηνάς 86 & Κρήτης, ΤΚ 181 20, Κορυδαλλός, Τηλ.: 210 4941410, 210 4942490.
9	«ΑΓΙΑ ΕΙΡΗΝΗ»	Θηβών 127 & Νταλιάνη 2, ΤΚ 185 42, Πειραιάς Κοκκινιά, Τηλ.: 210 4250543
10	«ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»	Βιτωλίων 1, Αγία Σοφία, ΤΚ 185 45, Πειραιάς Τηλ.: 210 4623008, 210 4628638
11	«ΓΑΛΗΝΟΣ» Ε.Π.Ε	Ακτή Μουτσοπούλου 32, ΤΚ 185 35, Πειραιάς, Τηλ.: 210 4514380, 210 4515455, 210-4521486
12	Άσυλο Πενήτων Β. Αθανασίου Πρωθιερέως «ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ»	Γρ. Λαμπράκη 41, ΤΚ 185 34, Πειραιάς, Τηλ.: 210 4143800-01-02
13	"ΑΓ. ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ"-Α. Μπαλτσαβιά και ΣΙΑ ΟΜΟΡΡΥΘΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ	Γρ. Λαμπράκη 78, ΤΚ 185 32, Πειραιάς, Τηλ.: 210 4177822
14	Π. Νικητίδης & ΣΙΑ Ο.Ε «ΕΥΓΗΡΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ»	Μούγλων 13 & Θειρών, ΤΚ 184 50, Νίκαια, Τηλ.: 210 4913190, 210 4915333
15	Ταμπακάκη Ε.Π.Ε «ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ»	Καραϊσκάκη 10, ΤΚ 185 47, Νέο Φάληρο, Τηλ.: 210 4836050
16	ΑΓΚΑΛΗ	Π. Ράλλη 136, Νίκαια, ΤΚ 18451, Τηλ.: 2104964301
17	ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ ΕΥΣΤΑΘΙΑΔΗΣ – ΖΑΪΡΑ ΤΣΕΦΛΙΚΑ ΕΠΕ	Φιλικής Εταιρείας 15, Κορυδαλλός, 2104936898
18	"ΟΛΙΒΙΑ HOUSE" ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΙΚΕ	Χαριλάου Τρικούπη 32, Πειραιάς, Τηλ. 2130411460

Πηγή: ΥΠΕΚΚΑ, 2021

Μορφές φροντίδας Τρίτης Ηλικίας στην Ελλάδα

Ο πληθυσμός της Ελλάδας, χαρακτηρίζεται και ανήκει στις χώρες των περισσότερο γηρασμένων πληθυσμών της Ευρώπης, με μεγάλο ποσοστό ατόμων Τρίτης Ηλικίας, δηλαδή, ατόμων ηλικιωμένων 65 ετών και άνω. Επίσης, παρατηρείται αύξουσα τάση, στην ομάδα των υπερηλίκων -80 ετών και άνω- η οποία παρουσιάζει ιδιαίτερες ανάγκες, λόγω του ότι τα άτομα αυτά, στην πλειονότητα τους, έχουν εξαρτημένη ζωή σε συνδυασμό με την αύξηση της επιβίωσης.

Η γήρανση της κοινωνίας είναι ένα ζήτημα που έχει λάβει αυξημένη προσοχή σε πολλές χώρες σε όλες τις ηπείρους. Η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων αποτελεί βασικό ζήτημα το οποίο επεσήμανε τόσο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2009, όσο και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2010. Στην Ελλάδα, μέχρι τώρα, η συνήθης φροντίδα των ηλικιωμένων διακρίνεται στα ακόλουθα είδη: Οικογενειακή φροντίδα, Άτυπη φροντίδα, Ιδρυματική φροντίδα και Οικιακή φροντίδα.

Η **οικογενειακή φροντίδα** αφορά την φροντίδα που λαμβάνει ένα άτομο για λόγους υγείας και προέρχεται από ένα οικογενειακό μέλος, π.χ.: γιός, κόρη, συγγενής κ.τ.λ. Η φροντίδα του ατόμου αυτού μπορεί να αρχίσει με, ή να περιλαμβάνει μόνο, μερικά μικρά καθημερινά καθήκοντα (πχ δουλειές του σπιτιού, μετακινήσεις) ή μπορεί να περιλαμβάνει καθολική φροντίδα (π.χ. φροντίδα ασθενούς σε κατάκλιση) και συνήθως είναι μακροχρόνια.

Η **άτυπη φροντίδα**, μπορεί να προέρχεται από άτομα μη ειδικευμένα στους μοναχικούς ηλικιωμένους και να δίνεται περιστασιακά, όπως για παράδειγμα, ένας γείτονας κ.τ.λ. Για αυτό, και ο φροντιστής σε αυτή την περίπτωση ονομάζεται και «άτυπος» φροντιστής, καθώς δεν υπάρχει συγγενική σχέση και είναι περιστασιακή.

Η **Ιδρυματική φροντίδα**, αναφέρεται στην κλειστή περίθαλψη από ιδιωτικό ή κρατικό φορέα. Για παράδειγμα, ένα είδος ιδρυματικής φροντίδας είναι η φροντίδα που προέρχεται από τα γηροκομεία.

Προγράμματα υποστήριξης για την Τρίτη Ηλικία στον Δήμο Πειραιά

Καθώς, η Τρίτη Ηλικία και οι χρόνια πάσχοντες, δεν είναι ένα πρόσφατο φαινόμενο που παρατηρείται στην ελληνική κοινωνία, υπάρχουν ήδη προγράμματα/υπηρεσίες κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης που λειτουργούν στον Δήμο Πειραιά. Το κεντρικό κράτος και η τοπική αυτοδιοίκηση παρέχουν υπηρεσίες που έχουν σαν στόχο την κοινοτική φροντίδα των ηλικιωμένων. Παρακάτω, θα ακολουθήσει μία σύντομη αναφορά σε αυτά.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» θεσπίστηκε με το νόμο 2082/92 και είναι ένα από τα πλέον σημαντικά προγράμματα κοινωνικού χαρακτήρα που ξεκίνησε πιλοτικά το Μάρτιο του 1998 σε δύο περιοχές του Δήμου Αττικής: σε Γκύζη και Σεπόλια. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» απευθύνεται σε άτομα της Τρίτης Ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και είναι άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα. Προτεραιότητα έχουν τα άτομα που ζουν μόνα τους ή δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειάς τους, ή ακόμη εκείνα των οποίων το εισόδημα δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Οι στόχοι του προγράμματος είναι οι εξής:

- να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας καθώς και των ατόμων που βιώνουν προβλήματα κινητικά ή μη

- να υποβοηθηθούν, ώστε να διαβιώνουν αυτόνομα και με αξιοπρέπεια
- να υποστηριχθεί το οικογενειακό περιβάλλον, ώστε να επωφεληθεί από τις γνώσεις του εν λόγω προσωπικού.

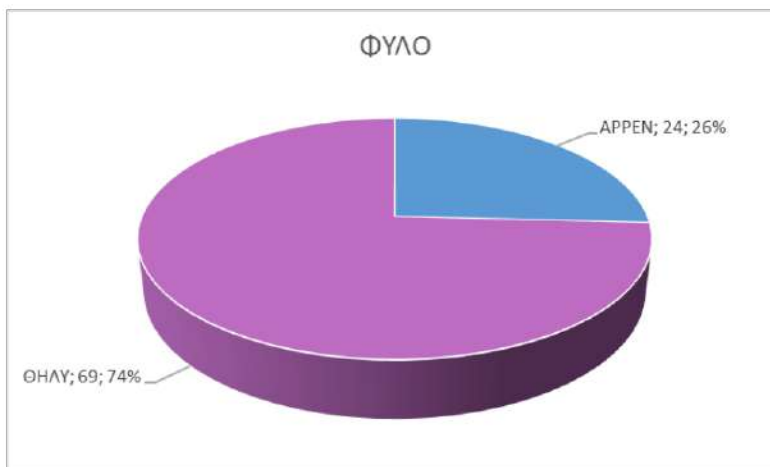
Οι παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος είναι οι εξής: η κοινωνική εργασία με άτομα και ομάδες, η ιατρική παρακολούθηση, Νοσηλευτική φροντίδα, η διασύνδεση με υπηρεσίες, Υγείας -Πρόνοιας και άλλες που καλύπτουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων, η ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων. Η ομαλή λειτουργία του προγράμματος αυτού στηρίζεται σε μια εξειδικευμένη ομάδα τεσσάρων ατόμων που την αποτελούν μια κοινωνική λειτουργός, μια νοσηλεύτρια και δύο οικογενειακές βοηθοί. Κάθε μία ομάδα υποστηρίζεται από έναν γιατρό ο οποίος δίνει τις ανάλογες συμβουλές με βάση την περίπτωση του ασθενή.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στα πλαίσια του Δήμου Πειραιά που υλοποιείται από την ΚΟ.Δ.Ε.Π.

Το Πρόγραμμα «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» συνέχισε τη λειτουργία του καθ' όλη τη διάρκεια του έτους 2020 και κατά τη διάρκεια της καραντίνας. Παρείχε σε ηλικιωμένους και Α.Μ.Ε.Α, κατοίκους των Α', Δ' και Ε' Διαμερισμάτων του Δήμου Πειραιά, τις εξής υπηρεσίες: Ψυχοκοινωνική στήριξη, διευθέτηση επιδομάτων, νοσηλευτική φροντίδα (ενεσθεραπεία, μέτρηση ζωτικών σημείων, περιποίηση κατακλίσεων), συνταγογράφηση, συνοδείες σε νοσοκομεία και ιατρικά κέντρα, εξυπηρετήσεις (εξόφληση λογαριασμών, αγορά φαρμάκων, αγορά ειδών πρώτης ανάγκης, αλλαγή σεντονιών, φροντίδα ατομικής υγιεινής κ.α.). Σημειώνεται ότι το πρόγραμμα λειτουργεί με μειωμένο προσωπικό στις ειδικότητες των νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών.

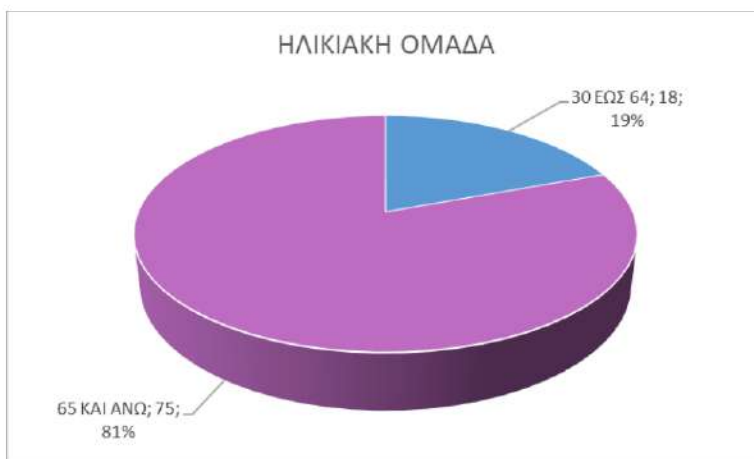
Συνολικά εξυπηρετήθηκαν 93 άτομα, σε σύνολο 12.792 επισκέψεων για το σύνολο του έτους 2020. Αναλυτικά στατιστικά στοιχεία του προγράμματος δίνονται στα παρακάτω γραφήματα.

Γράφημα 10: Παρουσίαση ωφελούμενων ανά φύλο



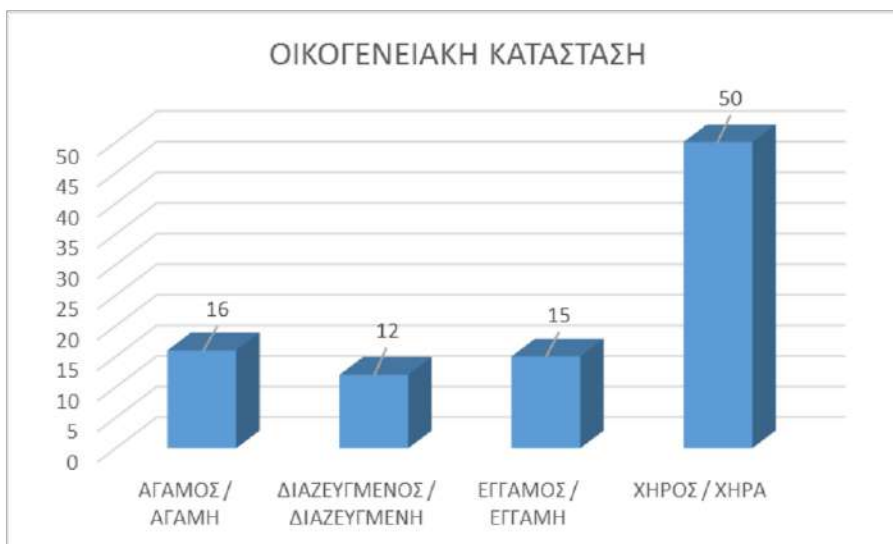
Πηγή: Ετήσια έκθεση απολογισμού δράσεων ΚΟ.Δ.Ε.Π. (2020)

Γράφημα 11: Παρουσίαση ωφελούμενων ανά ηλικιακή ομάδα



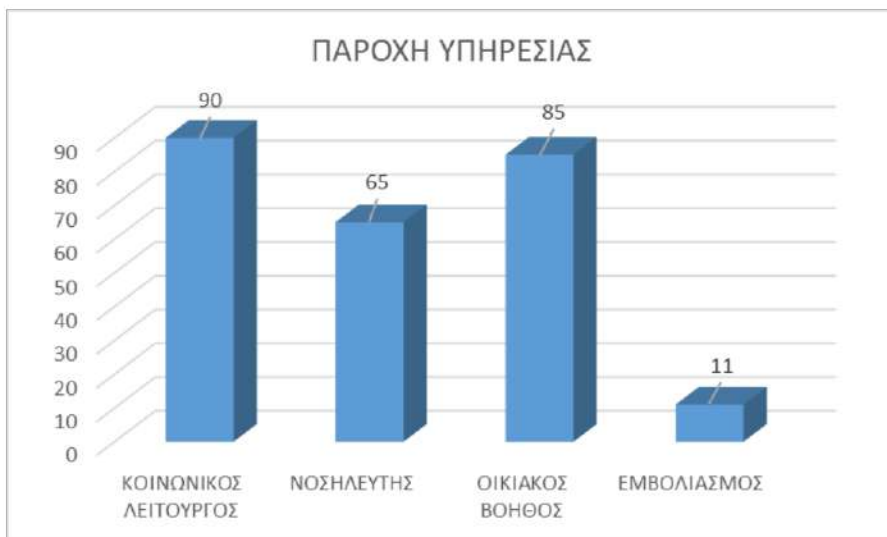
Πηγή: Ετήσια έκθεση απολογισμού δράσεων ΚΟ.Δ.Ε.Π. (2020)

Γράφημα 12: Παρουσίαση ωφελούμενων ανά οικογενειακή κατάσταση



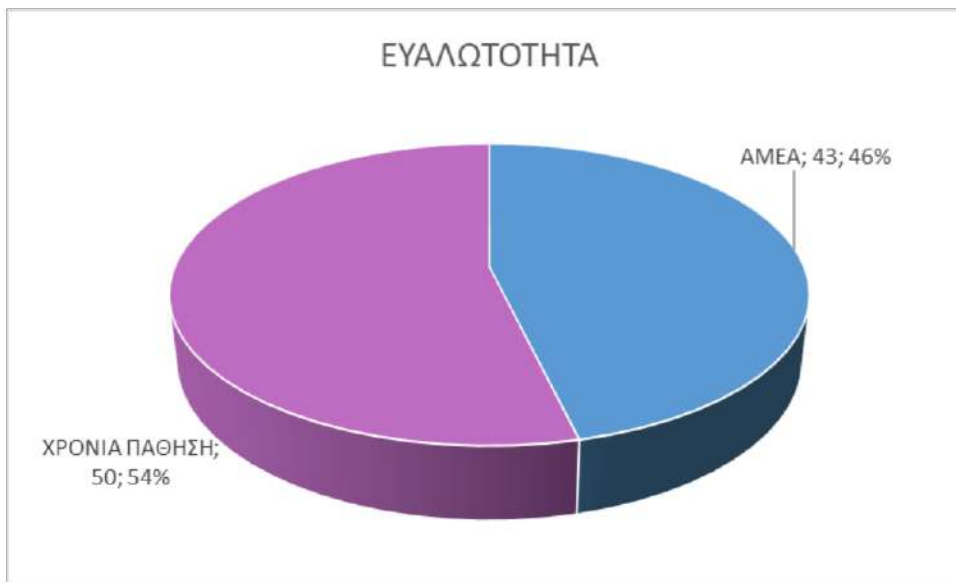
Πηγή: Ετήσια έκθεση απολογισμού δράσεων ΚΟ.Δ.Ε.Π. (2020)

Γράφημα 13: Παρουσίαση ωφελούμενων ανά παροχή υπηρεσίας



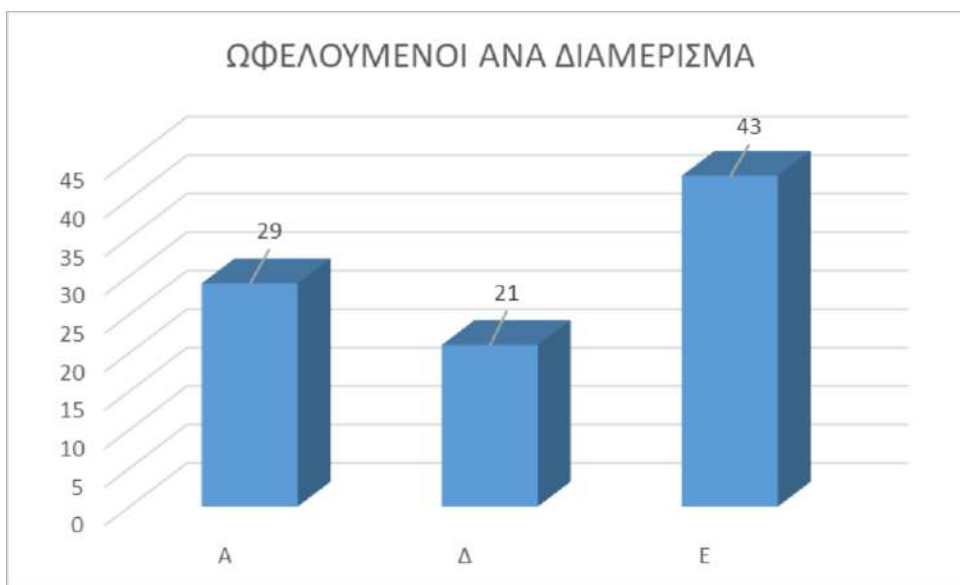
Πηγή: Ετήσια έκθεση απολογισμού δράσεων ΚΟ.Δ.Ε.Π. (2020)

Γράφημα 13: Παρουσίαση ωφελούμενων ανά είδος ευαλωτότητας



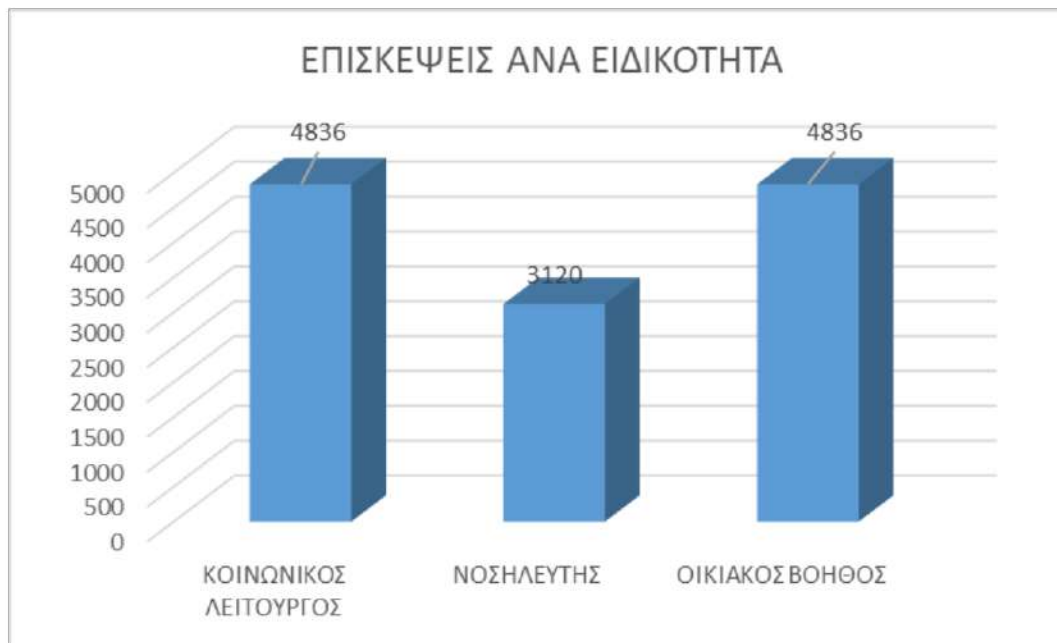
Πηγή: Ετήσια έκθεση απολογισμού δράσεων ΚΟ.Δ.Ε.Π. (2020)

Γράφημα 14: Παρουσίαση ωφελούμενων ανά δημοτικό διαμέρισμα



Πηγή: Ετήσια έκθεση απολογισμού δράσεων ΚΟ.Δ.Ε.Π. (2020)

Γράφημα 15: Παρουσίαση επισκέψεων ανά ειδικότητα



Πηγή: Ετήσια έκθεση απολογισμού δράσεων ΚΟ.Δ.Ε.Π. (2020)

Πρόγραμμα «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ PLUS» που υλοποιεί η ΚΟ.Δ.Ε.Π.

Στο ευρύτερο πλαίσιο της κοινωνικής ευθύνης της, η ΚΟ.Δ.Ε.Π., αναλαμβάνει από την πρώτη κιόλας στιγμή των κυβερνητικών εξαγγελιών, νέες έκτακτες δράσεις, με σκοπό την ολιστική υποστήριξη και βοήθεια των δημοτών και κατοίκων του Πειραιά, ως απόρροια των μέτρων περιορισμού μετακινήσεων για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19. Σε αυτό το κλίμα, σχεδιάσαμε και αναπτύξαμε νέες πρωτοβουλίες και παρεμβάσεις για την παροχή αγαθών και υπηρεσιών στις ευπαθείς ομάδες των συμπολιτών μας. Με συνεχή καταγραφή των αιτημάτων και των αναγκών, βρισκόμαστε καθημερινά στο πλευρό των συνανθρώπων μας, προσφέροντας το μέγιστο δυνατό σε καθημερινή βάση.

Με το σύνθημα «Εσείς μέινετε σπίτι – Εμείς φροντίζουμε για εσάς», το προσωπικό της ΚΟ.Δ.Ε.Π., μαζί με την ενεργή συμμετοχή εθελοντών, υλοποιεί σε καθημερινή βάση τις ακόλουθες δράσεις:

- Καταγραφή αιτημάτων και αναγκών δημοτών και κατοίκων
- Προτεραιοποίηση σε ευπαθείς και κοινωνικά ευάλωτες ομάδες
- Παροχή πακέτων επισιτισμού με βασικά είδη, όπως λάδι, μέλι, ζυμαρικά, ρύζι, όσπρια, κονσέρβες, χυμό τομάτας, βρεφικά γάλα και κρέμες, ζάχαρη, αλεύρι, κλπ.
- Διάθεση ειδών ατομικής υγιεινής και καθαρισμού, όπως πάνες, σαμπουάν, είδη καθαρισμού σώματος, σαπούνια, καθαριστικά οικιακής χρήσης, απορρυπαντικά, κλπ.
- Διάθεση φαρμάκων σε χρόνια πάσχοντες και άτομα με αδυναμία μετακίνησης, όπως ηλικιωμένοι, ΑμΕΑ, ευάλωτες ομάδες
- Παροχή ψυχοκοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης μέσω τηλεφωνικών συνεδριών με ψυχολόγο
- Εντατικοποίηση των δράσεων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»
- Ενημέρωση και υποστήριξη των πολιτών και των μοναχικών ειδικά ατόμων, αναφορικά με τα απαραίτητα μέτρα προστασίας από τον κορωνοϊό
- Υποστήριξη στη διαδικασία της άυλης συνταγογράφησης σε συνεργασία με τους αρμόδιου φορείς

Σκοπός μας ήταν να ενδυναμώσουμε τους κατοίκους του Δήμου μας, στην πρωτόγνωρη αυτή συγκυρία που αντιμετωπίζουμε, μέσα από την ατομική υποστήριξη και κοινωνική προσφορά μας, με έντονο συναίσθημα αλληλεγγύης, αλλά και ευθύνης απέναντι στους συνανθρώπους μας. Το σύνολο των ωφελούμενων έφτασε τα 1.634 άτομα. Αναλυτικά απολογιστικά στοιχεία του προγράμματος δίνονται στο ακόλουθο infographic.

Γράφημα 16: Παρουσίαση τελικού απολογισμού

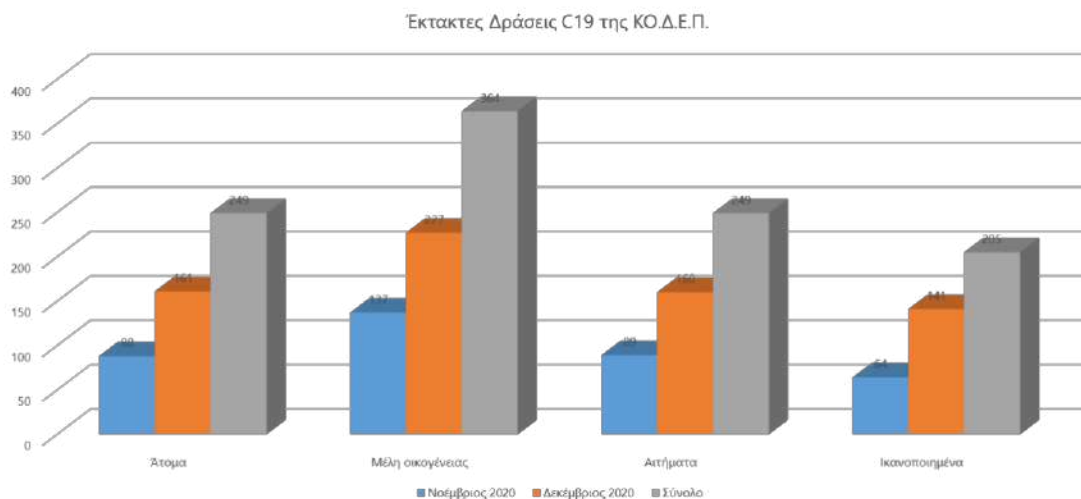


Πηγή: Ετήσια έκθεση απολογισμού δράσεων ΚΟ.Δ.Ε.Π. (2020)

Από την αρχή της υγειονομικής αυτής κρίσης στη χώρα μας ως αποτέλεσμα της πανδημίας του COVID-19, η ΚΟ.Δ.Ε.Π. στάθηκε από την πρώτη κιόλας ημέρα δίπλα στους δημότες και κατοίκους του Πειραιά, στην πρώτη γραμμή, για να υποστηρίξει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα αιτήματά τους και να καλύψει της ανάγκες τους. Κατά τη δεύτερη περίοδο lockdown, η ΚΟ.Δ.Ε.Π. συνέχισε πάλι την επτάμερη λειτουργία της με σκοπό την εξυπηρέτηση όσο το δυνατόν περισσότερων συμπολιτών μας. Στο πλαίσιο αυτό ακολουθεί μία σύντομη απολογιστική αναφορά του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι +».

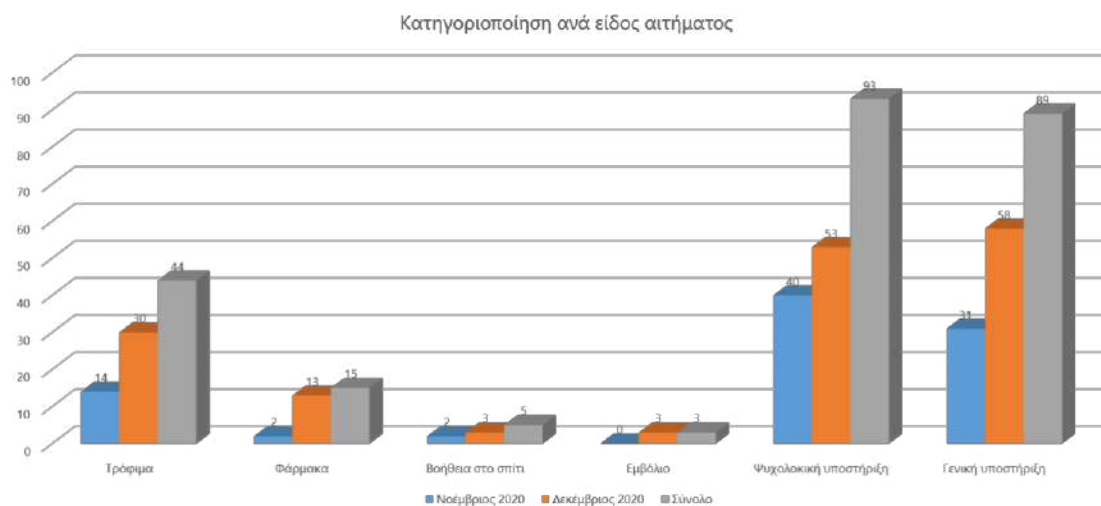
Η αποτύπωση των ωφελούμενων κατά τη 2^η φάση της πανδημίας, δίνονται στο ακόλουθο γράφημα.

Γράφημα 17: Παρουσίαση δράσης σε νούμερα



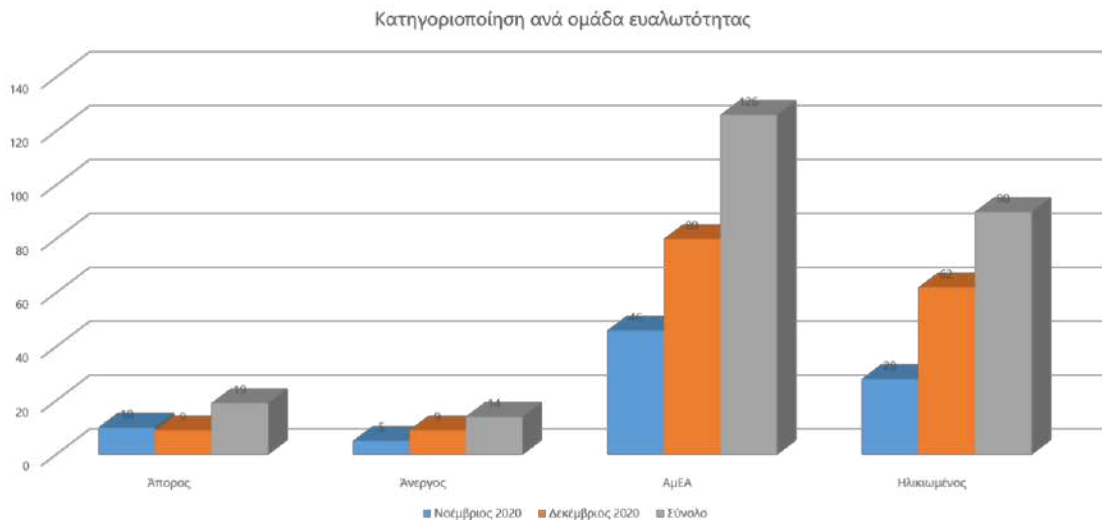
Πηγή: Ετήσια έκθεση απολογισμού δράσεων ΚΟ.Δ.Ε.Π. (2020)

Γράφημα 18: Παρουσίαση αιτημάτων ωφελούμενων ανά κατηγορία



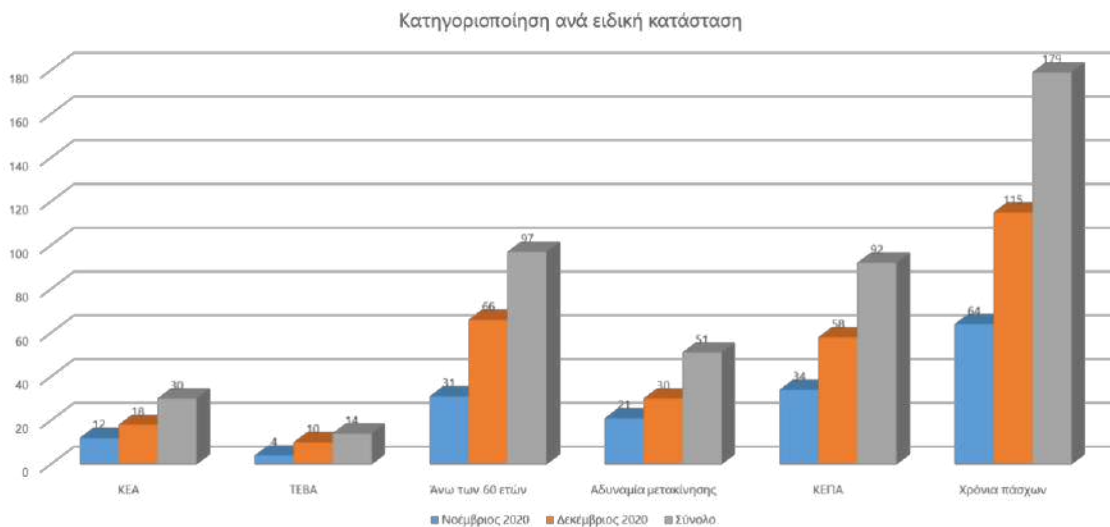
Πηγή: Ετήσια έκθεση απολογισμού δράσεων ΚΟ.Δ.Ε.Π. (2020)

Γράφημα 19: Παρουσίαση ανά ομάδα ευαλωτότητας



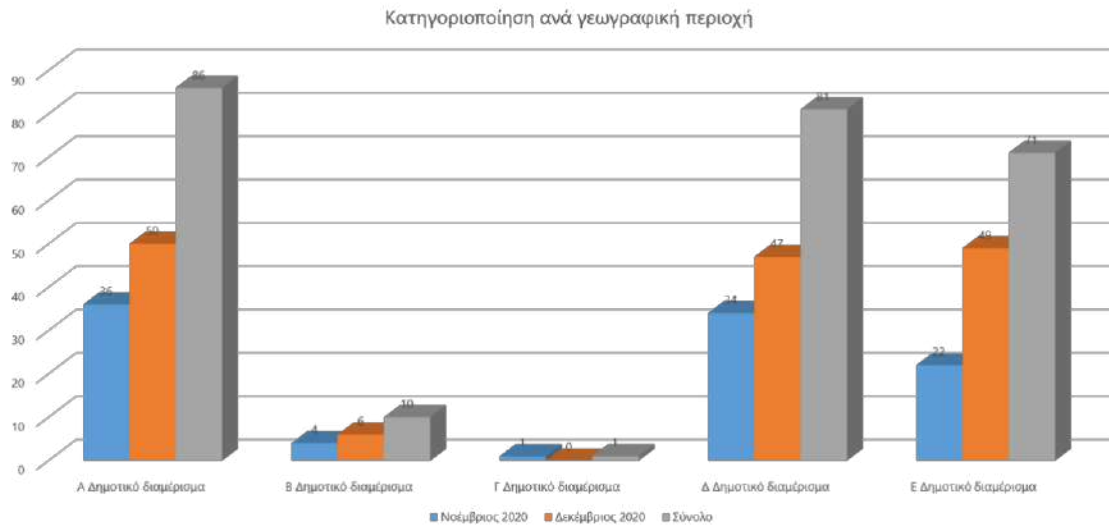
Πηγή: Ετήσια έκθεση απολογισμού δράσεων ΚΟ.Δ.Ε.Π. (2020)

Γράφημα 20: Παρουσίαση ωφελούμενων ανά ειδική κατάσταση



Πηγή: Ετήσια έκθεση απολογισμού δράσεων ΚΟ.Δ.Ε.Π. (2020)

Γράφημα 21: Παρουσίαση ωφελούμενων ανά γεωγραφική περιοχή



Πηγή: Ετήσια έκθεση απολογισμού δράσεων ΚΟ.Δ.Ε.Π. (2020)

ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Δεδομένα οικονομικής εξασθένησης, γενικού πληθυσμού

Στην χώρα, η ανεργία εμφανίζεται σταθερά αυξανόμενη. Ήδη, από την απογραφή του 2011 καταγράφεται ότι από το σύνολο των 163.688 κατοίκων μόνιμου πληθυσμού του Δήμου Πειραιά, ποσοστό περίπου 45% (73.551 άτομα) είναι οικονομικά ενεργός πληθυσμός, εκ των οποίων: 36% είναι απασχολούμενοι και 9% είναι άνεργοι. Ο οικονομικά μη ενεργός πληθυσμός ανέρχεται σε ποσοστό 55%, εκ των οποίων 20% είναι συνταξιούχοι. Οι άνεργοι που έχουν καταγραφεί στο Δήμο Πειραιά υπολογίζονται σε 14.429 ή στο 20% επί των οικονομικά ενεργών ή στο 8,81% επί του συνολικού πληθυσμού. (Ελληνική Στατιστική Αρχή, Απογραφή 2011) Συνολικά στην Περιφερειακή Ενότητα Πειραιά καταγράφεται ποσοστό 22,5% (25.852 άτομα) και αντίστοιχα στην Περιφερειακή Ενότητα Νήσων Αργοσαρωνικού οι εγγεγραμμένοι άνεργοι ήταν 2.680 άτομα.

Όπως προκύπτουν από νεότερα στοιχεία του ΟΑΕΔ (2021), η εγγεγραμμένη ανεργία στην πόλη εξακολουθεί να είναι στα επίπεδα του 2017, ενώ η μακροχρόνια ανεργία είναι σε μόνιμη βάση υψηλότερη από την βραχυχρόνια (Social Innovation Piraeus - INNOLAND, 2021). Το μέσο εισόδημα του πληθυσμού, εμφανίζεται ελαφρώς χαμηλότερο του εθνικού μέσου όρου, οι δικαιούχοι ΚΕΑ Δήμου Πειραιά είναι 7.435 άτομα, ενώ σε επίπεδο Περιφερειακής Ενότητας καταγράφονται 25.528 δικαιούχοι και των Νησιών περίπου 5.000 άτομα. Η εξέλιξη της ανεργίας στον Πειραιά ακολουθεί την εξέλιξη της ανεργίας στην Αττική και μάλιστα με ταχύτερους ρυθμούς στις υποβαθμισμένες περιοχές της πόλης. Η αύξηση των μακροχρόνια ανέργων και της ανεργίας των νέων στον Πειραιά υποδηλώνει την 'παγίδευση' των νοικοκυριών σε συνθήκες φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού.

Πίνακας 7: Οικονομικά χαρακτηριστικά πληθυσμού Δήμου Πειραιά

	Άρρενες	Θήλεις	Σύνολο	Ποσοστό επί του συνόλου του πληθυσμού του Δήμου Πειραιά
A. Οικονομικά ενεργοί				
Σύνολο	41.900	31.651	73.551	44,9%
Απασχολούμενοι	33.815	25.307	59.122	36,1%
Πρωτογενής Τομέας	n/a	n/a	297	0,2%
Δευτερογενής Τομέας	n/a	n/a	9.215	5,6%
Τριτογενής Τομέας	n/a	n/a	49.610	30,3%
Άνεργοι				
Σύνολο	8.085	6.344	14.429	8,8%
Πρώην απασχολούμενοι	6.014	4.621	10.635	6,5%
Νέοι άνεργοι	2.071	1.723	3.794	2,3%
B. Οικονομικά μη ενεργοί				
Σύνολο	36.300	53.837	90.137	55,1%
Μαθητές- σπουδαστές	12.264	11.735	23.999	14,7%
Συνταξιούχοι	17.883	15.416	33.299	20,3%
Λοιποί	6.153	26.686	32.839	20,1%
Σύνολο	41.900	31.651	73.551	44,9%
Σύνολο πληθυσμού Δήμου Πειραιά (= A + B)	78.200	85.488	163.688	100,0%

Πηγή: Ελληνική Στατιστική αρχή, Απογραφή 2011

Όσον αφορά στα οικονομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, προκύπτει πως το μέσο εισόδημα του πληθυσμού του Δήμου Πειραιά, σύμφωνα με τα στοιχεία της Γ.Γ.Π.Σ., προσεγγίζει τον μέσο εθνικό όρο είναι ελαφρώς χαμηλότερο, ενώ στο βόρειο τμήμα του Δήμου, στην 4η και 5η Δημοτική Κοινότητα παρατηρούνται χαμηλότερα εισοδήματα. Έτσι, γίνεται ορατός, ο κοινωνικός διαχωρισμός στον Πειραιά κατά εθνικότητα, ηλικία και επαγγελματική κατηγορία στα Δημοτικά Διαμερίσματα της πόλης.

Η διαχρονικά αυξημένη μακροχρόνια ανεργία οδηγεί σε μια μόνιμη κατάσταση κοινωνικού κινδύνου, με αύξηση του πληθυσμού των κοινωνικο-οικονομικά ευάλωτων ομάδων. Στο πλαίσιο αυτής της συλλογιστικής και με στόχο την αντιμετώπιση των ποικίλων αναδυόμενων κοινωνικών αναγκών, τοπικά έχει αναπτυχθεί ένα 'δίκτυο' κοινωνικών δομών, στο οποίο εντάσσονται κλπ. Η παρούσα πρόταση με αντικείμενο την πιλοτική κοινωνική παρέμβαση φιλοδοξεί να καλύψει μία ανάγκη η οποία διαπιστώνεται στο πεδίο πιο έντονη από άλλοτε, λόγω της πρωτόγνωρης πανδημικής συγκυρίας που έχει πλήξει σωρευτικά τον ευπαθή πληθυσμό του Δήμου Πειραιά.

Κίνδυνος φτώχειας ηλικιωμένων

Βάσει των τελευταίων διαθέσιμων δεδομένων, η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) ανακοίνωσε τον Ιούνιο 2021 στοιχεία για τον κίνδυνο φτώχειας, όπως προκύπτουν από την Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών έτους 2020, με περίοδο αναφοράς εισοδήματος το έτος 2019.

Η έρευνα αυτή αποτελεί τη βασική πηγή αναφοράς των συγκριτικών στατιστικών της χώρας για την κατανομή του εισοδήματος και τον κοινωνικό αποκλεισμό και αναφέρει πως το μέσο ισοδύναμο ατομικό διαθέσιμο εισόδημα ανήλθε σε 9.993 ευρώ, αυξημένο κατά 6,5% σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος⁶⁵. Παρακάτω ακολουθεί πίνακας για τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, κατά ομάδες ηλικιών και φύλο.

⁶⁵ <https://www.statistics.gr/documents/20181/a99956d2-10b7-95b6-a4a1-44ab287bc698>

Πίνακας 8: Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό, κατά ομάδες ηλικιών και φύλο: 2020

Ομάδες ηλικιών	Σύνολο πληθυσμού	Γυναίκες	Άνδρες
Σύνολο	28,9%	29,9%	28,0%
0-17	31,0%	-	-
18-64	31,9%	33,1%	30,7%
65+	19,9%	22,9%	16,3%

Πηγή: ELSTAT, 2021

Οι κοινωνικές μεταβάσεις στην ζωή ενός ατόμου, όπως για παράδειγμα η σύνταξη, μπορούν να αποτελέσουν παράγοντες ευαλωτότητας και έκθεσης τους σε φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό. Παρακάτω παρουσιάζονται οι πίνακες για τον κίνδυνο φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβάσεις και ακολουθεί αναλυτικός πίνακας για τον κίνδυνο φτώχειας ηλικιωμένων μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, κατά φύλο και ομάδες ηλικιών. Βάση των στοιχείων, καταγράφεται μεγαλύτερο ποσοστό κινδύνου φτώχειας, στην ομάδα ηλικίας 0 – 59, με ίδιο ποσοστό (19,0%) σε γυναίκες και άνδρες.

Πίνακας 9: Κίνδυνος φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, κατά φύλο και ομάδες ηλικιών: 2020.

Ομάδες ηλικιών	Σύνολο πληθυσμού	Γυναίκες	Άνδρες
Σύνολο	17,7 %	17,8 %	17,5 %
0-17	20,9 %	-	-
18-64	18,4 %	18,6 %	18,3 %
65+	13,0 %	14,8 %	10,9 %

Πηγή: ELSTAT, 2021

Πίνακας 10: Κίνδυνος φτώχειας ηλικιωμένων μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, κατά φύλο και ομάδες ηλικιών: 2020

Ομάδες ηλικιών	Σύνολο	Γυναίκες	Άνδρες
60+	14,2 %	15,2 %	13,0 %
75+	13,9 %	17,2 %	9,7 %
0-59	19,0 %	19,0 %	19,1 %
0-74	18,1 %	17,9 %	18,3 %

Πηγή: ELSTAT, 2021

Η μελέτη γνωστοποιεί ότι σε ευρωπαϊκή κλίμακα, στο πλαίσιο του προγράμματος Ευρώπη 2020', αναφορικά με την καταπολέμηση της φτώχειας, έχει τεθεί ως στόχος να μειωθούν κατά 20 εκατομμύρια τα άτομα που βρίσκονται ή που κινδυνεύουν να βρεθούν σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό. Παράλληλα, στην Ελλάδα, με βάση τα στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 2020, ο πληθυσμός που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό ανέρχεται στο **28,9% του πληθυσμού της χώρας** (3.043.869 άτομα), παρουσιάζοντας μείωση σε σχέση με το 2019 κατά 1,1 ποσοστιαίες μονάδες (3.161.936 άτομα που αντιστοιχούσαν στο 30,0% του πληθυσμού).

Τα αποτελέσματα ειδικής έρευνας φανερώνουν πως:

- Το ποσοστό κινδύνου φτώχειας το 2020 είναι ελαφρώς υψηλότερο για τις γυναίκες (17,8%) σε σχέση με τους άνδρες (17,5%).
- Το ποσοστό κινδύνου φτώχειας για τους άνδρες και για τις γυναίκες σημείωσε μείωση κατά 0,2 ποσοστιαίες μονάδες το 2020 σε σχέση με το 2019.

- Ο κίνδυνος φτώχειας για άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών εκτιμάται σε 14,8% για τις γυναίκες και σε 10,9% για τους άνδρες (ΠΙΝΑΚΑΣ)
- Ο κίνδυνος φτώχειας για άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών εκτιμάται σε 13,9% ενώ για άτομα ηλικίας κάτω των 75 ετών σε 18,1% (ΠΙΝΑΚΑΣ)
- Ο κίνδυνος φτώχειας για τις γυναίκες άνω των 75 ετών εκτιμάται σε 17,2%, ενώ για τους άνδρες της αντίστοιχης ομάδας ηλικιών εκτιμάται σε 9,7%.

Ο Τρόπος ζωής των ηλικιωμένων

Γεγονός είναι πως η Τρίτη ηλικία διεκδικεί και αναζητάει ένα τρόπο όχι μόνο επιβίωσης αλλά και μιας ζωής με νόημα, δραστηριότητες και ικανοποιήσεις. Η Τρίτη ηλικία αποτελεί μια πολύ ενδιαφέρουσα οικονομικά ομάδα κι αυτό διαπιστώνεται από τα ακόλουθα στοιχεία:

- Μολονότι τα έσοδα των ηλικιωμένων είναι μικρότερα από αυτά που είχαν όταν ήταν στην ενεργό δράση, διαθέτουν αγοραστική δύναμη πάνω από το μέσο όρο του ενεργού πληθυσμού.
- Τα ποσά που εισπράττει η Τρίτη ηλικία είναι μεγαλύτερα από αυτά που εισέπραττε όταν είχε ηλικία τριάντα χρόνων.
- Τα χρήματα αυτά έρχονται με κανονικό ρυθμό και δεν υπάρχει (ακόμη) η αγωνία της ανεργίας.
- Συνήθως τα παιδιά των ηλικιωμένων έχουν ήδη γίνει ενήλικοι και έτσι δεν βαρύνουν τους γονείς τους.
- Η Τρίτη ηλικία δεν είναι υποχρεωμένη να κάνει οικονομίες και οι επενδύσεις για ακίνητα και αγορές οικιακής υποδομής είναι λιγότερο συχνές.



Σε αυτό το πνεύμα, η Τρίτη ηλικία αποτελεί έναν κύριο πρωταγωνιστή στην οικονομική ζωή και οι ηλικιωμένοι, είναι καταναλωτές στους τομείς: υγεία, διατροφή, ψυχαγωγία - ταξίδια και είναι επίσης ιδιοκτήτες ακίνητης περιουσίας και χρηματικών τίτλων.

Η παραδοσιακή εικόνα του ηλικιωμένου που περνάει το χρόνο του στο καφενείο ή στην τηλεόραση αρχίζει να αλλάζει αισθητά. Πολλοί ηλικιωμένοι γίνονται μέλη συλλόγων, σωματείων, ΚΑΠΗ, αναζητούν δραστηριότητες στην κοινότητα, στον εθελοντισμό. Παράλληλα ενστερνίζονται τα διδάγματα της πρόληψης για την επιβράδυνση των συνεπειών του γήρατος. Σ' αυτό το πνεύμα, επιδίδονται σε αθλητικές δραστηριότητες (ελαφράς μορφής οπωσδήποτε, όπως περπάτημα), αλλάζουν τις διατροφικές συνήθειες και γίνονται πιο προσεκτικοί στο κάπνισμα και στην κατανάλωση αλκοόλ. Και σε πολύ μικρό βαθμό, αλλά κι αυτό είναι ενδεικτικό, οι ηλικιωμένοι εγγράφονται σε πανεπιστήμια ή σε αντίστοιχα εκπαιδευτικά τμήματα για την Τρίτη ηλικία.

Τέλος ένα άλλο τμήμα αυτού του πληθυσμού ασχολείται με εργασίες του σπιτιού (π.χ. μικρο-επισκευές, κήποι) δημιουργώντας έτσι μια παράλληλη οικονομία. Η τάση αυτή και το γεγονός ότι δημιουργήθηκε και η υπόσταση των προ-συνταξιούχων οδηγεί σε νέα υποκατηγορία της Τρίτης ηλικίας, τους "νέους ηλικιωμένους". Δηλαδή μια ομάδα που φρόντισε και φροντίζει να διατηρήσει ικανότητες και δυνατότητες (σωματικές και διανοητικές) ώστε να είναι δρων υποκείμενο - π.χ. να έχει ένα επάγγελμα (χωρίς αμοιβή) που τον καθιστά όμως χρήσιμο για την κοινότητα. Η επιλογή είναι κρίσιμη για την ψυχολογική κατάσταση του ηλικιωμένου ατόμου γιατί του επιτρέπει να έχει μια ενεργή θέση στην κοινότητα, να δημιουργεί σχέσεις με το περιβάλλον του και να δίνει ένα επιπλέον νόημα σ' αυτή τη φάση της ζωής του.

Η Τρίτη ηλικία διαθέτει ελεύθερο χρόνο, στοιχείο που την καθιστά σχεδόν προνομιούχο καθώς στις σύγχρονες κοινωνίες ο χρόνος και ο τρόπος εργασίας γίνεται όλο και πιο προγραμματισμένος, οργανωμένος και αποσπασματικός. Επίσης ο ρυθμός των μεταβολών γίνεται όλο και πιο έντονος, με αποτέλεσμα η χρονικότητα να βιώνεται ως γραμμική, μονοδιάστατη, συσσωρευτική και αναπόφευκτη. Η Τρίτη ηλικία, όντας εκτός της παραγωγής ζει μian άλλη χρονικότητα, που είναι σχεδόν το υπέρτατο αγαθό για αυτούς που εμπλέκονται στις παραγωγικές διαδικασίες. Ο χρόνος αυτός μπορεί να είναι ένα πολύτιμο "στρατηγικό όπλο" στο πλαίσιο της οικογένειας ή της κοινότητας.

Για παράδειγμα ο χρόνος που μπορεί να δοθεί στα άλλα μέλη της οικογένειας από τους ηλικιωμένους αποτελεί μια κρίσιμη συνεισφορά στη λειτουργικότητα των οικογενειών. Δεδομένου ότι οι σύγχρονες κοινωνίες τείνουν να διαπραγματεύονται και να οργανώνονται σύμφωνα με τους διαθέσιμους πόρους (χρήματα, χρόνος, συναισθήματα, πολιτιστικό κεφάλαιο), η Τρίτη ηλικία μπορεί να προσφέρει και χρόνο και συναισθηματική βοήθεια. Έτσι ο ελεύθερος χρόνος δεν είναι μόνο μια προσωπική δυνατότητα αλλά και μέσο δημιουργίας κοινωνικών δεσμών. Από έρευνες η λέξη σύνταξη, συνδυάζεται με οικογένεια (80%), ταξίδια (75%), ελευθερία (74%) τηλεόραση, έξοδοι/θεάματα (62%), συμμετοχή σε σωματεία (51%), ψάρεμα και κυνήγι (39%).

Ο χώρος της σεξουαλικότητας είναι το πεδίο που η Τρίτη ηλικία δεν έχει κατορθώσει να επιτύχει ουσιαστική αλλαγή. Όλες οι έρευνες δείχνουν ότι η σεξουαλική τους ζωή είναι περιορισμένη, 65% πάνω από 70 χρονών δηλώνουν ότι δεν έχουν σεξουαλικές σχέσεις και μόνο 12% ότι έχουν. Ψυχολογικοί και πολιτιστικοί λόγοι και όχι φυσιολογικοί ή βιολογικοί εξηγούν την κατάσταση αυτή. Στις δυτικές κοινωνίες η σεξουαλικότητα συνδέεται ακόμη με τη νεότητα, την ομορφιά. Σε αυτό το πνεύμα η Τρίτη ηλικία, διεκδικώντας το δικαίωμα στη σεξουαλική ζωή θα πρέπει να μεταβάλει σειρά πρακτικές και νοοτροπίες.

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης έχει δημιουργήσει μια εξαιρετικά ενδιαφέρουσα κοινωνική κατάσταση καθώς τρεις και τέσσερις γενεές συνυπάρχουν στην ίδια οικογένεια. Αυτό δημιουργεί ένα ειδικό πρόβλημα καθώς οι ηλικιωμένοι μπορεί να αποτελέσουν ένα μεγάλο βάρος, όταν αυτοί έχουν ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας ή έχουν χάσει την αυτονομία τους. Από την άλλη πλευρά οι αποστάσεις στους τρόπους ζωής μεταξύ των γενεών δεν είναι μικρές.

Περισσότερο από κάθε άλλο νέο της Ευρώπης (54,6%), οι Έλληνες απαντούν ότι δεν θα άφηναν τους γονείς τους να ζήσουν σε οίκο ευγηρίας. Γενικότερα οι νέοι της Ευρώπης αντιμετωπίζουν τους ηλικιωμένους συνανθρώπους τους με την εύλογη διαφοροποίηση στον τρόπο σκέψης και αντιμετώπισης της ζωής, που παραδοσιακά υφίσταται ανάμεσα στους νέους και τους ηλικιωμένους κάθε εποχής. Αυτή η δεδηλωμένη διαφορά στις αντιλήψεις -το 38,8% των νέων θεωρεί ότι οι ηλικιωμένοι δεν καταλαβαίνουν τις αλλαγές στην κοινωνία- δεν εμποδίζει τους σημερινούς νέους να επιδεικνύουν υψηλό αίσθημα ευθύνης απέναντι στις ανάγκες των ανθρώπων της Τρίτης ηλικίας. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 35,9% των νέων δεν θα άφηνε ποτέ γονείς και συγγενείς σε κάποιο οίκο ευγηρίας, ενώ το 34,6% νιώθει ότι η νέα γενιά έχει ευθύνες απέναντι στους ηλικιωμένους.

Αντίθετα μόλις το 5,8% των νέων πιστεύει ότι δεν έχουν καμία υποχρέωση να πληρώνουν για τις συντάξεις των ηλικιωμένων. Το 21,3% δηλώνει ότι οι κρατικοί φορείς πρέπει να επωμισθούν την ευθύνη για τους ηλικιωμένους. Από την άλλη, μια σημαντική μερίδα των νέων (28%) πιστεύει ότι, έστω κι αν τα χρόνια περνούν, ο άνθρωπος δεν θα πρέπει να εγκαταλείπει τον εαυτό του και την προσπάθεια για μια αξιοπρεπή ζωή. Ένα μικρό ποσοστό νέων (5,3%) έχει βγάλει από το μυαλό του την ιδέα να φροντίσει ένα συγγενή (πρωτίστως τους γονείς) όταν θα χρειαστεί, λόγω γηρατειών. Επίσης ένα σημαντικό ποσοστό (10,3%)

Θεωρεί ότι η ζωή των ηλικιωμένων δεν θα πρέπει να επιμηκύνεται με τη βοήθεια της Ιατρικής.

Πιο αναλυτικά, από όλους τους Ευρωπαίους, αυτοί που ασκούν περισσότερο κριτική στους ηλικιωμένους ότι δεν καταλαβαίνουν τις αλλαγές στην κοινωνία, είναι οι νέοι της Ισπανίας και της Ελλάδας, της Πορτογαλίας, της Γαλλίας και του Λουξεμβούργου. Στην ιδέα του γηροκομείου, εκτός από τους Έλληνες, είναι επίσης αρνητικοί και οι Ιταλοί, οι Ιρλανδοί και οι Ισπανοί. Οι νέοι της Μεσογείου, επίσης, είναι οι θετικότεροι στην ιδέα να έχουν έναν ηλικιωμένο άνθρωπο μέσα στο σπίτι. Τα υψηλότερα ποσοστά των νέων που αισθάνονται υποχρεωμένοι να δείχνουν φροντίδα απέναντι στους ηλικιωμένους καταγράφονται στην Ιρλανδία, τη Γερμανία και την Αγγλία.

Αν τώρα δούμε όλα τα ερωτήματα ανάλογα με τα κοινωνικά - δημογραφικά χαρακτηριστικά, η κατηγορία που παρουσιάζει τις πιο έντονες διαφοροποιήσεις είναι εκείνη που κατατάσσει τους νέους ανάλογα με το θρήσκευμα. Οι ορθόδοξοι - στη διαμόρφωση αυτού του ποσοστού συμβάλλουν προδήλως τα Ελληνόπουλα - περισσότεροι από κάθε άλλον (49%) δεν προτιμούν να αφήνουν τους ηλικιωμένους τους σε οίκους ευγηρίας. Όπως επίσης περισσότερο από κάθε άλλον (29%) και ότι η πολιτεία οφείλει να μεριμνά για τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Οι προτεστάντες εκτιμούν ότι οι ηλικιωμένοι οφείλουν να είναι δυναμικοί και δεν πρέπει να παραιτούνται από τη ζωή.

Μεγάλες προκλήσεις

Οι σύγχρονες κοινωνίες είναι στραμμένες προς τη μεταβολή, την καινοτομία και τη συνεχή υπέρβαση των προτύπων. Σε αυτό το πνεύμα, η νεότητα αποκτά μια σημαντική συμβολική

ισχύ (αρκεί να παρατηρηθεί με ποιους τρόπους η νεότητα χρησιμοποιείται στην προώθηση των προϊόντων και τη δημιουργία κοινωνικών αναπαραστάσεων), ενώ η Τρίτη ηλικία μπορεί να προκαλεί ακόμη το σεβασμό, δεν μπορεί ωστόσο να διεκδικήσει το ρόλο του ορόσημου και της αναφοράς για τα τεκταινόμενα και τα μελλούμενα.

Παρόλη την υποχώρηση στο συμβολικό επίπεδο, οι τεχνολογικά προηγμένες χώρες μέχρι και πρόσφατα είχαν κατορθώσει να στηρίζουν την Τρίτη ηλικία. Τα τελευταία χρόνια όμως διαπιστώνεται ότι ακριβώς αυτή η επιτυχία αρχίζει να γίνεται ένας δύσκολος περιορισμός στην κοινωνική πολιτική. Το γεγονός αυτό αρχίζει να διαβρώνει την προηγούμενη εικόνα και να θέτει το δίλημμα για την υπόσταση της Τρίτης ηλικίας, τόσο στο συμβολικό όσο και στο άμεσα υλικό. Ποια είναι όμως τα γεγονότα που καθορίζουν τη μελλοντική τροχιά της Τρίτης ηλικίας, στο πλαίσιο των σύγχρονων κοινωνιών; Επιλεκτικά δίνονται ορισμένα στοιχεία για να φανεί η υφή των νέων προκλήσεων:

- Η αύξηση του ποσοστού της Τρίτης ηλικίας στον πληθυσμό θα συνεχισθεί και θα φθάσουν στη φάση της σύνταξης οι γενιές μετά τον 2ο παγκόσμιο πόλεμο - το γνωστό "baby boom 1945-50".
- Οι επιτυχίες της ιατρικής επιστήμης και της Δημόσιας Υγείας έχουν επιτρέψει την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης ταυτόχρονα όμως η ελάττωση της γονιμότητας (1,8 ως μέσος όρος) θα επιδεινώσει την όλη κατάσταση. Αν δε, ο δείκτης γονιμότητας πέσει στο 1,4 (όπως φαίνεται να γίνεται για ορισμένες χώρες της Ευρώπης), τότε η κατάσταση μπορεί να γίνει και δραματική - δηλαδή να φθάσει το ποσοστό της Τρίτης ηλικίας στο 27% του πληθυσμού το 2050.
- Έρευνα που έγινε στο παρελθόν (ΕΜΠ) διαπίστωνε ήδη ότι το 1993 η Αθήνα γηράσκει καθώς οι ηλικιωμένοι αυξήθηκαν κατά 23% σε δέκα χρόνια κι αυτό είχε σημαντικές επιπτώσεις στη λειτουργία της πόλης.

- Σε μια άλλη ερευνητική εργασία στη χώρα μας, είχε προβλεφθεί ότι το 2000 στη χώρα μας ο πληθυσμός άνω των 60 χρόνων θα φθάσει το 17%. (Είχε μάλιστα εντοπίσει 1765 άτομα 406 άνδρες και 1359 γυναίκες, που έζησαν 100-115 χρόνια). Το 1998, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έδινε ότι το ποσοστό 20,2 του συνολικού πληθυσμού είναι άτομα ηλικίας άνω των 60 και 3,2 % άνω των 80, ποσοστά από τα μεγαλύτερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Ένα από τα σενάρια της Ευρωπαϊκής Ένωσης προβλέπει:

- μια ελάττωση του πληθυσμού των νέων κάτω των 20 ετών κατά 9,5 εκατομμύρια δηλαδή 11% του σημερινού αριθμού
- μια ελάττωση του πληθυσμού των ενηλίκων σε ηλικία εργασίας (20-59 χρονών) κατά 13 εκ. ή 6% του σημερινού αριθμού
- μια αύξηση του πληθυσμού των ενηλίκων σε σύνταξη (πάνω από 60 χρονών) κατά 37 εκ. ή 50% του σημερινού αριθμού.

Η γήρανση αυτή του πληθυσμού έχει σημαντικές επιπτώσεις, οικονομικο-κοινωνικής υφής, και μπορεί να θεωρηθεί ως μια σοβαρή απειλή της κοινωνικής πολιτικής, όπως αυτή αναπτύχθηκε στην Ευρώπη. Οι συντάξεις και η φροντίδα της υγείας για την "τρίτη ηλικία" θα πρέπει να αναθεωρηθούν με τον κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού της "τρίτης ηλικίας". Η κατάσταση φαίνεται εύγλωττα από τα ακόλουθα στοιχεία:

- 1955: 10 εργαζόμενοι για 1 συνταξιούχο
- 1980: 3 εργαζόμενοι για 1 συνταξιούχο
- 1998: 2 εργαζόμενοι για 1 συνταξιούχο

Η διακομματική επιτροπή της Ελληνικής Βουλής διαπιστώνει ότι η αναλογία εργαζομένων-συνταξιούχων και στη χώρα μας είναι 2 προς 1. Και ότι σε 11 νομούς της χώρας μας παρουσιάζεται ελάττωση του πληθυσμού μέχρι και 11%. Στην Αγγλία υπολογίστηκε το 1982 ότι είναι αναγκαία η αύξηση των δαπανών για το σύστημα Υγείας κατά 1% κατ' έτος σε σταθερές τιμές λόγω της ετήσιας αύξησης των ηλικιωμένων. Τελικά η Κοινοβουλευτική Επιτροπή πρότεινε 2% αύξηση: 1% για την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, 0,5% για τις νέες τεχνολογίες και 0,5% για τους ειδικούς κυβερνητικούς στόχους.

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι η επιτυχής λειτουργία του κοινωνικού κράτους που (μαζί με άλλους παράγοντες) απολήγει στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και του μέσου όρου ζωής, υπονομεύει την ανάπτυξη, αν όχι και την ίδια τη λειτουργία του κοινωνικού κράτους μέσω της αύξησης του αριθμού των δαπανηρών και μη παραγωγικών χρηστών του.

Οι προηγούμενες ενδείξεις και τάσεις επιτρέπουν να λεχθούν ότι η Τρίτη ηλικία αρχίζει να παρουσιάζεται ως πρόβλημα - ζήτημα και το πρόβλημα της γήρανσης - των καλών γηρατειών (well ageing) αρχίζει να μοιάζει ως δύσκολος στόχος. Σ' αυτή την προοπτική είναι το έτος 2025, καθώς η δημογραφική δομή του πληθυσμού, η πυραμίδα των ηλικιών και η κοινωνική πολιτική θα βρεθούν σε αναντιστοιχία κι αυτό μπορεί να προκαλέσει δραματικές ανακατατάξεις στο χώρο της κοινωνικής αλληλεγγύης και συνοχής των ευρωπαϊκών χωρών. Μια τέτοια ανακατάταξη θα 'χει σημαντικές συνέπειες στο πως αντιλαμβάνονται τις "ηλικίες", "τις γενιές", την "αναπαραγωγή", "το θάνατο".

Οι προβλέψεις είχαν ήδη διατυπωθεί από τη δεκαετία του 1980. Έκτοτε αναζητούνται λύσεις και έχουν διατυπωθεί διάφορα σενάρια για την ανέλιξη του όλου προβλήματος. Σε μια πρόσφατη ευρωπαϊκή προσπάθεια τέθηκε το ερώτημα το πώς η επιστήμη, η τεχνολογία

και η καινοτομία θα μπορούσαν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση του ζητήματος της γήρανσης του πληθυσμού. Η Επιτροπή των εμπειρογνομόνων πρότεινε τρεις χώρους, τρεις άξονες για καινοτομικές δράσεις :

- Επιμήκυνση του χρόνου εργασίας.
- Στήριξη δραστηριοτήτων, κινητικότητας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.
- Ιατρική και κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων με τρόπο συνολικό και συνεκτικό, με τη βοήθεια νέων τεχνολογιών (τηλεπικοινωνίας και πληροφορίας).

Στο πλαίσιο αυτών των αξόνων προτάθηκαν επίσης οι ακόλουθες προτεραιότητες για μια δραστηριότητα έρευνας, καινοτομίας και τεχνολογίας:

- Τεχνικές συνεχούς ή δια βίου εκπαίδευσης.
- Τεχνολογίες και οργανωτικοί μέθοδοι για πιο "ευλύγιστες" (flexible) μορφές εργασίας.
- Σχεδιασμός προϊόντων και διεργασιών για όλες τις ηλικίες - για την αποφυγή έμμεσης μείωσης της ηλικίας.
- Νέες υποδομές για την μετακίνηση και τις μεταφορές.
- Εφαρμογές των τεχνολογιών επικοινωνίας και πληροφόρησης
- Μελέτη και διεπιστημονική κατανόηση των μηχανισμών γήρανσης (βιοχημική, επιδημιολογική, κοινωνική και Δημόσια Υγεία).
- Τεχνολογίες για νέες μορφές πρόληψης και περίθαλψης.
- Ιατρικές τηλεπικοινωνίες για αποκεντρωμένες υπηρεσίες υγείας.

Είναι σαφές ότι το προηγούμενο σύνολο αξόνων και προτεραιοτήτων απαιτεί ένα συντονισμό δράσεων σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο και απαιτεί επίσης τη σύμπραξη πολλών θεσμών και ομάδων (ερευνητών, τραπεζών, βιομηχανίας κ.α.). Το προτεινόμενο

σχέδιο δεν είναι παρά ένα σημείο αναφοράς και μια αφετηρία. Ως τέτοιο μπορεί να είναι το πρώτο βήμα για ειδική συμβολή της έρευνας, τεχνολογίας και καινοτομίας στο όλο πρόβλημα. Πάντως, το ζήτημα παραμένει ανοιχτό, και για να λυθεί έχει ανάγκη από τη σύζευξη λύσεων όχι μόνο ερευνητικών ή τεχνολογικών αλλά και πρωτοβουλιών κοινωνικής και πολιτιστικής υφής (π.χ. νέες μορφές αλληλεγγύης, νέες μορφές συμμετοχής στη διαμόρφωση οικονομικής πολιτικής).

Η Τρίτη ηλικία στο πλαίσιο των σύγχρονων κοινωνιών, σ' έναν κόσμο ανακατατάξεων και ανατροπών καλείται να βρει έναν νέο τόπο που δεν θα 'ναι κρίσιμος για την ίδια, αλλά ταυτόχρονα για την πορεία των σύγχρονων κοινωνιών. Με μια άλλη έκφραση, καθώς η Τρίτη ηλικία αλλάζει, την ίδια στιγμή θέτει το ερώτημα της μορφής και του νοήματος της υπόστασης της όχι μόνο γι' αυτήν, αλλά για την κοινωνία και την ανθρωπότητα: δηλαδή, θέτει ερωτήματα: τι είναι αυτό που αλλάζει; και εν τέλει πώς το παρόν ανοίγεται σ' αυτό το απροσδιόριστο μέλλον;

Οι Συνταξιούχοι στην Ελλάδα

Το ποσοστό των ανδρών και γυναικών άνω των 65 ετών στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού αυξάνεται σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, ως αποτέλεσμα κατ' αρχάς της σημαντικής ανόδου του προσδόκιμου ζωής, αλλά και της μεγάλης μείωσης του αριθμού των γεννήσεων και άρα των νέων ανθρώπων. Οι άνω των 65 στην Ελλάδα αποτελούν πλέον μια μεγάλη κατηγορία, που χωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες των οικονομικά ενεργών και μη οικονομικά ενεργών.

Η συντριπτική πλειονότητα των άνω των 65 ετών καταγράφεται ως μη οικονομικά ενεργή (2.250.600 άτομα), με το μεγαλύτερο μέρος τους ως συνταξιούχοι (υπολογίζονται πάνω από

1.900.000)⁶⁶. Βεβαίως, η μετακίνηση των ηλικιακών ορίων για τη συνταξιοδότηση προς τα πάνω, ακόμα και άνω των 67 ετών, αναμένεται να διευρύνει σταδιακά το ποσοστό των 65άρηδων που εργάζονται.

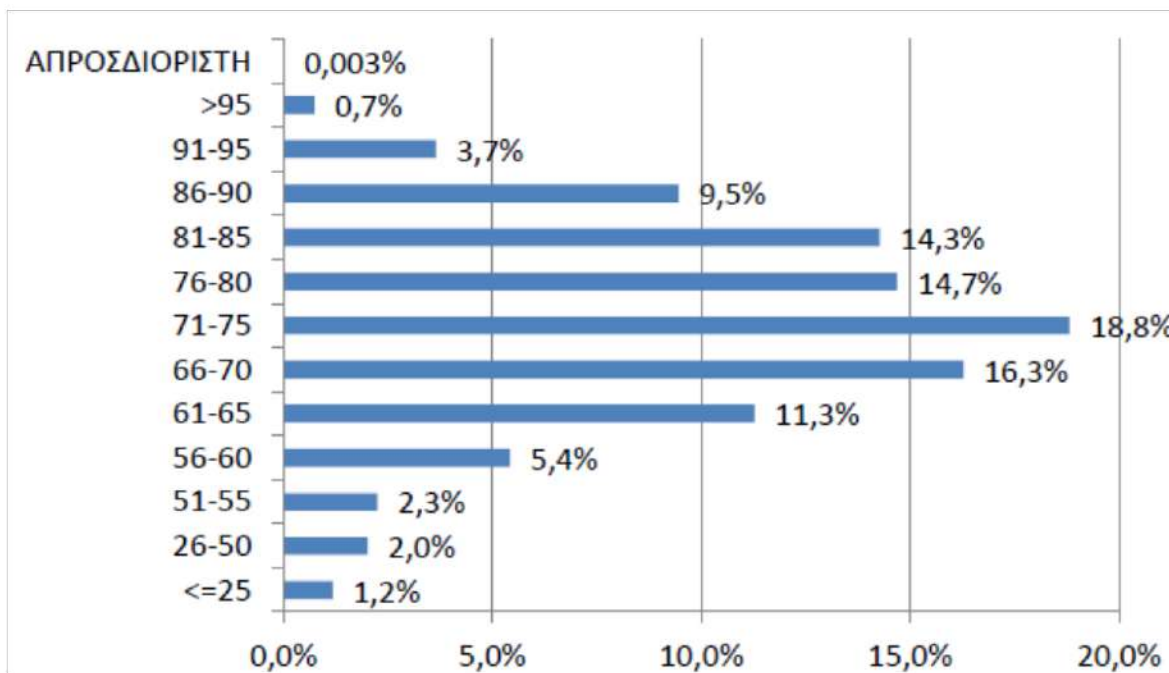
Πίνακας 11 : Κατανομή Συνταξιούχων βάση ηλικίας (Ιούλιος 2020)

Ηλικία	Πλήθος Συνταξιούχων	Μηνιαίο Ποσό (€)	Μέσο Εισόδημα από συντάξεις (€)	Διάμεσος (€)
<=25	29.213	9.924.016,85 €	339,71 €	309,05
26-50	50.170	30.026.255,33 €	598,49 €	490,37
51-55	55.986	45.257.213,12 €	808,37 €	716,02
56-60	135.046	126.169.723,97 €	934,27 €	900,08
61-65	280.787	287.928.638,98 €	1025,43 €	1.006,78
66-70	405.324	409.114.925,53 €	1009,35 €	962,69
71-75	468.580	426.128.296,45 €	909,4 €	790,32
76-80	365.983	298.255.473,50 €	814,94 €	662,49
81-85	355.468	267.714.942,38 €	753,13 €	593,26
86-90	235.543	164.942.482,12 €	700,26 €	525,64
91-95	90.872	60.661.147,57 €	667,54 €	498,52
>95	18.351	11.840.410,32 €	645,22 €	457,63
Απροσδιόριστη	84	54.513,33 €	648,97 €	455,85
ΣΥΝΟΛΟ	2.491.407	2.138.018.039,45 €	858,16 €	728,72

Πηγή: ΥΠΕΚΚΑ, 2020

⁶⁶ Πηγή: <https://www.kathimerini.gr/society/561103570/oi-ano-ton-65-kai-to-kalathi-ton-ypochreoseon/>

Γράφημα 22: Ποσοστιαία Κατανομή Συνταξιούχων ανά Ηλικία (Ιούλιος 2020)



Πηγή: ΥΠΕΚΚΑ, 2020

Συγκεκριμένα, στην Μηνιαία Απεικόνιση Συνταξιοδοτικών Παροχών, του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, τον Ιούλιο 2020, παρατηρείται, πως το 28,1% των συνταξιούχων είναι ηλικίας άνω των 81 ετών, το 33,5% κυμαίνεται μεταξύ 71 και 80 ετών, το 35,2% μεταξύ 51 έως 70 ετών ενώ μόλις το 1,2% είναι συνταξιούχοι ηλικίας μικρότερης των 25 ετών. Συνταξιούχοι ηλικίας μεταξύ 61-70 ετών λαμβάνουν τα υψηλότερα ποσά σύνταξης. Στον Πίνακα και το Διάγραμμα που ακολουθούν παρουσιάζονται αναλυτικά στοιχεία σχετικά με την κατανομή των συνταξιούχων και του εισοδήματός τους ανά ηλικία.

Αναλύοντας τα δεδομένα του εισοδήματος από συντάξεις (ανδρών και γυναικών) σε κλίμακες, προκύπτει μια διαφοροποίηση ανάμεσα στα φύλα. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Μηνιαία Απεικόνιση Συνταξιοδοτικών Παροχών, του Υπουργείου Εργασίας και

Κοινωνικών Υποθέσεων, οι άνδρες συνταξιούχοι είναι περισσότεροι σε σχέση με τις γυναίκες και λαμβάνουν κατά μέσο όρο υψηλότερα ποσά σύνταξης ⁶⁷.

Τέλος, σε αυτό το σημείο, αξίζει να αναφέρουμε πως ένα μεγάλο μέρος των ατόμων άνω των 65 ετών είναι ήδη αρκετά έως πολύ περιορισμένο οικονομικά, ενώ αρκετοί σηκώνουν και τα βάρη της βοήθειας σε παιδιά και εγγόνια καθώς βάση της ΕΛΣΤΑΤ, οι δαπάνες των νοικοκυριών που έχουν υπεύθυνο άτομο από 65-74 ετών υπολογίζονται στο 83% του μέσου όρου όλων των νοικοκυριών ενώ σε νοικοκυριά με υπεύθυνο από 75 ετών και πάνω το ποσοστό περιορίζεται στο 57,9%.

Σε μια εποχή πλήρους απορρύθμισης των οικονομικών και εργασιακών σχέσεων, καθώς οι κοινωνικοί δεσμοί πλήττονται θανάσιμα από την κυριαρχία του ατομικιστικού πνεύματος σε όλες τις εκφάνσεις της καθημερινής ζωής, τι μπορεί να σημαίνει η λέξη αλληλεγγύη; Αλληλεγγύη είναι μια λέξη φορτισμένη με ποικίλα νοήματα, μια λέξη την οποία κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται διαφορετικά: άλλοτε ως ατομική φιλανθρωπία και ανιδιοτελή προσφορά προς τον πάσχοντα συνάνθρωπο, άλλοτε ως υπεράσπιση των ιδιαίτερων συμφερόντων και δικαιωμάτων μιας επαγγελματικής ομάδας και άλλοτε ως δέσμευση «σιωπής» ανάμεσα στα μέλη μιας ομάδας).

Στην πορεία της Ιστορίας ποικίλα ιδεολογικά και πολιτικά ρεύματα έβαλαν τη σφραγίδα τους στις αναπαραστάσεις που έχουμε για την αλληλεγγύη. Ορισμένες από αυτές είναι: Οικογένεια και «υποχρέωση» να βοηθάει ο ένας τον άλλον στα δύσκολα, χριστιανισμός και φιλανθρωπία, συνδικαλισμός και εργατικές διεκδικήσεις, αλλά και εθνική ομοψυχία, όταν

⁶⁷ Στην κατηγορία γήρατος περιλαμβάνεται και το επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερηλίκων ΟΠΕΚΑ.

οι περιστάσεις το απαιτούν. Δεν είναι ίσως τυχαίο που, μέσα στη βαθιά κρίση που βιώνει η χώρα, ακόμη και οι πολιτικοί ηγέτες χρησιμοποιούν την ίδια λέξη για να ζητήσουν τη στήριξη άλλων κρατών στο πλαίσιο μιας -αμφισβητούμενης- ευρωπαϊκής οικογένειας.

Η ατομική αλληλεγγύη γίνεται κοινωνική στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα, όταν το κράτος αναλαμβάνει να εγγυηθεί το δικαίωμα όλων στην υγεία, την εργασία, την εκπαίδευση. Η συνδρομή στους φτωχούς, τους αδύναμους, τους ασθενείς, τους άνεργους και στους ηλικιωμένους οργανώνεται και ρυθμίζεται από την κρατική εξουσία που, ακόμη και σήμερα, ιδρύει «Ταμεία Αλληλεγγύης» κάνοντας έκκληση στην ατομική και κοινωνική ευαισθησία των προνομιούχων απέναντι στους μη προνομιούχους.

Σήμερα που το κράτος πρόνοιας αδυνατεί να υπάρξει και μολονότι ο φόβος απέναντι στον Άλλο διογκώνεται, εξακολουθούν να υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι, έξω από κόμματα, ομάδες και ιδεολογίες, επιμένουν να προσφέρουν κάτι από τον εαυτό τους κόντρα στη Σαρτρική ρήση «Η κόλαση είναι οι άλλοι». Jean Paul Sartre. Ίσως επειδή, για να αντέξει κανείς την κόλαση, χρειάζεται να βρει το νήμα που τον ενώνει με τους άλλους, ένα νήμα που διαρκώς κόβεται από διαχωρισμούς και αποκλεισμούς, μικρές και μεγάλες απάτες, ορατές και αόρατες μορφές βίας. Ίσως, επειδή προβάλλει βασανιστικά η αναγκαιότητα να επαναπροσδιορίσουμε τι σημαίνουν κοινωνία και εαυτός ως ύστατη προσπάθεια να δώσουμε νόημα στο παρόν και το μέλλον.

Η ανάπτυξη του Εθελοντισμού είναι άρρηκτα συνυφασμένη και συνδεδεμένη με την ανάπτυξη της Κοινωνίας Πολιτών. Τι είναι Κοινωνία Πολιτών; Είναι ένας ενδιάμεσος χώρος ανάμεσα στο κράτος και τον πολίτη και ένα πλέγμα δια δράσεων ανάμεσα σε οργανώσεις που εκουσίως συστήνουν οι πολίτες. Η Κοινωνία Πολιτών είναι ένα αντιστήριγμα στην

Πολιτική Κοινωνία, δηλαδή το κράτος και συγχρόνως χώρος εθελούσιας και ανιδιοτελούς συμμετοχής σε ένα πολιτικό και κοινωνικό σύνολο

Αλλαγές & Μειώσεις στις συντάξεις

Βασική παράμετρος στον καθορισμό της ζήτησης υπηρεσιών από τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι ο αριθμός των συνταξιούχων και το ύψος των συντάξεων που λαμβάνουν. Από το 2010 μέχρι και σήμερα έχουν συντελεστεί 12 αλληπάλληλες μειώσεις συντάξεων (Νόμος 3845/2010 - ΦΕΚ 65/Α'/06.05.2010; Νόμοι 3863/2010 και 3865/2010 - ΦΕΚ 115/ Α'/15.07.2010; Νόμος 3869/2010 - ΦΕΚ 130/Α'/03.08.2010; Νόμος 3986/2011 – ΦΕΚ 152/Α'/01.06.2011; Νόμος 4002/2011 - ΦΕΚ 180/Α'/22.08.2011; Νόμος 4024/2011 - ΦΕΚ 226/Α'/27.10.2011; Νόμος 4046/2012 - ΦΕΚ 28/Α'/14.02.2012; Νόμος 4093/2012 - ΦΕΚ 222/ Α'/12.11.2012; Νόμος 4254/2012 - ΦΕΚ 85/Α'/07.04.2014).

Η τελευταία μείωση που επιβλήθηκε από την παρούσα κυβέρνηση, με βάση το τρίτο Μνημόνιο (Ν. 4336/2015 – ΦΕΚ 94/Α'/14.08.2015) έφερε σημαντική μείωση σε κύριες και επικουρικές συντάξεις, μέσω της αύξησης των εισφορών υπέρ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στις κύριες, και της επιβολής εισφοράς στις επικουρικές. Συγκεκριμένα, οι εισφορές αυξήθηκαν κατά 2 μονάδες (6% από 4%) επί του ποσού των κύριων συντάξεων πριν από τις περικοπές που ξεκίνησαν το 2010. Στις επικουρικές, επιβλήθηκε εισφορά 6% επί του ποσού μετά των περικοπών. Στις επικουρικές βέβαια, επιβλήθηκε εισφορά υγείας και στις περιπτώσεις δεύτερης επικουρικής καθώς και στις επικουρικές που δίνονται λόγω θανάτου (χηρείας).

Σύμφωνα με το Πόρισμα του Οκτωβρίου 2015 της Επιτροπής του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την πρόταση ενός νέου ασφαλιστικού συστήματος (Υ.Α. 37564/Δ9.10327/21.8.2015 – ΥΠΕΚΑ, 2015), οι σωρευτικές

απώλειες, από το 2010 έως σήμερα, ανέρχονται στις χαμηλές συντάξεις στο 14% και σχεδόν στο 50% στις υψηλότερες συντάξεις σε συνταξιούχους όλων των ηλικιών. Κατά τον Πλάτωνα Τήνιο (2015), επίκουρο καθηγητή οικονομικών του Πανεπιστημίου Πειραιώς, η μείωση στις χαμηλές συντάξεις ανέρχεται συνολικά στο 19,9%, εάν συνυπολογιστούν και οι εισφορές υγείας ενώ οι συντάξεις του Ο.Γ.Α. μειώθηκαν την πενταετία 2010-2015 κατά 8,4%.

Η 26η Μηνιαία Έκθεση Συνταξιοδοτικών Παροχών και Προνοιακών Επιδομάτων για το μήνα Ιούλιο 2015 (ΗΔΙΚΑ, 2015) είναι αποκαλυπτική. Τον μήνα Ιούλιο 2015, 2.663.345 συνταξιούχοι έλαβαν 2.378.208.325 Ευρώ. Οι συνταξιοδοτικές δαπάνες συνιστούν το 17,5% του ΑΕΠ της χώρας. Από την έκθεση προκύπτει ότι ο κύριος όγκος των συνταξιούχων γήρατος λαμβάνουν εισόδημα (άθροισμα περισσότερων από μια συντάξεις) που κυμαίνεται στο εύρος 500 έως 1.000 Ευρώ (768.000 ωφελούμενοι), καθώς και στην κλίμακα μεταξύ 1.000 και 2.000 Ευρώ (777.000 ωφελούμενοι). Μόλις το 2% του συνόλου των συνταξιούχων λαμβάνουν συντάξεις άνω των 2.000 Ευρώ. Τα ποσά είναι προ κρατήσεων φόρου και μετά υγειονομικής περίθαλψης.

Η μέση κύρια σύνταξη γήρατος ανήλθε στα 792,95 Ευρώ, ενώ η μέση επικουρική σύνταξη γήρατος 186,70 Ευρώ. Αντίστοιχα, η μέση σύνταξη θανάτου ανήλθε στα 555,27 Ευρώ, ενώ η μέση επικουρική σύνταξη θανάτου κυμάνθηκε στα 111,53 Ευρώ. Γίνεται κατανοητό ότι οι έμμεσα ασφαλισμένοι (κυρίως γυναίκες) λαμβάνουν χαμηλότερες συντάξεις θανάτου από ότι οι συνταξιούχοι γήρατος – άμεσα ασφαλισμένοι (κυρίως άντρες).

ΣΗΜΕΙΑ ΕΣΤΙΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Περιγραφή της κοινωνικής παρέμβασης

Στον Δήμο Πειραιά αναγνωρίζεται η αδυναμία των ευπαθών οικογενειών με υψηλό δείκτη κοινωνικο-οικονομικής ευαλωτότητας, να καλύψουν τα έξοδα για βασικά αγαθά και υπηρεσίες, που αφορούν την διαβίωση και κατά επέκταση την ποιότητα ζωής τους .

Μέσω των πρακτικών των τελευταίων δεκαετιών στην χώρα, **αναδεικνύεται κομβικής σημασίας για την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και ασφάλειας των ατόμων, ηλικίας 65 και άνω, η εξατομικευμένη προσοχή μέσω τηλεφροντίδας.** Το σύστημα τηλεφροντίδας, θα παρέχει προστιθέμενη αξία στις υφιστάμενες κοινοτικές υπηρεσίες καθώς συγγενείς, φροντιστές του Βοήθεια στο Σπίτι, ιδιώτες ιατροί και νοσηλευτές των ωφελούμενων θα έχουν πλήρη ενημέρωση για πιθανά αιτήματα και ανάγκες των ωφελούμενων που τους αφορούν και πρέπει να ικανοποιήσουν.

Συνεπώς, η παρούσα πρόταση για πιλοτική κοινωνική παρέμβαση, εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο η τοπική αυτοδιοίκηση, θα μπορέσει να συμβάλει στην υποστήριξη των ευπαθών οικογενειών του Δήμου Πειραιά, ηλικίας 65 και άνω, με χρόνια νόσημα (ή μη) ώστε μακροπρόθεσμα να επηρεαστεί θετικά και να τονωθεί η κοινωνική συνοχή στην κοινότητα, και κάθε άτομο να είναι δικαιούχος υπηρεσιών, χωρίς καμία διάκριση λόγω φύλου, φυλής, εθνοτικής καταγωγής, θρησκείας, πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας και γενετήσιου προσανατολισμού. Κατ' επέκταση θα περιοριστούν οι κοινωνικοί αποκλεισμοί και η διαιώνιση της περιθωριοποίησης των εγκλωβισμένων στην φτώχεια πειραιϊκών νοικοκυριών.

Η παρούσα πρόταση, εστιάζει σε κοινωνική παρέμβαση, που αφορά την δημιουργία τηλεφροντίδας για τον Δήμο Πειραιά. Πιο συγκεκριμένα, αφορά την προμήθεια συσκευών κατ' οίκον παρακολούθησης με ανίχνευσης πτώσης & κουμπί συναγερμού, καθώς και την στελέχωση ενός κέντρου 24ωρης υποστήριξης που θα εξυπηρετεί τις παραπάνω υπηρεσίες, εξασφαλίζοντας την διαθεσιμότητα σε προσωπικό και υποδομές. Σκοπός, της παρέμβασης είναι το κέντρο να έχει αδιάλειπτη λειτουργία και παροχή των προβλεπόμενων υπηρεσιών **24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα**, για όλο το χρονικό διάστημα της κοινωνικής παρέμβασης.

Η κοινωνική παρέμβαση, διέπεται από μια ευρεία δέσμη υπηρεσιών στις ομάδες ωφελούμενων του δήμου Πειραιά, στο χώρο της διαμονής τους, όπως:

- Η συντονισμένη αξιολόγηση και η ύπαρξη ενός δικτύου αξιολόγησης και προσδιορισμού των αναγκών του χρήστη και σχεδιασμού του πλάνου φροντίδας για την κάλυψη των αναγκών του.
- Ο ενιαίος τρόπος πρόσβασης στις υπηρεσίες κατ' οίκον και βελτίωση της διαθεσιμότητας και προσβασιμότητάς τους.
- Η ανάπτυξη επίσημων δικτύων συνεργασίας μεταξύ ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας, νοσοκομείων ή άλλων φορέων παροχής φροντίδας υγείας για τη διευκόλυνση παροχής μακροχρόνιας φροντίδας και τη διαχείριση των περιπτώσεων.
- Στον τομέα της κατ' οίκον φροντίδας, ανάπτυξη συντονισμένων συστημάτων πληροφόρησης και υποστήριξη των παραπάνω δικτύων.
- Η διάθεση ενός συστήματος ταξινόμησης των χρηστών, το οποίο να επιτρέπει συγκρίσεις αυτών με τους τομείς παροχής υπηρεσιών και το είδος της φροντίδας.

- Η ανάπτυξη πολιτικών που καλλιεργούν οικονομικά αποδοτικές λύσεις παροχής υπηρεσιών, μέσα από τη συντονισμένη, συνεχή και σταθερή διαχείριση της φροντίδας, οι οποίες όμως παρέχουν σταθερότητα στους ωφελούμενους, τις οικογένειες και τους φορείς παροχής των υπηρεσιών.
- Η διερεύνηση των επιλογών για την παροχή υποστήριξης και βοήθειας στις οικογένειες και στους άτυπους κατ' οίκον φροντιστές.
- Η αναζήτηση τρόπων και μεθόδων για την ευρύτερη υιοθέτηση της τεχνολογίας (telehealth) στο περιβάλλον του σπιτιού και τις υπηρεσίες της κοινότητας γενικότερα.
- Η ενθάρρυνση της υποστηρικτικής συνεργασίας μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων, με στόχο την επίτευξη καινοτόμων, προσιτών και αποτελεσματικών ρυθμίσεων της ζωής των ευπαθών ομάδων στόχων.

Η Τρίτη ηλικία στο Δήμο Πειραιά

Με βάση τη χαρτογράφηση που πραγματοποιείται εδώ και 18 μήνες, από την έναρξη υλοποίησης της Πράξης «Δίκτυο άμεσης κοινωνικής παρέμβασης στον Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus», η ομάδα έργου έχει καταγράψει τις ανάγκες περισσότερων από 2.000 νοικοκυριών στη γεωγραφική περιοχή του Δήμου Πειραιά. Τα δεδομένα αυτά έχουν καταγραφεί και καταχωρηθεί σε δυναμική βάση δεδομένων από το επιστημονικό προσωπικό της Πράξης, κατόπιν εκθέσεως ατομικού κοινωνικού ιστορικού για κάθε έναν από τους ωφελούμενους, σε συνεδρίες κοινωνικής συμβουλευτικής από τους κοινωνικούς λειτουργούς της Πράξης.

Στη συνέχεια τα δεδομένα αυτά αναλύονται και ανάγονται σε εύκολη στην παρακολούθηση μορφή, με τη συμβολή της στατιστικολόγου και του υπευθύνου πληροφοριακών συστημάτων της Πράξης, έτσι ώστε να παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες στο επιστημονικό προσωπικό υπεύθυνο για την εκπόνηση των ειδικών μελετών καινοτόμων κοινωνικών παρεμβάσεων.

Για τις ανάγκες της παρούσας, παρακάτω ακολουθούν συγκεντρωτικά στοιχεία αναφορικά με τα δημογραφικά, τα κοινωνικά, τα οικονομικά χαρακτηριστικά της ομάδας στόχου των ηλικιωμένων, καθώς και αναλυτικότερα στοιχεία όπου αποδεικνύεται η πολύ-ευαλωτότητα του επωφελούμενου πληθυσμού.

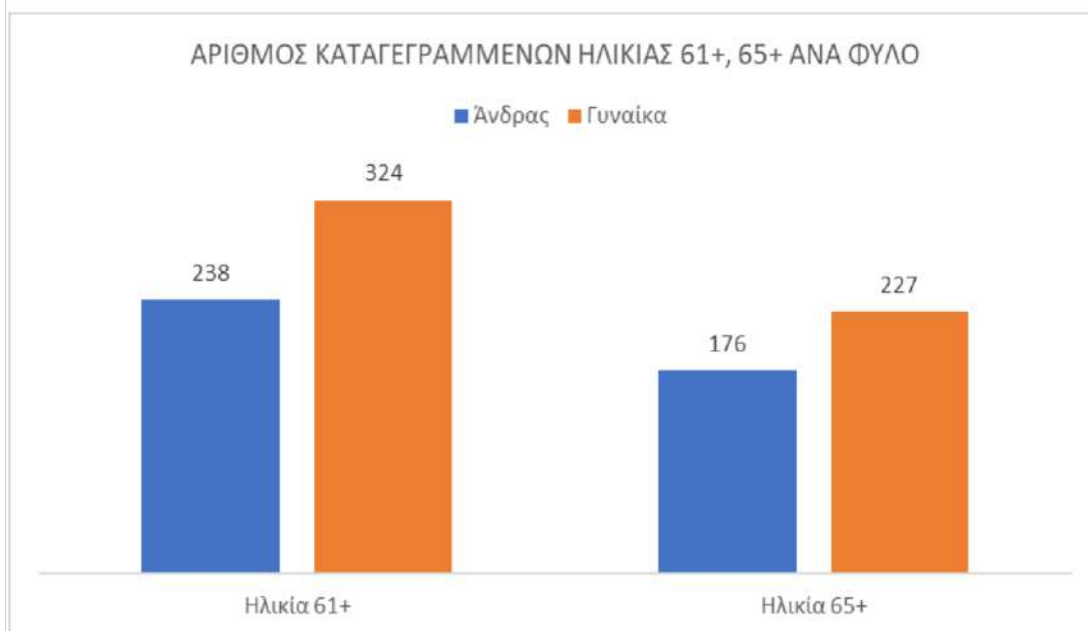
Στους παρακάτω πίνακες και γραφήματα, παρουσιάζονται τα στατιστικά δεδομένα αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία της επικείμενη ομάδας στόχου της προτεινόμενης κοινωνικής παρέμβασης.

Πίνακας 12: Ωφελούμενοι ηλικιωμένοι SIP ανά φύλο

Φύλο καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+	Ηλικία 61+	Ηλικία 65+
Άνδρας	238	176
Γυναίκα	324	227
Σύνολο	562	403

Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

Γράφημα 23: Ωφελοούμενοι ηλικιωμένοι SIP ανά φύλο



Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

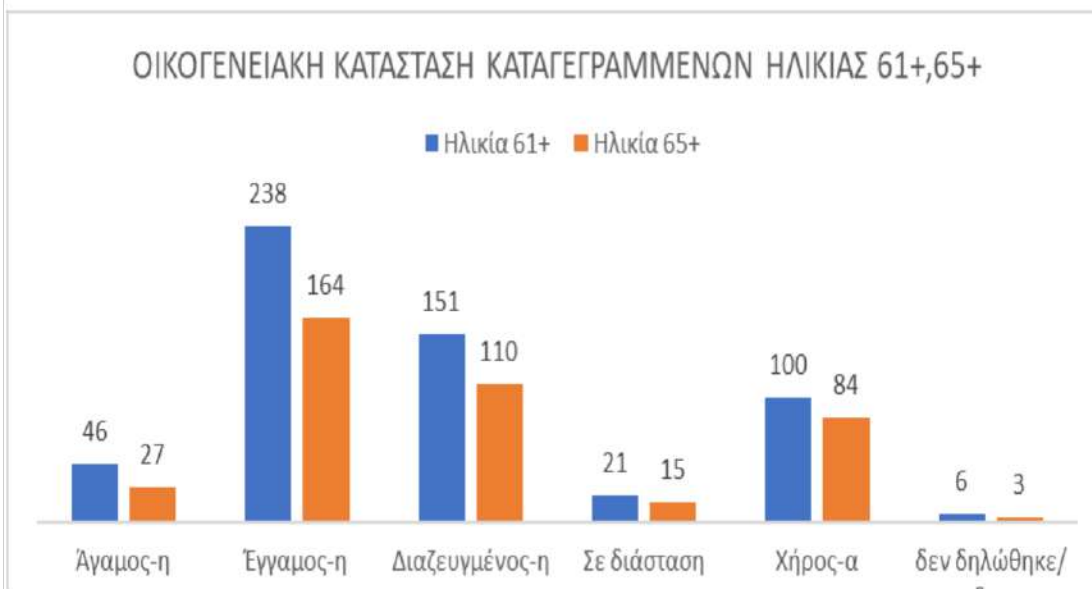
Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των δυνητικά ωφελοούμενων ηλικιωμένων, οι περισσότεροι αποτελούνται από ηλικιωμένα ζευγάρια, ενώ ακολουθούν οι μοναχικοί ηλικιωμένοι, είτε διαζευγμένοι είτε σε χηρεία.

Πίνακας 13: Οικογενειακή Κατάσταση καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+

Οικογενειακή Κατάσταση καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+	Ηλικία 61+	Ηλικία 65+
Άγαμος-η	46	27
Έγγαμος-η	238	164
Διαζευγμένος-η	151	110
Σε διάσταση	21	15
Χήρος-α	100	84
δεν δηλώθηκε/ δεν απαντήθηκε	6	3
Σύνολο	562	403

Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

Γράφημα 24: Οικογενειακή Κατάσταση καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+



Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

Κοινωνικά δεδομένα και κατάσταση υγείας έρευνας πεδίου

Ο επόμενος πολύ σημαντικός παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη για την αποτελεσματικότερη λειτουργία της προτεινόμενης κοινωνικής παρέμβασης, αφορά στην κοινωνική κατάσταση των δυνητικά ωφελούμενων ηλικιωμένων. Σε αυτό το πεδίο λαμβάνεται υπόψη η πιθανή ή όχι εργασία, η κατάσταση της υγείας τους, καθώς και η χαρτογράφηση των ειδικότερων αναγκών τους. Τα παραπάνω αποτυπώνονται στους πίνακες και τα γραφήματα που ακολουθούν.

Αρχικά παρουσιάζεται η κατάσταση ανεργία των καταγεγραμμένων ηλικιωμένων 61+ και 65+. Όπως διαφαίνεται στον ακόλουθο πίνακα αλλά και στο παρακάτω γράφημα, η συντριπτική πλειοψηφία αυτών έχει πάνω από έξι έτη ανεργίας. Αυτό όπως είναι προφανές,

επιδεινώνει τις συνθήκες της καθημερινής τους διαβίωσης, μιας και δεν έχουν οικονομική ανεξαρτησία ώστε να καταφέρουν να ανταποκριθούν στις διάφορες καθημερινές τους ανάγκες.

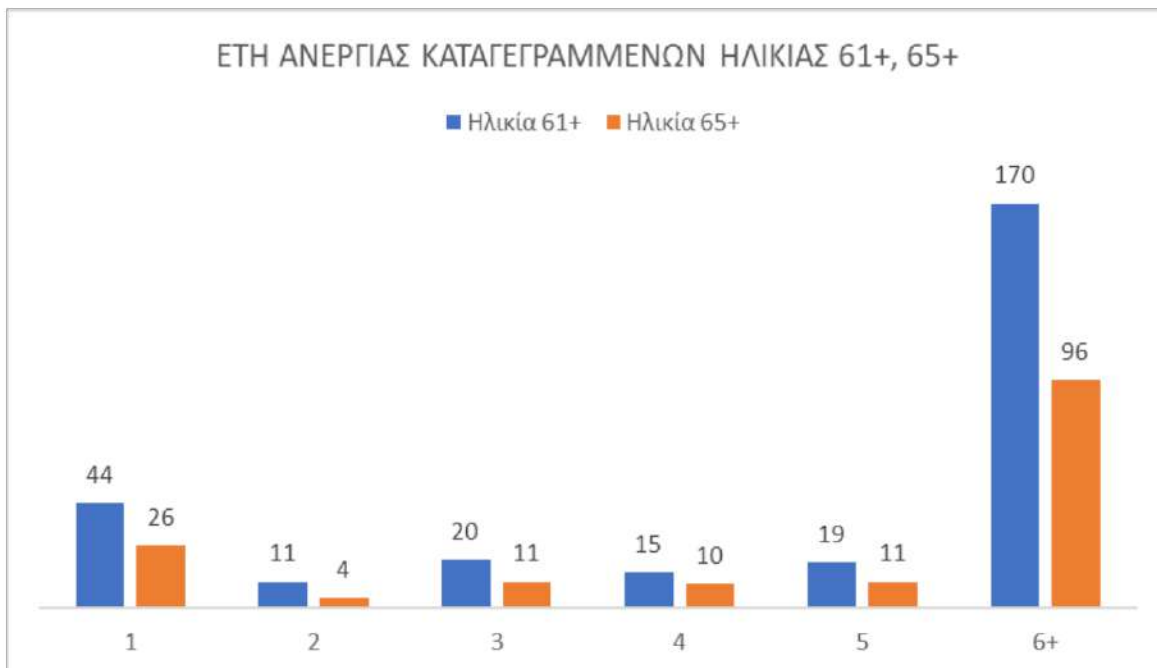
Πίνακας 14: Έτη ανεργίας καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+

Έτη ανεργίας καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+	Ηλικία 61+	Ηλικία 65+
1	44	26
2	11	4
3	20	11
4	15	10
5	19	11
6+	170	96
Σύνολο	279	158

Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

Κατά συνέπεια, η υψηλή ανεργία των καταγεγραμμένων ηλικιωμένων σε συνάρτηση με το υψηλό ποσοστό μοναχικότητας, δίνει μία πολύπλευρη διάσταση στην όλη προσέγγιση της προτεινόμενης κοινωνικής παρέμβασης.

Γράφημα 25: Έτη ανεργίας καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+



Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

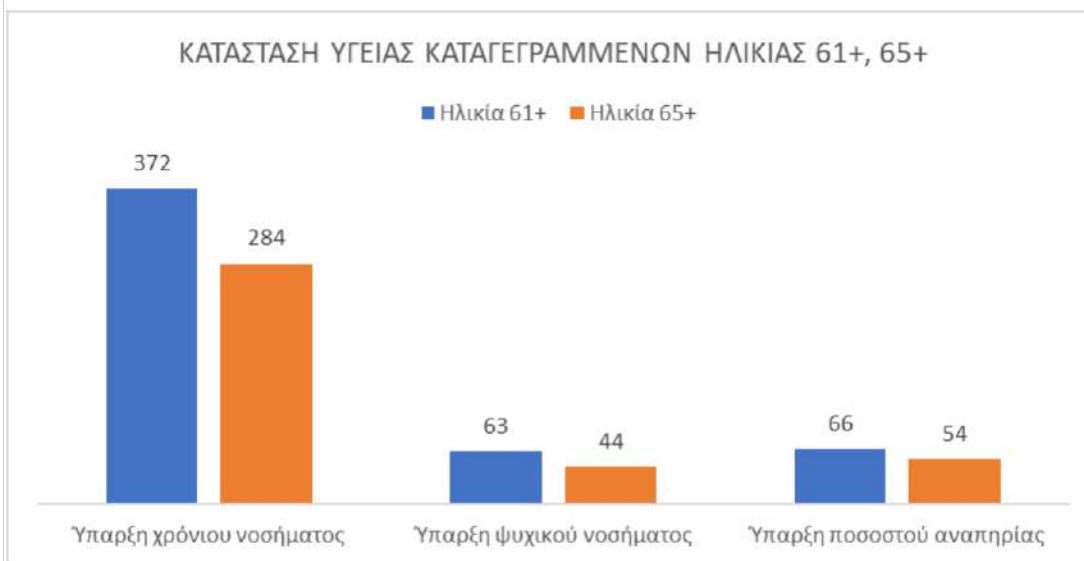
Συνεχίζοντας, εστιάζουμε στην κατάσταση της υγείας των καταγεγραμμένων ηλικιωμένων ηλικίας 61+, 65+, όπου και πάλι διαφαίνεται ότι το υψηλότερο ποσοστό καταλαμβάνουν τα χρόνια νοσήματα, με δεύτερα τα ψυχικά και τρίτο οι αναπηρίες.

Πίνακας 15: Κατάσταση υγείας καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+

Κατάσταση υγείας καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+	Ηλικία 61+	Ηλικία 65+
Ύπαρξη χρόνιου νοσήματος	372	284
Ύπαρξη ψυχικού νοσήματος	63	44
Ύπαρξη ποσοστού αναπηρίας	66	54

Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

Γράφημα 26: Κατάσταση υγείας καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+



Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

Αναφορικά με τα αιτήματα του έχουν καταγραφεί κατά τη λήψη κοινωνικού ιστορικού από τους ηλικιωμένους, διαφαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία αφορά σε αιτήματα επισιτισμού, πράγμα που μας δείχνει ότι τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν καθημερινές δυσκολίες στη διαβίωσή τους.

Πίνακας 16: Αιτήματα καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+

ΑΙΤΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑΓΕΓΡΑΜΜΕΝΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 61+, 65+	Ηλικία 61+	Ηλικία 65+
ΕΙΔΗ ΕΠΙΣΙΤΙΣΜΟΥ	508	367
ΦΑΡΜΑΚΑ & ΠΑΡΑΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ	39	32
ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΜΕ ΨΥΧΟΛΟΓΟ	15	10
ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΜΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ	5	2
ΕΝΔΥΣΗ/ΥΠΟΔΗΣΗ	14	10

ΑΙΤΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑΓΕΓΡΑΜΜΕΝΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 61+, 65+	Ηλικία 61+	Ηλικία 65+
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ & ΣΤΗΡΙΞΗ ΜΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ	45	29
ΗΛΕΚΤΡΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ	12	8
ΕΥΡΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	12	5
ΛΑΡΤΟΡ/ΤΑΒΛΕΤ/Η/Υ	2	1
ΕΙΔΗ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	19	16
ΛΕΥΚΑ ΕΔΗ / ΚΟΥΒΕΡΤΕΣ / ΠΑΠΛΩΜΑΤΑ	11	8
ΓΥΑΛΙΑ ΟΡΑΣΕΩΣ	21	16
ΣΤΕΓΗ	6	2
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ (ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ, ΝΟΜΙΚΗ)	3	2
ΑΚΟΥΣΤΙΚΟ ΑΚΟΗΣ/ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ	4	4
ΤΑΙΝΙΕΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ	1	1
ΑΛΛΟ (σχετιζόμενο με μοναχικότητα και υγεία)	53	35

Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

Οικονομικά δεδομένα έρευνας πεδίου

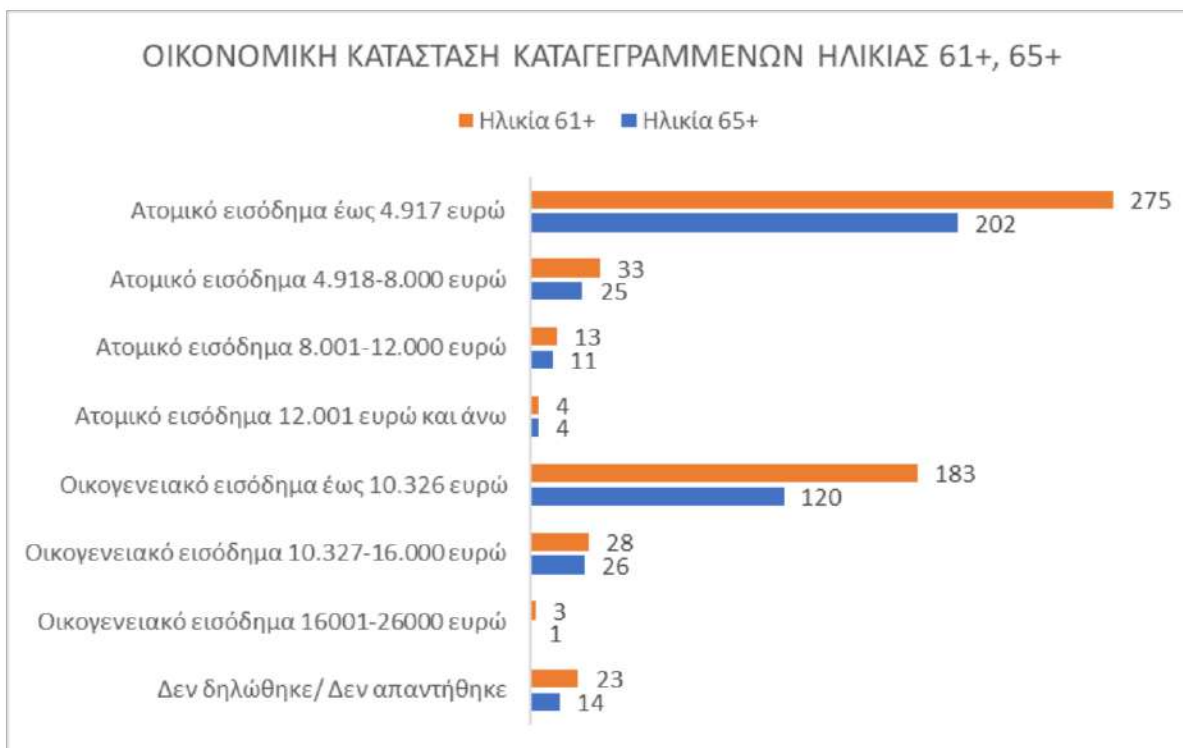
Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η οικονομική κατάσταση των δυνητικά ωφελούμενων ηλικιωμένων της προτεινόμενης κοινωνικής παρέμβασης. Όπως και παραπάνω, διαπιστώνουμε ότι η πλειονότητα αυτών έχει ατομικό και οικογενειακό εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας, όπως αυτό αποτυπώνεται ανά έτος με του σχετικούς δείκτες του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Πίνακας 17: Οικονομική κατάσταση καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+

Οικονομική κατάσταση καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+	Ηλικία 61+	Ηλικία 65+
Ατομικό εισόδημα έως 4.917 ευρώ	275	202
Ατομικό εισόδημα 4.918-8.000 ευρώ	33	25
Ατομικό εισόδημα 8.001-12.000 ευρώ	13	11
Ατομικό εισόδημα 12.001 ευρώ και άνω	4	4
Οικογενειακό εισόδημα έως 10.326 ευρώ	183	120
Οικογενειακό εισόδημα 10.327-16.000 ευρώ	28	26
Οικογενειακό εισόδημα 16001-26000 ευρώ	3	1
Δεν δηλώθηκε/ Δεν απαντήθηκε	23	14
Σύνολο	562	403

Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

Γράφημα 27: Οικονομική κατάσταση καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+



Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

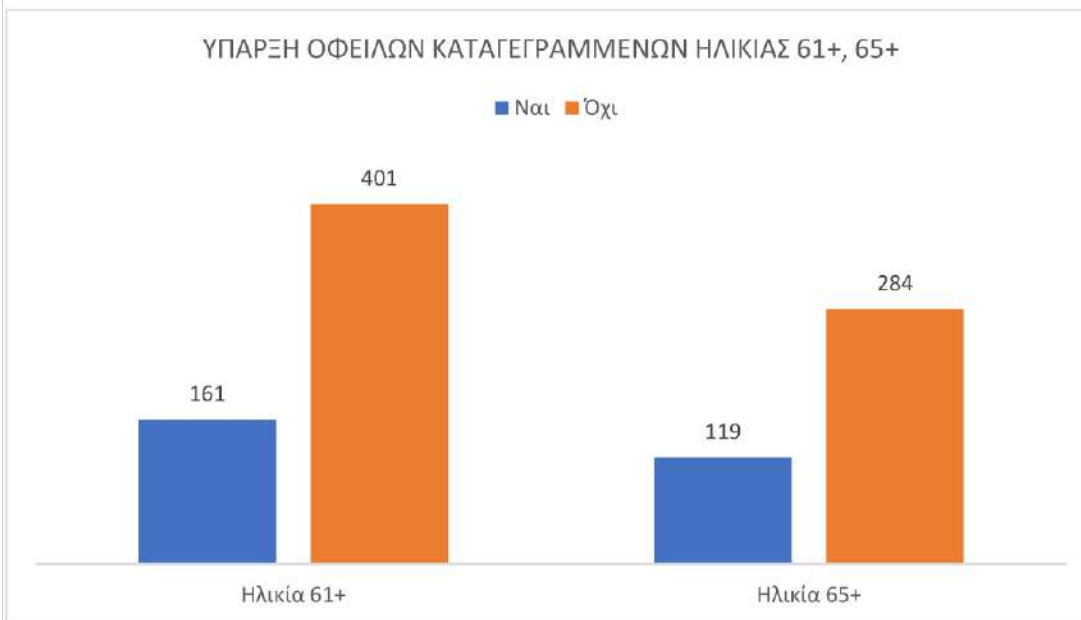
Υποστηρίζοντας τη διαπίστωση ότι οι ηλικιωμένοι διαβιούν κατά την πλειοψηφία τους κάτω από το όριο της φτώχειας, έρχεται να υποστηρίξει και η καταγραφή των οφειλών που έχουν είτε ως άτομα, είτε ως νοικοκυριά. Τα συγκεκριμένα δεδομένα παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα και σχετικό γράφημα.

Πίνακας 18: Ύπαρξη οφειλής καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+

Ύπαρξη οφειλής καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+	Ηλικία 61+	Ηλικία 65+
Ναι	161	119
Όχι	401	284
Σύνολο	562	403

Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

Γράφημα 28: Ύπαρξη οφειλής καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+



Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

Συνεχίζοντας την ανάλυσή μας, είναι σημαντικό να δούμε ποια είναι η κατηγορία των οφειλών αυτών των ατόμων.

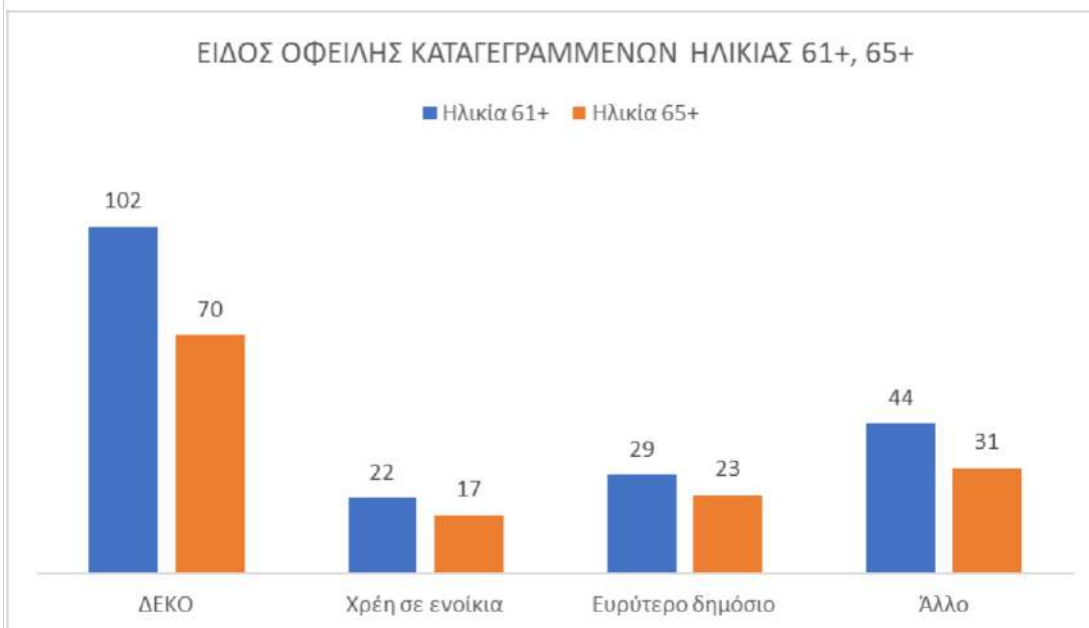
Από τον παρακάτω πίνακα και σχετικό γράφημα διαπιστώνουμε ότι οι μεγαλύτερες οφειλές είναι σε λογαριασμούς ΔΕΚΟ, ενώ ακολουθούν οι οφειλές στο ευρύτερο δημόσιο (εφορία και ασφαλιστικοί φορείς), καθώς και οι οφειλές σε νοίκια, με αποτέλεσμα ο πληθυσμός αυτός να είναι σε συνθήκες επαπειλούμενης διαβίωσης αναφορικά με την ασφαλή στέγαση.

Πίνακας 19: Είδος οφειλής καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+

Είδος οφειλής καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+	Ηλικία 61+	Ηλικία 65+
ΔΕΚΟ	102	70
Χρέη σε ενοίκια	22	17
Ευρύτερο δημόσιο	29	23
Άλλο	44	31

Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

Γράφημα 29: Είδος οφειλής καταγεγραμμένων ηλικίας 61+, 65+



Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Νοέμβριος 2021

Πολυευαλωτότητα και Τρίτη ηλικία

Έχοντας παρουσιάσει όλα τα παραπάνω στοιχεία για το σύνολο των καταγεγραμμένων ηλικιωμένων στο πλαίσιο της Πράξης «Δίκτυο πρόληψης και άμεσης κοινωνικής παρέμβασης στον Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus», κρίνεται απαραίτητη και μία αναφορά στο ζήτημα της πολυευαλωτότητας της ομάδας στόχου. Με τον όρο πολυευαλωτότητα, εννοούμε την κατάσταση όπου ένας ωφελούμενος ανήκει σε πάνω από μία κατηγορίες ευαλωτότητας, όπως για παράδειγμα να είναι ηλικιωμένος άπορος, χρόνια πάσχων και με αυξημένες οφειλές προς τρίτους.

Στον πίνακα που ακολουθεί έχει γίνει μία στατιστική αποτύπωση της πολυεαλωτότητας των ηλικιωμένων που είναι ήδη καταγεγραμμένοι στη βάση δεδομένων ωφελούμενων της Πράξης, με βάση τις διαφορετικές κατηγορίες ευαλωτότητας στις οποίες ανήκουν.

Πίνακας 20: Κατηγορίες ευαλωτότητας ηλικιωμένων 65+

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΥΑΛΩΤΟΤΗΤΑΣ 65+	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΩΝ
Χρόνια πάσχων	202
Άπορος	201
Ανασφάλιστος	181
Άνεργος	128
Χαμηλοσυνταξιούχος/α	118
Επισφαλείς συνθήκες διαμονής	31
ΣΥΝΟΛΟ	861

Πηγή: Βάση δεδομένων SIP (PSS), Δεκέμβριος 2021

Μια και ο συνολικός αριθμός καταγεγραμμένων ηλικιωμένων 65+ στη βάση δεδομένων της Πράξης αθροίζει στα 403 μοναδικά άτομα, και στον παραπάνω πίνακα με τις ευαλωτότητες το σύνολο αθροίζει σε 861 άτομα, καθίσταται σαφές ότι η ομάδα στόχου χαρακτηρίζεται από πολυεαλωτότητα σε αναγωγή 1 προς 2. Ήτοι, οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν κατά τη συντριπτική πλειοψηφία τους τουλάχιστον δύο (>1) διαφορετικά είδη ευαλωτότητας.

Μοναχικότητα και εγκατάλειψη

Η συνθήκη της μοναξιάς, αυξάνεται κατά την Τρίτη ηλικία ως συνέπεια των μεταβολών που συνεπάγεται η διαδικασία του γήρατος σε φυσικό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο κοινωνικών

ρόλων και σχετίζεται με διαφορετικούς παράγοντες ανάμεσα στους ηλικιωμένους. Σε όλες ωστόσο τις περιπτώσεις, η μοναξιά φαίνεται να συνδέεται με αυξημένη ψυχοπαθολογία στην Τρίτη ηλικία.

Παράγοντες όπως η απώλεια ενός συντρόφου, οι περιορισμένες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, τα κινητικά προβλήματα, οι χρόνιες ασθένειες, το Σύνδρομο Άδειας Φωλιάς, το οποίο αφορά το αίσθημα μοναξιάς και τα αισθήματα πένθους από πλευράς των ηλικιωμένων αφότου τα παιδιά αποχωρήσουν από το σπίτι, η αίσθηση κάποιου πως δεν είναι πλέον χρήσιμος στους άλλους, οδηγούν σε μοναχικότητα⁶⁸.

Κατά τη διάρκεια της τρέχουσας πανδημίας, οι ηλικιωμένοι συνιστούν μια ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα, που λόγω των βιολογικών εκπτώσεων απομονώνεται κοινωνικά, ενώ έχει περιοριστεί ακόμη περισσότερο ο κοινωνικός τους ρόλος και συγχρόνως έχει υποβαθμιστεί περαιτέρω η υποστήριξη που λαμβάνουν από το κοινωνικό αλλά και οικείο περιβάλλον τους⁶⁹, ενώ συγχρόνως τα άτομα της Τρίτης ηλικίας που διαβιούν στη χώρα μας μόνοι τους, είναι πάνω από μισό εκατομμύριο, με το 22,8% να βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού⁷⁰.

Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά ατόμων άνω των 65 ετών, ήτοι το 21,5% του πληθυσμού, που αντιστοιχεί σε 2,3 εκατομμύρια άτομα. Ταυτόχρονα, το 24%

⁶⁸ . Chen, D., Yang, X., & Aagard, S. D. (2012). *The empty nest syndrome: Ways to enhance quality of life. Educational Gerontology*, 38(8), 520-529.

⁶⁹ Σιορίκη, Π. (2021). *Η μοναχικότητα στους ηλικιωμένους. Διπλωματική Εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Διαπανεπιστημιακό ΜΠΣ «Διαχείριση γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.*

⁷⁰ Πηγή: <https://www.ertnews.gr/eidiseis/mono-sto-ertqr/monaxia-kai-apomonosi-stin-triti-hlikia-eimai-moni-niotho-oti-vriskomai-se-ena-erimo-nisi/>

περίπου των ηλικιωμένων ζουν μόνοι τους. Εκτός από τη μείωση της ποιότητας ζωής, η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά έχουν δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία τους⁷¹.

Η διεθνής διάσταση του προβλήματος της μοναξιάς και της απομόνωσης στην τρίτη ηλικία και ο ρόλος της πανδημίας στην μεγέθυνση του προβλήματος αποτυπώνεται γλαφυρά και στη δεύτερη έκθεση της ένωσης Les Petits Frères des Pauvres με τίτλο «Μοναξιά και απομόνωση στους άνω των 60 στη Γαλλία το 2021»: μισό εκατομμύριο ηλικιωμένοι στη χώρα ζουν σε κατάσταση «κοινωνικού θανάτου». Αυτό σημαίνει ότι δεν συναντούν ποτέ ή σχεδόν ποτέ ανθρώπους, με τον αριθμό τους να έχει αυξηθεί κατά 77% τα τελευταία τέσσερα χρόνια και την κατάστασή τους να έχει επιδεινωθεί λόγω της πανδημίας της Covid-19. Αξιοσημείωτα είναι και τα ακόλουθα στοιχεία που επισημαίνονται στην έκθεση:

- Ο αριθμός των ηλικιωμένων που είναι απομονωμένοι από τον οικογενειακό και φιλικό τους κύκλο υπερδιπλασιάστηκε (+122%) σε διάστημα τεσσάρων ετών, φτάνοντας στα 2 εκατομμύρια το 2021.
- 1,3 εκατομμύριο ηλικιωμένοι δεν βλέπουν ποτέ ή σχεδόν ποτέ τα παιδιά και τα εγγόνια τους, έναντι 470.000 το 2017 όταν είχε δημοσιευθεί η προηγούμενη έκθεση.
- 3,9 εκατομμύρια ηλικιωμένοι, δηλαδή ένας στους πέντε δεν έχουν καθόλου ή σχεδόν καθόλου φιλικές σχέσεις, σε σύγκριση με 1,5 εκατομμύριο το 2017⁷².

Αναφορικά με τη μοναχικότητα των ηλικιωμένων κατά την περίοδο της τρέχουσας πανδημίας, οφείλει να αναφερθεί πως η μελέτη της μοναξιάς των ηλικιωμένων αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας ήδη από την περίοδο του SARS. Ειδικότερα, το 2003 διαπιστώθηκε μία

⁷¹ Πηγή: <https://www.prolepsis.gr/gr/programs/programma-filia-se-kathe-ilikia-qia-tin-katapolemisi-tis-monaxias-kai-koinonikis-apomonosis-ton-ilik>

⁷² Πηγή: <https://www.ertnews.gr/eidiseis/mono-sto-ertqr/monaxia-kai-apomonosi-stin-triti-hlikia-eimai-moni-niotho-oti-vriskomai-se-ena-erimo-nisi/>

αυξημένη συχνότητα αυτοκτονιών ηλικιωμένων στο Χονγκ Κονγκ, η οποία συνπαράτηρήθηκε με την κρίση του SARS.

Καθώς διαπιστώθηκαν επίσης αυξημένες τιμές ψυχοπαθολογίας στους ηλικιωμένους της χώρας, θεωρήθηκε ότι η κοινωνική απομόνωση και η ανάπτυξη έντονης μοναξιάς στην περίοδο της συγκεκριμένης κρίσης οδήγησε σε καταθλιπτική συμπτωματολογία και σε αυξημένο ρίσκο αυτοκτονίας⁷³.

Διάφορες έως τώρα έρευνες έχουν επιχειρήσει να διερευνήσουν το ζήτημα της μοναχικότητας κατά τη διάρκεια της τρέχουσας πανδημίας. Μία ευρύτερη προβληματική έχει αναπτυχθεί σχετικά με τις συνέπειες που συνεπάγεται η κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων λόγω της πανδημίας. Καθώς η πανδημία άρχισε να εξελίσσεται ταχύτατα την άνοιξη του 2020 σε παγκόσμιο επίπεδο, τα κράτη και οι διεθνείς οργανισμοί εξέδωσαν κατευθυντήριες οδηγίες για τον περιορισμό της κινητικότητας των ηλικιωμένων, με στόχο τη μείωση του ρίσκου προσβολής τους από τον ιό. Κάτι τέτοιο πραγματοποιήθηκε λόγω του ότι θεωρήθηκε πως τα συστήματα υγείας δεν θα μπορούσαν να διαχειριστούν την αυξημένη νοσηρότητα των ηλικιωμένων κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Οπωσδήποτε, εξαρχής έγινε αντιληπτό ότι η κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων ενδεχομένως συνεπάγεται μία πληθώρα αρνητικών επιδράσεων για την ίδια την υγεία τους, καθώς πιθανώς να επιδεινώνει τη λειτουργία συστημάτων του οργανισμού τους, όπως για παράδειγμα το καρδιαγγειακό, λόγω της μειωμένης φυσικής δραστηριότητας, αλλά και να οδηγεί σε πληθώρα ψυχικών νοσημάτων⁷⁴. Κάτι τέτοιο θεωρείται μάλιστα αρκετά πιθανό στους ηλικιωμένους λόγω του ότι τα συστήματα του οργανισμού τους βρίσκονται ήδη σε

⁷³ Yip, P. S. F., Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Law, Y. W. (2010). The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(2), 86–92.

⁷⁴ Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), e256.

μία αυξημένη κατάσταση ευαλωτότητας. Έτσι, η κοινωνική απομόνωση ακόμα και για μικρό χρονικό διάστημα, δύναται για παράδειγμα να οδηγήσει σε ενίσχυση της γνωστικής έκπτωσης και των σχετικών προβλημάτων της γνωστικής λειτουργικότητας⁷⁵.

Βασικός παράγοντας ο οποίος συνδέεται με το αίσθημα απομόνωσης και μοναχικότητας των ηλικιωμένων, είναι ο περιορισμός των επισκέψεων σε κλειστές δομές. Ιδιαίτερα στην Ευρώπη, είναι αρκετά συνηθισμένο για ηλικιωμένους με περιορισμένη κινητικότητα και λειτουργικότητα να διαβιούν εντός κλειστών δομών. Καθώς οι δομές αυτές θεωρήθηκαν χώρος εύκολης διασποράς του ιού σε μία ιδιαίτερα ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα, υπήρξαν στο σύνολο των κρατών σχετικοί περιορισμοί για τις επισκέψεις των συγγενών στις κλειστές δομές. Στο πλαίσιο αυτό, οι ηλικιωμένοι που διέμεναν σε αυτές, οι οποίοι ήδη είχαν αυξημένο αίσθημα μοναξιάς, απομονώθηκαν σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό, κάτι που σαφώς ανατροφοδότησε το αίσθημα μοναξιάς τους⁷⁶.

Στην ελληνική πραγματικότητα εντοπίζεται μία ως τώρα σχετική μελέτη. Στην έρευνα αυτή εξετάστηκε ένα δείγμα 103 συμμετεχόντων ηλικίας άνω των 60 ετών. Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκαν διάφορα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, συμπεριλαμβανομένου επίσης του ερωτηματολογίου Intolerance of Uncertainty Scale και του ερωτηματολογίου De Jong Gierveld Loneliness Scale για τη μέτρηση της μη ανοχής της αβεβαιότητας και της μοναξιάς αντίστοιχα. Μέσα από την έρευνα αυτή διαπιστώθηκε πώς οι ηλικιωμένοι οι οποίοι έμεναν μόνοι τους κατά τη διάρκεια της πανδημίας είχαν πιο υψηλά επίπεδα μοναξιάς σε σχέση με

⁷⁵ Shuja, K. H., Aqeel, M., Khan, E. A., & Abbas, J. (2020). Letter to highlight the effects of isolation on elderly during COVID-19 outbreak. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(12), 1477-1478.

⁷⁶ Rodney, T., Josiah, N., & Baptiste, D. L. (2021). Loneliness in the time of COVID-19: Impact on older adults. *Journal of advanced nursing*.

αυτούς που έμεναν με κάποιον άλλο. Επιπροσθέτως, διαπιστώθηκε ότι η αδυναμία των ηλικιωμένων να ανεχτούν την αβεβαιότητα σχετίζονταν με υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς⁷⁷.

Ως προς το φαινόμενο της εγκατάλειψης των ηλικιωμένων, τείνει να οξύνεται όλο και περισσότερο λόγω της κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης της σύγχρονης εποχής. Λόγω των συνθηκών ανεργίας που βιώνει πληθώρα ελληνικών οικογενειών, οι νεότεροι δυσκολεύονται να εξασφαλίσουν τις δικές τους καθημερινές ανάγκες και η ομαλή οικογενειακή ζωή καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη. Από την άλλη πλευρά οι ηλικιωμένοι με την πενιχρή σύνταξη που εισπράττουν, δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στις έκτακτες ανάγκες που προκύπτουν. Τα ηλικιωμένα άτομα αδυνατούν να εξασφαλίσουν την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και πολλές φορές δεν είναι σε θέση λόγω κατάστασης υγείας, να αποφασίζουν για την ζωή τους. Κάποιοι από αυτούς, είναι ανασφάλιστοι και δεν λαμβάνουν κάποια σύνταξη, με αποτέλεσμα έντονη ανασφάλεια και ρευστότητα να διέπει τις οικογενειακές σχέσεις. Όμως όλες αυτές οι συνθήκες είναι δημιούργημα της κοινωνίας μας, που δεν δίνει ευκαιρίες σε νέους ανθρώπους να βρίσκουν εργασία και σε ηλικιωμένους που η ζωή τους δεν ήταν για κάποιους λόγους ευνοϊκή, να εξασφαλίσουν τις πρωταρχικές τους ανάγκες⁷⁸.

Όσον αφορά τώρα την οριοθέτηση της έννοιας της μοναχικότητας, φαίνεται πώς διαφοροποιείται σε σχέση με το να μένει κάποιος μόνος του ή να είναι απομονωμένος κοινωνικά. Η κοινωνική αποδυνάμωση θεωρείται μία κατάσταση αντικειμενική, κατά την οποία το άτομο έχει ολιγάριθμες και μη ουσιαστικές κοινωνικές σχέσεις με τους άλλους, ενώ η μοναξιά νοείται ως μία υποκειμενική και προσλαμβανόμενη από το ίδιο το άτομο

⁷⁷ Parlapani, E., Holeva, V., Nikopoulou, V. A., Sereslis, K., Athanasiadou, M., Godosidis, A., & Diakogiannis, I. (2020). Intolerance of uncertainty and loneliness in older adults during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 11, 842.

⁷⁸ Χριστοδουλοπούλου, Δ. (2021). Η παραμέληση και η εγκατάλειψη ως ένα «Κοινωνικό Δημιούργημα». <https://www.lifelinehellas.gr/>

κατάσταση, ως ένα βαθμό ασύνδετη από τον αριθμό συναναστροφών που έχει και που επηρεάζει βαθύτατα την ποιότητα ζωής της Τρίτης ηλικίας⁷⁹. Το μόνο βέβαιο, είναι πως η κοινωνική απομόνωση και η μοναχικότητα, επηρεάζουν σημαντικά τόσο τη σωματική υγεία των ηλικιωμένων – μεγαλύτερος κίνδυνος για εμφάνιση καρδιαγγειακών και αυτοάνοσων νοσημάτων – όσο και την ψυχική τους υγεία – άγχος, στρες, κατάθλιψη, νευρογνωστικές διαταραχές⁸⁰.

Προνοιακή και κοινωνική αποδυνάμωση

Το 22,8% των ηλικιωμένων στη χώρα μας, ήτοι 529.000 άτομα, βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό. Παράλληλα, άνω του 80% αντιμετωπίζει χρόνια πάθηση, ενώ άνω του 53% έχει περιορίσει τις δραστηριότητές του λόγω προβλημάτων υγείας⁸¹.

Η κοινωνική αποδυνάμωση, εμπεριέχει τόσο λεκτικά και νοητικά όσο και σε επίπεδο πρόνοιας, ένα αρνητικό πρόσημο, εκείνο της έκπτωσης, της έλλειψης, της αφάνειας, της απουσίας, του περιθωρίου: οι κοινωνικά αποδυναμωμένοι αποπέμπονται ως ακατάλληλοι, μη απασχολήσιμοι, δίχως προσβασιμότητα, δεν εκφράζονται, δεν εκπροσωπούνται, θεωρούνται εκτός, δεν είναι με τον άλλον, δεν είναι στα μάτια των άλλων. Αυτό που κυρίως τοποθετεί την Τρίτη ηλικία σε μειονεκτική θέση, είναι η σχετική αδυναμία τους να συμμετέχουν στην παραγωγική ζωή και άρα να διασφαλίζουν τη συντήρησή τους⁸².

⁷⁹ Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443-449.

⁸⁰ Πηγή: <https://www.prolepsis.gr/assets/uploads/COVID-19-HLIIKIOMENOI.pdf>

⁸¹ Πηγή: <https://www.prolepsis.gr/gr/programs/programma-filia-se-kathe-ilikia-gia-tin-katapolemisi-tis-monaxias-kai-koinonikis-apomonosis-ton-ilik>

⁸² Αλεξίου, Θ. (2008). Κοινωνική Πολιτική, Αποκλεισμένες Ομάδες και Ταξική Δομή. Αθήνα: εκδ. Παπαζήση, σελ. 274-277.

Το φαινόμενο του αποκλεισμού, προσλαμβάνεται αρνητικά από τους ίδιους τους αποκλεισμένους, προκαλώντας αποδυνάμωση και αρνητικά αισθήματα για τον εαυτό τους. Ο αποκλεισμός μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια διαδικασία αποκοινωνικοποίησης. Αποτέλεσμα αυτού είναι η δημιουργία μιας αρνητικής εικόνας, που παρουσιάζει τη διαφορετικότητα ως αρνητική. Η ετερότητα αυτή αυτόματα οδηγεί σε μια κατάσταση «ευπάθειας» και αδυναμίας του ατόμου στο κοινωνικό πεδίο. Έτσι, το άτομο γίνεται θύμα κοινωνικού αποκλεισμού, επειδή και μόνο ανήκει σε μια ομάδα με συγκεκριμένα και διαφορετικά χαρακτηριστικά, όπως στην περίπτωση των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες που πάσχουν από οργανική, πνευματική ή ψυχική ασθένεια⁸³.

Οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με αναπηρία είναι μία σημαντική κατηγορία του πληθυσμού, που αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού, στιγματισμού και αδιαφορίας, ή άνισης μεταχείρισης από το κοινωνικό τους περιβάλλον, εξαιτίας προκαταλήψεων σε βάρος τους. Η κατηγοριοποίηση σε ομάδες αποκλεισμένων και η ίδια η εικόνα του κοινωνικού δυαδισμού, οι «μέσα» και οι «έξω», έχουν ως αποτέλεσμα τη στιγματοποίηση των πληθυσμών μέσω του ορισμού, της κατάταξης και της ταξινόμησης⁸⁴.

Οι ηλικιωμένοι και οι άνθρωποι με αναπηρίες είναι εκτεθειμένοι σε αρνητικές κοινωνικές συμπεριφορές οι οποίες επιφέρουν βαριές επιπτώσεις τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο και κατ' αυτόν τον τρόπο μειώνονται σημαντικά οι ευκαιρίες να αποτελέσουν παραγωγικά μέλη της κοινωνίας. Η ολοκλήρωση του Κοινωνικού Αποκλεισμού επέρχεται με την εξάρτηση των ανθρώπων αυτών από τις δομές κοινωνικής πρόνοιας και την υποβάθμιση τους σε δέκτες της κοινωνικής ελεημοσύνης ή της κρατικής φροντίδας. Οι αποκλεισμένοι των σύγχρονων κοινωνιών αδυνατούν να συμμετάσχουν στα ευρύτερα

⁸³Λασιθιωτάκη, Μ. «Ο φαύλος κύκλος των διακρίσεων : άγχος και ματαιώση από τον κοινωνικό αποκλεισμό και το trafficking», <http://www.2search.gr/psychology/view.asp?article=1&catid=6&nav=0>

⁸⁴Καυταντζόγλου, Ι. (2006). Κοινωνικός αποκλεισμός: Εκτός, εντός και υπό. Αθήνα: εκδ.Σαββάλα, σελ.12.

καταναλωτικά πρότυπα ως απόρροια της έλλειψης δεξιοτήτων ή της παρεμπόδισης τους από την πρόσβαση σε δημόσια αγαθά.

Τρεις βασικοί παράγοντες, οι οποίοι οδηγούν την Τρίτη ηλικία και τα άτομα με αναπηρία ή/και τις οικογένειές τους σε κοινωνική και προνοιακή αποδυνάμωση είναι οι εξής :

1. Χαμηλό ή ανύπαρκτο εισόδημα.
2. Επιπρόσθετες οικονομικές δαπάνες λόγω αναπηρίας, όπως για τεχνικά βοηθήματα, για εργονομική διευθέτηση κατοικίας, για υποστηρικτικό προσωπικό, για υπηρεσίες που δεν παρέχονται ή δεν καλύπτονται επαρκώς από την Πολιτεία ή τα ασφαλιστικά ταμεία κ.ά.
3. Εμπόδια: περιθωριοποίηση από έλλειψη ή ανεπάρκεια υπηρεσιών ή αποκλεισμός από υπηρεσίες ή/και κοινωνικές δραστηριότητες. Αυτοί οι τρεις παράγοντες, αν και είναι διαφορετικοί, έχουν ένα κοινό βασικό γνώρισμα που είναι η διάκριση την οποία υφίσταται το άτομο με αναπηρία αλλά και η οικογένειά τους σε καθημερινή βάση.

Η ανθρωπίνη αξιοπρέπεια δεν είναι δυνατόν να τίθεται υπό αίρεση για κανένα λόγο και για κανένα σκοπό. Όπου υπάρχει ανοχή για περιπτώσεις τραυματισμού της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας, εκεί πρέπει να υπάρχει ο δρόμος προς μια καλύτερη, προς μια ανθρωπίνη κοινωνία⁸⁵.

⁸⁵ Τσιάκαλος, Γ. (1999). *Ανθρώπινη αξιοπρέπεια και κοινωνικός αποκλεισμός*. Αθήνα: εκδ. Ελληνικά Γράμματα, σελ.54.

Η ευάλωτη ομάδα των ατόμων με περιορισμό μετακίνησης

Την τελευταία δεκαετία τα άτομα με αναπηρία ή/και χρόνιες παθήσεις και οι οικογένειές τους, βίωσαν αντικειμενικά με τον πιο σκληρό τρόπο την οικονομική κρίση. Οι οριζόντιες περικοπές που σημειώθηκαν στις μισθούς και στις συντάξεις ως αποτέλεσμα των μνημονίων, ήταν ιδιαίτερα επώδυνες για τα άτομα με αναπηρία ή/και χρόνιες παθήσεις, λαμβάνοντας υπόψη και το πρόσθετο κόστος διαβίωσης που αντιμετωπίζουν λόγω της αναπηρίας.

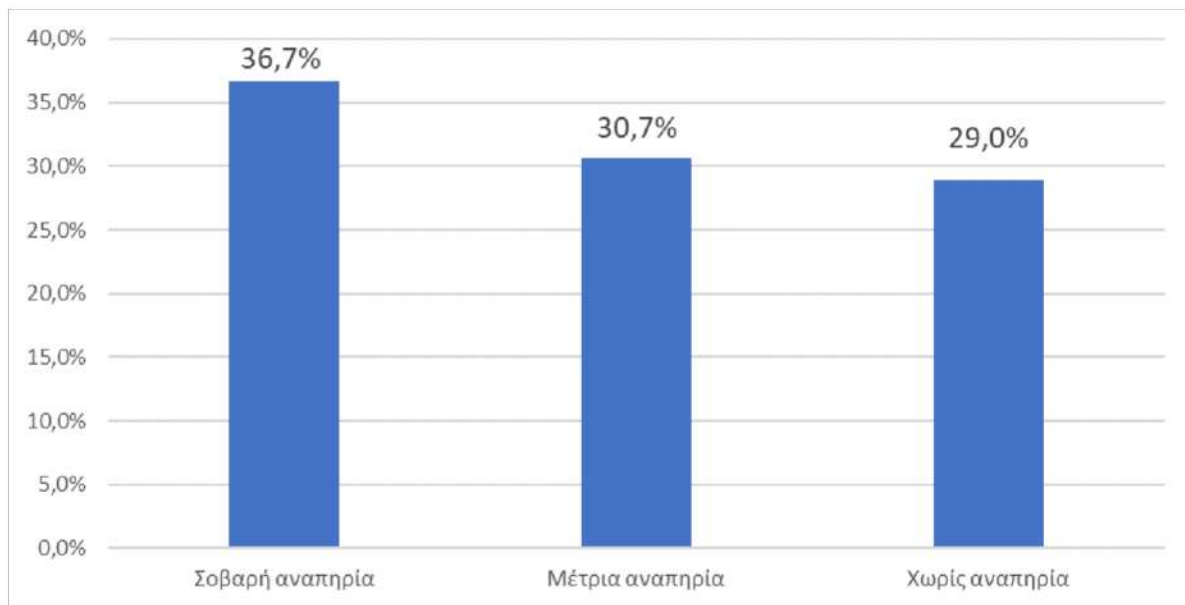
Η έκταση του φαινομένου στις φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού στα άτομα με σοβαρή αναπηρία 16-64 ετών, με το 60% να βρίσκεται στο φάσμα στις φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό, σκιαγραφούν την εικόνα μιας κοινωνίας απροσπέλαστης, για μια εκτεταμένη κατηγορία νέων ανθρώπων και πολιτών με αναπηρία ή/και χρόνιες παθήσεις, στις πλέον παραγωγικές ηλικίες.

Αναλυτικότερα σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού βρίσκεται:

- Το 69,2% του πληθυσμού με σοβαρή αναπηρία 25-34 ετών (έναντι του 32% του πληθυσμού χωρίς αναπηρία),
- Το 67,6% του πληθυσμού με σοβαρή αναπηρία 35-44 ετών (έναντι του 26,4% του πληθυσμού χωρίς αναπηρία),
- Το 58,6% του πληθυσμού με σοβαρή αναπηρία 45-54 ετών (έναντι του 28,6% του πληθυσμού χωρίς αναπηρία),
- Το 50,9% του πληθυσμού με σοβαρή αναπηρία 55-64 ετών (έναντι του 32,8% του πληθυσμού χωρίς αναπηρία).

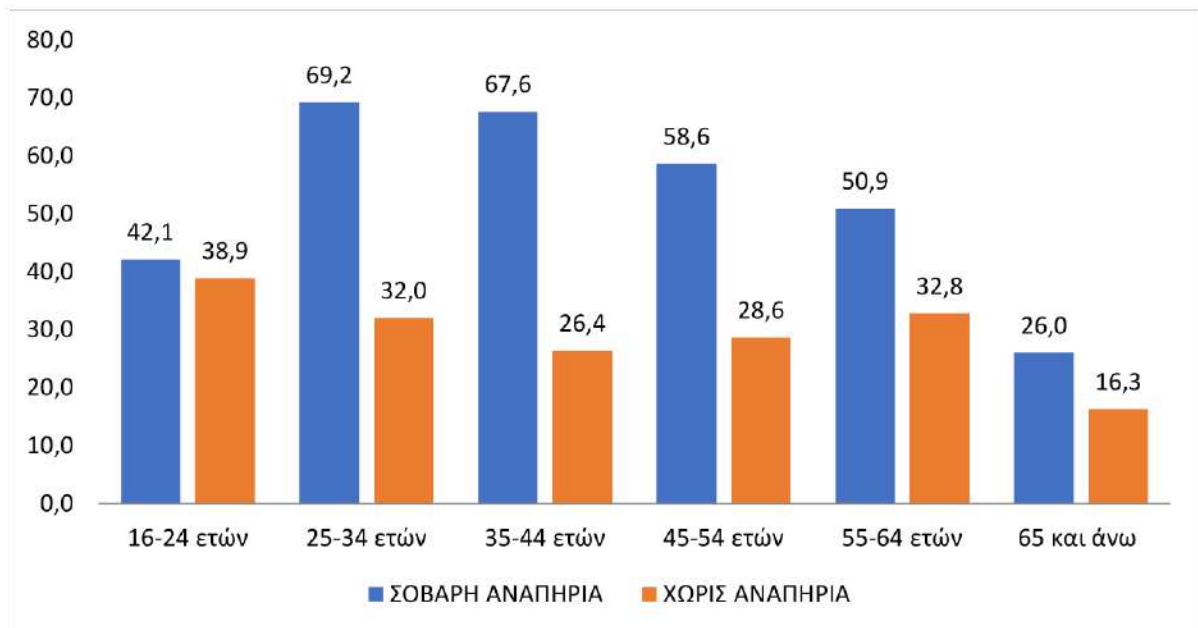
Αναλύοντας τα δεδομένα ανά ηλικιακή ομάδα καταδεικνύεται ότι ο κίνδυνος στις φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού λαμβάνει τρομακτικές διαστάσεις στα άτομα με σοβαρή αναπηρία στις παραγωγικές ηλικίες, όπου δεν υπάρχει το δίκτυ προστασίας των συντάξεων.

Γράφημα 30: Ποσοστό πληθυσμού (16+ ετών) σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό και κατάσταση αναπηρίας το 2019



Πηγή: Ε.Σ.Α.μεΑ., 2019

Γράφημα 31: Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό ανά ομάδες ηλικιών και κατάσταση αναπηρίας (Σοβαρή αναπηρία/Χωρίς αναπηρία) το 2019



Πηγή: Ε.Σ.Α.μεΑ., 2019

Η διαχρονική ανάλυση των στοιχείων αποκαλύπτει αυτό που η Ε.Σ.Α.μεΑ. υποστηρίζει σε όλους τους τόνους και καθ' όλη τη διάρκεια της μνημονιακής δεκαετίας. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης βάρυναν άνισα και υπέρμετρα τους πλέον ευάλωτους, δηλαδή τα άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις. Τονίζεται δε ότι, ενώ τα έτη 2016-2019 σημειώνεται σταδιακή βελτίωση των οικονομικών και κοινωνικών δεικτών, αυτή η εξέλιξη, δυστυχώς αφήνει πίσω τα άτομα με αναπηρία, και διαπιστώνεται εκ νέου όξυνση των ανισοτήτων και διεύρυνση του χάσματος φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και των ατόμων χωρίς αναπηρία. Και όλα αυτά, παρότι με τη δράση του το

αναπηρικό κίνημα κατάφερε να διατηρήσει αλώβητα τα αναπηρικά επιδόματα όλα τα προηγούμενα χρόνια. Τα οποία όπως αποδεικνύονται δεν είναι ικανά να αντιμετωπίσουν αυτή τη σκληρή κατάσταση, ούτε στο ύψος που χορηγούνται ούτε στον αριθμό αυτών που τα λαμβάνουν⁸⁶.

Η μοναχικότητα και ο κοινωνικός αποκλεισμός

Στη σύγχρονη εποχή, η μοναχικότητα που επιφέρουν ο αποκλεισμός και η «ειδική» μεταχείριση που βιώνουν τα άτομα με αναπηρία, θεωρείται από τα σοβαρότερα κοινωνικά ζητήματα. Η ύπαρξη του κοινωνικού αποκλεισμού, παραβιάζει τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες και στερεί από αυτούς σημαντικό μέρος της αξίας τους, καθώς δεν συμμετέχουν ενεργά στο σύνολο. Οι διακρίσεις άμεσες ή έμμεσες έχουν χαρακτηριστεί από την Ευρωπαϊκή Νομοθεσία ως αδίκημα και οι επιστημονικές κοινότητες διερευνούν το θέμα με στόχο την πρόληψη αλλά και την εξάλειψη του στιγματισμού και των προκαταλήψεων.

Αν και έχουν γίνει τις τελευταίες δεκαετίες πολλά βήματα προόδου, με την αναγνώριση του αναπηρικού κινήματος, την θεσμική κατοχύρωση των δικαιωμάτων τους και την εφαρμογή προγραμμάτων, η κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρίες δεν έχει εξελιχθεί ικανοποιητικά. Προκειμένου να αλλάξει άρδην η υφιστάμενη κατάσταση για τον τρόπο αντιμετώπισης των ατόμων με αναπηρία και η αντίληψη γύρω από αυτά έτσι ώστε να επιτευχθεί η ουσιαστική Ένταξη / Επανένταξη των Αναπήρων, κρίνεται απαραίτητο να ακολουθηθεί η Ευρωπαϊκή Στρατηγική, προκειμένου να αποτελέσει ένα ενεργό εργαλείο

⁸⁶ ΕΣΑμεΑ, (2020). 8ο Δελτίο Στατιστικής Πληροφόρησης του Παρατηρητηρίου Θεμάτων Αναπηρίας.
<https://www.esamea.gr/publications/others/5099-8o-deltio-statistikis-plieroforisis-ftoxeia-kai-koinonikos-apokleismos-sta-atoma-me-anapiria>

πολιτικής, με στόχο την πλήρη εφαρμογή της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία.

Αυτή η μειωτική και απαξιωτική για τα άτομα με ειδικές ανάγκες ψυχολογική διαδικασία είναι η απαρχή ενός φαύλου κύκλου διακρίσεων. Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις, οι κοινωνικές κατασκευές για τα χαρακτηριστικά που φέρει ένα άτομο ή μια ομάδα δεν επιτρέπει και πολλές φορές απαγορεύει στα άτομα αυτά να διατηρήσουν την θέση τους στη συλλογική ζωή με αποτέλεσμα να επιφέρει ψυχολογικές συνέπειες. Έτσι οι ψυχοκοινωνικές μειονεξίες και το διαταγμένο συναίσθημα είναι καταστάσεις πολύ συνηθισμένες δημιουργώντας αισθήματα:

- Άγχους και φόβου: κυρίαρχο συναίσθημα των ατόμων με αναπηρίες είναι το άγχος, συνέπεια της αβεβαιότητας και της ανασφάλειας. Η καθήλωση σ' αυτό το στάδιο γίνεται αιτία θυμού, οργής, επιθετικότητας αλλά και κατάθλιψης.
- Ματαίωση: η ματαίωση είναι επίσης πολύ συνηθισμένη στα άτομα που επιδέχονται τον κοινωνικό αποκλεισμό. Μπροστά τους ορθώνεται η αδυναμία να κάνουν όνειρα, να έχουν προσδοκίες και να νοηματοδοτούν την ζωή τους. Το αίσθημα της ματαίωσης που νιώθουν φτάνει πολλές φορές σε απελπισία και απόγνωση, μειώνοντας την αυτοπεποίθηση τους και την αυτοεκτίμηση με αποτέλεσμα να οδηγεί σε απαγόρευση πραγμάτωσης κινήτρων, στόχων και αυτοπραγμάτωσης των ατόμων.
- Ενοχή και ντροπή: πολλά άτομα με αναπηρίες βιώνουν συναισθήματα ενοχής, επειδή δεν είναι σε θέση να προσφέρουν στην οικογένεια τους και στο περιβάλλον τους την δυνατότητα μιας ποιοτικής ζωής.
- Απομόνωση, αποξένωση: η αρνητική θέση με αισθήματα οίκτου του ευρύτερου πληθυσμού για την ασθένεια και την αναπηρία, οδηγεί τα άτομα με αναπηρία στην μοναξιά και την απομόνωση. Συνήθως αναπτύσσουν στρατηγικές άμυνας, με κύριο

χαρακτηριστικό την αυτοαπομόνωση και τον αυτοαποκλεισμό, προκειμένου να αποφύγουν τον φόβο της απόρριψης⁸⁷.

Οι εμπειρίες αποκλεισμού, είτε σε δομικό, είτε σε ψυχο-συναισθηματικό επίπεδο, έχουν μια προφανή αρνητική επίπτωση στο αυτο-συναίσθημα. Τα κυρίαρχα συναισθήματα που περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, είναι: το άγχος, η αδικία, η υποτίμηση, η απόρριψη, ο θυμός, η μοναξιά, η κατάθλιψη, ο αυτοκτονικός ιδεασμός.

Η επίπτωση του κορωνοϊού στα άτομα ΑμεΑ

Γεγονός είναι πως η πανδημία έχει πλήξει τον ίδιο τον πυρήνα των κοινοτήτων και κοινωνιών, διευρύνοντας τις ανισότητες που προϋπήρχαν. Ακόμα και υπό κανονικές συνθήκες, το 1 εκατομμύριο άνθρωποι που ζουν με αναπηρία, είναι λιγότερο πιθανό να έχουν πρόσβαση στην εκπαίδευση, στην υγεία ή να συμμετέχουν στην κοινότητα. Είναι πιθανότερο να ζουν στη φτώχεια και να αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα βίας, απόρριψης, μοναχικότητας και κακομεταχείρισης. Όταν οι κρίσεις χτυπούν τις κοινωνίες, τα άτομα με αναπηρία είναι ανάμεσα σε αυτά που πλήττονται περισσότερο⁸⁸.

Σήμερα, η υγειονομική συνθήκη της πανδημίας και οι επακόλουθες δραματικές επιπτώσεις στην οικονομία θέτουν εκ νέου στο στόχαστρο τα πλέον ευάλωτα στρώματα της κοινωνίας,

⁸⁷ Λασιθιωτάκη, Μ. (2021). «Ο φαύλος κύκλος των διακρίσεων : άγχος και ματαίωση από τον κοινωνικό αποκλεισμό και το trafficking», <http://www.2search.gr/psychology/view.asp?article=1&catid=6&nav=0>

⁸⁸ Πηγή <https://unric.org/el/>

και ιδιαίτερα τα άτομα με αναπηρία που ήδη αντιμετώπιζαν εξαιρετικά υψηλότερο κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού⁸⁹.

Παρά το γεγονός ότι είναι ένας πληθυσμός που διατρέχει σοβαρό κίνδυνο από τον COVID-19, τα άτομα με αναπηρία, αντιμετωπίζουν ακόμη μεγαλύτερες ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα κατά τη διάρκεια της πανδημίας, εξαιτίας της μη προσβασιμότητας σε πληροφορίες υγείας και σχετικά περιβάλλοντα, καθώς επίσης και σε επιλεκτικές ιατρικές οδηγίες και πρωτόκολλα που μπορεί να μεγεθύνουν τη διάκριση που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Αυτά τα πρωτόκολλα κατά καιρούς αποκαλύπτουν ιατρικές αποκλίσεις απέναντι σε άτομα με αναπηρία, σε σχέση με την ποιότητα της ζωής τους και την κοινωνική αξία.

Για παράδειγμα, οι οδηγίες διαλογής για την κατανομή των εν ανεπαρκεία πόρων, με την εξαίρεση κριτηρίων που βασίζονται σε συγκεκριμένους τύπους απομείωσης, τις υψηλές ανάγκες υποστήριξης για την καθημερινότητα, την «αδυναμία», τις δυνατότητες «θεραπευτικής επιτυχίας», καθώς και συμπεράσματα για τα εναπομείναντα «χρόνια ζωής» που έχουν για να επιβιώσουν. Τα άτομα με αναπηρία και οι οικογένειές τους αντιμετωπίζουν επίσης πίεση εντός του συστήματος υγείας για την αποκήρυξη των μέτρων ανάνηψης.

Ο COVID-19 έχει επίσης δυσανάλογο αντίκτυπο σε ψυχιατρικά ιδρύματα, ιδρύματα κοινωνικής περίθαλψης (ορφανοτροφεία, κέντρα ημερήσιας φροντίδας, κέντρα αποκατάστασης) και ιδρύματα για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, με αποτέλεσμα τα υψηλά ποσοστά μόλυνσης και θανάτου. Σε κάποιες προκαταρκτικές μελέτες, ο αριθμός των θανάτων σε οίκους ευγηρίας ήταν από 42% έως 57% για όλους τους θανάτους COVID-19 σε

⁸⁹ Πηγή <https://www.esamea.gr/publications/others/5099-8o-deltio-statistikis-pliroforisis-ftoxeia-kai-koinonikos-apokleismos-sta-atoma-me-anapiria>

αυτές τις χώρες. Τα άτομα με αναπηρία που βρίσκονται σε ιδρύματα αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να μολυνθούν από τον COVID-19 λόγω προϋπάρχουσων καταστάσεων υγείας, δυσκολίας στην εφαρμογή της κοινωνικής αποστασιοποίησης μεταξύ των τροφίμων και του προσωπικού, καθώς και της εγκατάλειψης από το προσωπικό. Τα άτομα με αναπηρία που ζουν σε ιδρύματα αντιμετωπίζουν επίσης μεγαλύτερο κίνδυνο παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως είναι η παραμέληση, ο περιορισμός, η απομόνωση και η βία⁹⁰.

Επιπλέον, τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα εμπόδια στην καθημερινότητά τους εντός της κοινότητας λόγω των μέτρων κατά του COVID-19. Συγκεκριμένα, οι περιορισμοί παραμονής στο σπίτι που δεν λαμβάνουν υπόψη τους τις ανάγκες τους, διαταράσσουν και θέτουν νέους κινδύνους στην αυτονομία, την υγεία και τη ζωή τους. Πολλά άτομα με αναπηρία που βασίζονται σε άλλους για την καθημερινή τους διαβίωση -μέσω επίσημης υποστήριξης από παρόχους υπηρεσιών ή άτυπης υποστήριξης από συγγενείς/φίλους- δεν έχουν βοήθεια εξαιτίας των περιορισμών μετακίνησης και των μέτρων κοινωνικής αποστασιοποίησης.

Αυτό μπορεί να θέσει τα άτομα σε υψηλό κίνδυνο και χωρίς πρόσβαση σε φαγητό, βασικά αγαθά και φάρμακα, και να μην τους επιτρέπει βασικές καθημερινές δραστηριότητες, όπως είναι το μπάνιο, το μαγείρεμα ή και η σίτιση. Οι δημόσιες πληροφορίες για τα μέτρα του COVID-19 δεν δημοσιοποιούνται συστηματικά ούτε μεταδίδονται σε προσβάσιμες μορφές και μέσα για να ενημερωθούν όλα τα άτομα με αναπηρία (π.χ. νοηματική γλώσσα, υπότιτλοι, μορφή «εύκολης ανάγνωσης, κ.λπ.). Επιπλέον, κάποια άτομα με αναπηρία, όπως άτομα με ψυχοκοινωνικές αναπηρίες και αυτιστικά άτομα, ίσως να μην είναι σε θέση να

⁹⁰ Πηγή <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/GreekGuidance.pdf>

διαχειριστούν τον αυστηρό περιορισμό στο σπίτι. Οι σύντομες και προσεκτικές έξοδοι κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι βασικές για αυτά ώστε να διαχειριστούν την κατάσταση⁹¹.

Τα άτομα με αναπηρία διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο βίας, ιδίως εάν είναι απομονωμένα. Οι γυναίκες και τα κορίτσια με αναπηρία αντιμετωπίζουν υψηλότερο ποσοστό προβλημάτων που σχετίζονται με το φύλο, τη γενετήσια ταυτότητα, τον στενό σύντροφο και την ενδοοικογενειακή βία. Οι γυναίκες και τα κορίτσια με αναπηρία όχι μόνο αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο βίας συγκριτικά με άλλες γυναίκες, αλλά επίσης πλήττονται περισσότερο από ό,τι οι άντρες με αναπηρία.

Στο πλαίσιο τώρα του COVID-19, η εμπειρία και η σύγχρονη έρευνα δείχνει ότι, τα άτομα με αναπηρία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Η καταγγελία και η πρόσβαση σε υπηρεσίες και βοήθεια για την ενδοοικογενειακή βία είναι ιδιαίτερα δύσκολες καταστάσεις για άτομα με αναπηρία, καθώς αυτές οι υπηρεσίες συνήθως δεν περιλαμβάνουν άτομα με αναπηρία, ούτε είναι προσβάσιμες σε άτομα με αναπηρία. Οι ανοιχτές τηλεφωνικές γραμμές καταγγελιών συχνά δεν είναι εξοπλισμένες με υπηρεσίες διερμηνείας για κωφά και κωφάλαλα άτομα και τα καταφύγια και οι υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης δεν είναι προετοιμασμένα για να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία⁹².

⁹¹ Πηγή www.ohchr.org

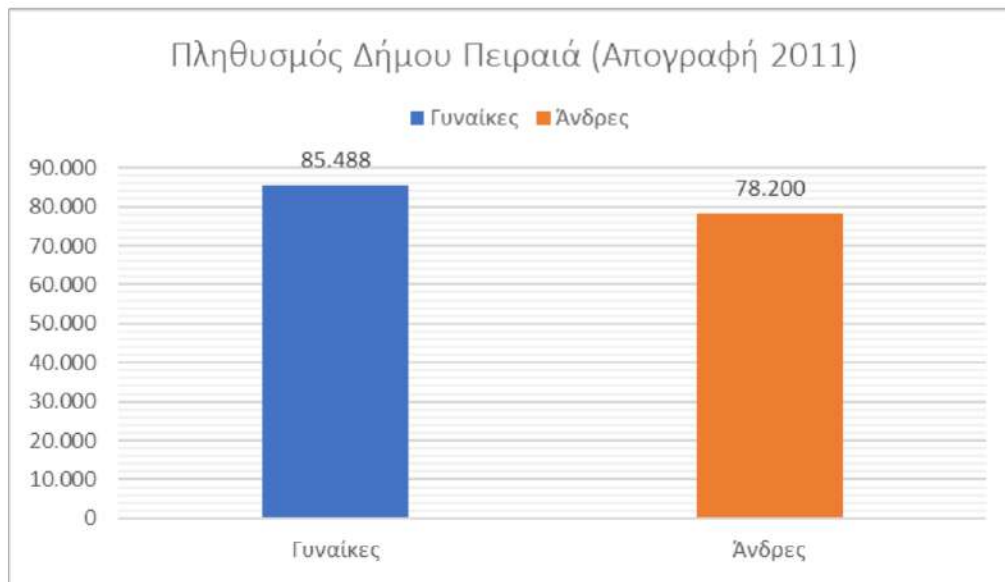
⁹² *United Nations Population Fund (2020). Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights for Women and Young Persons with Disabilities.* <https://www.unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities>

ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Γενικά πληθυσμιακά δεδομένα του Δήμου Πειραιά

Ο Δήμος Πειραιά, με πληθυσμό 163.688 κατοίκους βάσει της απογραφής του 2011 (εντός του 2021 αναμένεται η επόμενη), αποτελεί μητροπολιτικό Δήμο καθώς και τον σημαντικότερο λιμένα της Ελλάδας και της ανατολικής Μεσογείου. Είναι ο πέμπτος κατά σειρά μεγαλύτερος Δήμος της χώρας μετά από την Αθήνα (664.066), Θεσσαλονίκη (325.182), Πάτρα (213.984) και Ηράκλειο (173.993), μετά την εφαρμογή του προγράμματος "Καλλικράτης" και ανήκει στην Περιφερειακή Ενότητα Πειραιά. Η πλειοψηφία των κατοίκων του Πειραιά είναι γυναίκες (85.488), που αντιστοιχούν στο 52,23% του πληθυσμού ενώ οι άνδρες είναι 78.200 και αντιστοιχούν στο 47,77% του πληθυσμού.

Γράφημα 32: Πληθυσμός Δήμου Πειραιά



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, Απογραφή 2011

Σε σχέση με την προηγούμενη απογραφή του 2001 οπότε αποτυπώθηκαν 181.933 κάτοικοι, προκύπτει ότι ο πληθυσμός της πόλης μειώνεται. Το παράδοξο που παρατηρείται όμως, είναι ότι ενώ ο πληθυσμός φθίνει σε απόλυτο αριθμό, οι κοινωνικές υπηρεσίες τόσο του Δήμου Πειραιά όσο και της ΚΟ.Δ.Ε.Π. διαμέσου των διαφόρων κοινωνικών παρεμβάσεων και προγραμμάτων, λαμβάνουν έναν αυξανόμενο αριθμό αιτημάτων στήριξης από πολίτες με υψηλό και συχνά αυξανόμενο δείκτη κοινωνικής ευαλωτότητας.

Ομοίως, η ευρύτερη περιοχή του εν λόγω Δήμου που συγκροτεί την Περιφερειακή Ενότητα Πειραιά, η οποία συνίσταται από τον ομώνυμο Δήμο καθώς και άλλους τέσσερις -της Νίκαιας-Αγίου Ιωάννη Ρέντη, του Κορυδαλλού, του Κερατσινίου -Δραπετσώνας και του Περάματος- αποτελεί σφαιρικά οικονομικά και κοινωνικά υποβαθμισμένο ιστό, στον οποίο η μακρά περίοδος ύφεσης και οικονομικής κρίσης έχει οδηγήσει επίσης σε αύξηση των φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού και φτώχειας. Έτσι, σήμερα στον Δήμο Πειραιά καθώς και στους γειτονικούς Δήμους, το τρέχον διάστημα καταγράφονται φαινόμενα όπως η ανεργία και η απώλεια εισοδημάτων ως πλέον αυξημένα, ειδικά από τον Μάρτιο 2020 οπότε και επικράτησε η πανδημική συνθήκη στην χώρα λόγω του σύγχρονου κορωνοϊού (Covid-19) η οποία επέφερε συνέπειες στην παγκόσμια αλλά και την τοπική οικονομία. Ταυτόχρονα, μέσω των ολοένα αυξανόμενων αιτημάτων για ψυχο-κοινωνική στήριξη, εκτός της οικονομικής αδυναμίας παρατηρείται και ψυχολογική εξασθένιση του πληθυσμού.

Κατά τους τελευταίους δεκαέξι και πλέον μήνες, από τον Μάρτιο 2020, η κοινωνική, πολιτική και οικονομική ζωή στη χώρα λειτούργησαν για μεγάλες περιόδους υπό ειδικό καθεστώς. Η χώρα χαρακτηρίστηκε από τρεις παρατεταμένες περιόδους επιβολής έκτακτων κυβερνητικών περιοριστικών μέτρων μετακίνησης (lockdown) η οποία είχε στόχο την πρόληψη και προστασία της δημόσιας υγείας από τον σύγχρονο κορωνοϊό. Αυτά τα μέτρα προϋπέθεταν την αποφυγή περιττών μετακινήσεων και συγχρωτισμού με αποτέλεσμα να

επέλθουν σημαντικές αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας των επιχειρήσεων, των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, καθώς και στους χώρους που υποδεχόντουσαν άτομα Τρίτης Ηλικίας. Επιχειρήσεις έθεσαν εκ περιτροπής σε τηλε-εργασία ανά μερίδια το προσωπικό τους και τα καταστήματα λιανικού εμπορίου παρέμειναν για μεγάλα διαστήματα κλειστά ή λειτούργησαν υπό πολύ περιοριστικές συνθήκες όπως με προκαθορισμένα ραντεβού, τηλεσυνεννοήσεις κλπ., και αυτό για μικρό αριθμό πελατών ημερησίως. Επίσης, τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, συνέχισαν την λειτουργία τους μέσω τηλε-εκπαίδευσης.

Όμως, χώροι και υπηρεσίες που εξυπηρετούσαν άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς η επικινδυνότητα μετάδοσης του ιού ήταν μεγαλύτερη, τα μέτρα ήταν αυστηρότερα, με αποτέλεσμα κάποια από αυτά να αναστείλουν πλήρως την λειτουργία τους, π.χ.: Κ.Α.Π.Η ή να αλλάξουν πλήρως τον τρόπο λειτουργίας τους. Έτσι, λοιπόν, ο πληθυσμός έχει βιώσει μακρύμηνη περιπέτεια, με υψηλά και αυξανόμενα ποσοστά άγχους και αγωνίας ειδικά στις ευπαθείς ομάδες, γεγονός που συντείνει στην άποψη εντατικοποίησης της κοινωνικής πολιτικής με επιπλέον κοινωνικές παρεμβάσεις, εστιαζόμενων σε ομάδες στόχου με συγκεκριμένη κοινωνικο-οικονομική ευαλωτότητα.

Λόγω των εξαιρετικά μεταδοτικών μεταλλάξεων του εν λόγω κορωνοϊού,, η επιστημονική κοινότητα αδυνατεί να προβλέψει την υγειονομική εικόνα που θα επικρατεί στην χώρα και συγκεκριμένα στον Δήμο Πειραιά κατά τους επόμενους μήνες, μην αποκλείοντας νέα περιοριστικά μέτρα στο μέλλον.

Έκθεση εισοδήματος 2020 για τον Δήμο Πειραιά

Πιο λεπτομερώς, σχετικά με τις έρευνες εισοδήματος, ανεργίας και φτώχειας με γνώμονα τις κοινωνικές παρεμβάσεις της Πράξης, θεωρήθηκαν στοιχεία από το ΚΕΑ και το ΤΕΒΑ (τα

οποία δίδονται αναλυτικά παρακάτω), την Ελληνική Στατιστική Αρχή καθώς και την υφιστάμενη σχετική πρόσφατη διαδικτυακή βιβλιογραφία. Συνολικά, για το έτος 2020, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στον Δήμο του Πειραιά καταγράφηκαν μία σειρά από κοινωνικό-οικονομικά δεδομένα τα οποία συνδυαστικά δημιούργησαν συνθήκες ασφυξίας και αδιέξοδης οικονομικής προοπτικής και μάλιστα επηρέασαν αλλά και εξακολουθούν να επηρεάζουν αρνητικά την κοινωνική συνοχή της πόλης. Σημαντικό ζήτημα στον Δήμο αποτελεί το υψηλό ποσοστό ανεργίας το οποίο ανέρχεται -όπως αναφέρθηκε ήδη- στο 9% επί του συνολικού πληθυσμού της πόλης. Επίσης, είναι επιτακτικό να σημειωθεί ότι το έτος 2020 χαρακτηρίστηκε από δύο περιόδους επιβολής έκτακτων και αυστηρών κυβερνητικών περιοριστικών μέτρων λόγω της πανδημίας Covid-19, α) κατά την περίοδο Μαρτίου-Μαΐου 2020 και β) κατά την περίοδο Νοεμβρίου-Δεκεμβρίου 2020. Τα στατιστικά δεδομένα της χώρας αναδεικνύουν την αύξηση του ποσοστού ανεργίας κατά την διάρκεια όλου του έτους.

Από την επικοινωνία που διατηρείται διαμέσου των στελεχών άμεσης παρέμβασης της Πράξης με τον πληθυσμό του Δήμου Πειραιά, η πληροφορία που προκύπτει, αντιστοίχως, μαρτυρά ότι η ανεργία παραμένει σταθερά σε υψηλά επίπεδα και, κυρίως, ότι πλήττει την τοπική κοινωνία. Επιπλέον, αναφέρεται αύξηση των μακροχρόνια ανέργων καθώς και ανεργία των νέων, δεδομένα που υποδηλώνουν την «παγίδευση» νοικοκυριών σε συνθήκες φτώχειας και, κατά συνέπεια, κοινωνικού αποκλεισμού. Ειδικά δεδομένα της παρούσας Πράξης η οποία ξεκίνησε να υλοποιείται τον Αύγουστο 2020, μας επιτρέπουν να κάνουμε λόγω για περίπου 965 και 1230 εγγραφές ωφελούμενων ως τον Δεκέμβριο 2020 και τον Ιανουάριο 2021 αντιστοίχως, περιπτώσεων οι οποίες πληρούν οικονομικά και κοινωνικά κριτήρια τα οποία, με την σειρά τους, μαρτυρούν υψηλό δείκτη ευπάθειας και ευαλωτότητας.

Το 2020, όπως μαρτυρείται στην πρόσφατη βιβλιογραφία, ήταν ένα πολύ ιδιαίτερο έτος σε παγκόσμιο επίπεδο, δεδομένης της πανδημίας Covid-19 και των δραματικών επιπτώσεων αυτής, κυρίως στον τομέα της υγείας και της οικονομίας, καθώς και σ' όλους τους τομείς της σύγχρονης καθημερινής ζωής. Τέλος, παρατηρήθηκε ότι η πανδημική περίσταση και η εξάπλωση της ψηφιοποίησης και κατ' επέκταση της ψηφιοποιημένης- διαδικτυακής επαγγελματικής απασχόλησης, εκτός του έμφυλου διαχωρισμού στην αγορά εργασίας, επηρεάζει και εκτιμάται ότι θα επηρεάσει καθοριστικά τις προοπτικές απασχόλησης⁹³.

Έρευνα Συνθηκών Διαβίωσης 2020 για τον Δήμο Πειραιά

Ειδική έρευνα που υλοποιήθηκε στο πλαίσιο της Πράξης («Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus»: 'Ετήσια Δημοτική Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης για το 2020', Πειραιάς, Μάρτιος-Απρίλιος 2021) λαμβάνοντας υπ' όψη στοιχεία από βασικά βιβλιογραφικά δεδομένα, από τις προγραμματικές περιόδους της ΕΕ, αλλά και στοιχεία σχετικά με τους ωφελούμενους του Κοινωνικού Εισοδήματος Αλληλεγγύης (ΚΕΑ) και του Ταμείου Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους (ΤΕΒΑ) για τον Δήμο Πειραιά, καθώς και πρωτογενείς πληροφορίες τις οποίες συλλέγουν τα στελέχη άμεσης παρέμβασης, αναδεικνύει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που έχουν αίτημα κάποιας παροχής/κοινωνικής παρέμβασης, ανήκει στην χαμηλότερη εισοδηματική κλίμακα, κάτω από το όριο της φτώχειας. Το ίδιο ισχύει και για τις οφειλές των ωφελούμενων. Σημαντικό συμπέρασμα όμως είναι το γεγονός ότι οφειλές και ανάγκη κοινωνικών παρεμβάσεων εντοπίζονται και στις υπόλοιπες εισοδηματικές κατηγορίες, παρότι το ποσοστό είναι σαφώς μικρότερο. Προκύπτει επίσης ότι οι

⁹³ Πηγή: https://www.eiead.gr/wp-content/uploads/2021/04/paidousi_04.2021_emfylos_katamerismos-arasxolisi_psifiopoiisi.pdf

ωφελοούμενοι είναι κυρίως Έλληνες δημότες και κάτοικοι του Δήμου Πειραιά και διαμένουν σε όλα τα δημοτικά διαμερίσματα του Δήμου, ότι βρίσκονται ως επί το πλείστον σε παραγωγική ηλικία, έχουν επαρκές εκπαιδευτικό επίπεδο αλλά όχι ικανή επαγγελματική ειδίκευση.

Προκύπτει, επίσης, ότι περισσότερο πληττόμενες είναι οι γυναίκες. Περί το 1/3 των καταγεγραμμένων περιπτώσεων, έχει κάποιο χρόνιο νόσημα σωματικής υγείας, κάτι που επηρεάζει και την δυνατότητα κοινωνικής ένταξης και παραγωγικότητας. Τα δεδομένα για την ψυχική υγεία δεν είναι ενδεικτικά καθώς ακόμα και εάν υφίστανται θέματα ψυχικής υγείας, δεν είναι διαγνωσμένα ώστε να μπορούν να καταγραφούν. Υφίσταται ξεκάθαρη δυσμενής οικονομική κατάσταση στις πέντε πολυπληθέστερες κατηγορίες ευαλωτότητας, ήτοι απόρων, ανέργων, ανασφάλιστων, χρόνια πασχόντων και μεταναστών, οι οποίες σε συνδυασμό με το χαμηλό ατομικό και οικογενειακό εισόδημα φαίνεται να έχουν πολλές περισσότερες οφειλές αλλά και αιτήματα κάλυψης κάθε είδους ανάγκης.

Τα αιτήματα καταγράφονται με μεγάλη ποικιλία σε είδη και υπηρεσίες, ενώ παρατηρείται ότι δεν υπάρχει δυνατότητα ίδιας κάλυψης ενός ευρέως φάσματος αναγκών. Από τα πολλαπλά αιτήματα για κάλυψη αναγκών επισιτισμού, φαίνεται πως ωφελοούμενοι αντιμετωπίζουν θέμα επιβίωσης. Τέλος, χρειάζεται να τονιστεί ότι στο σύνολο των καταγραφών τα αποτελέσματα επηρεάζονται από τα εξαρτώμενα μέλη/ανήλικα τέκνα τα οποία καταγράφονται εκουσίως άνευ συνέντευξης, άρα προσδιορίζονται οι ανάγκες τους στην συνέντευξη από τους κηδεμόνες/ενήλικες. Οι δε κατηγορίες αιτημάτων, είναι περιορισμένες σε τέσσερις βασικές, τρόφιμα, φάρμακα, ραντεβού με ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό, με αποτέλεσμα ό,τι αναφέρεται ως «άλλο» να περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα αναγκών το οποίο δεν είναι αποκωδικοποιήσιμο .

Η περίπτωση του Πειραιά δεν αποτελεί μοναδικό δήμο στον οποίο τα ζητήματα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης παρατηρούνται χαμηλά για σημαίνον μέρος του πληθυσμού. Κατά τα τελευταία χρόνια, η χώρα συνολικά πλήττεται από οικονομική ύφεση η οποία επιτάθηκε με την πανδημία που ξέσπασε από τον Μάρτιο του 2020 και, συνεπώς, προκάλεσε και προκαλεί σωρεία επιπτώσεων σε όλους τους τομείς της οικονομίας και της κοινωνικής και καθημερινής ζωής.

Συνθήκες διαβίωσης ηλικιωμένων για τον Δήμο Πειραιά

Η περίπτωση του Δήμου Πειραιά συνάδει με την συνολική εικόνα της χώρας σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης ή, με άλλα λόγια, με το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού. Η περίπτωση της Ελλάδας, όπως και κάθε χώρας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι μοναδική. Αυτό σημαίνει ότι το ακαθάριστο εθνικό προϊόν (ΑΕΠ) και η αύξηση του πληθυσμού μπορεί να διαφέρουν κατά περίπτωση χώρας, εφόσον η καθεμία εξ αυτών διατηρεί την δική της προσέγγιση σχετικά με βασικούς τομείς πολιτικής.

Για την Ευρώπη, τα συνολικά δεδομένα αναδεικνύουν αύξηση του πληθυσμού, η οποία προκύπτει από τον συνδυασμό της φυσικής αύξησης -δηλαδή τον ετήσιο αριθμό γεννήσεων ο οποίος υπερβαίνει τον αριθμό των ετήσιων θανάτων- και της καθαρής μετανάστευσης - δηλαδή τον αριθμό των ατόμων που εγκαθίστανται στην Ε.Ε. ο οποίος υπερβαίνει των αριθμό εκείνων που την εγκαταλείπουν-. Ταυτόχρονα, σημειώνεται ότι ο πληθυσμός της Ευρώπης γερνάει, καθώς **αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής** και, επίσης, επειδή γεννιούνται λιγότερα παιδιά. Αντιθέτως, στην Ελλάδα, όπου από το 1920 πραγματοποιείται ανά δεκαετία απογραφή και συλλογή περαιτέρω στατιστικών στοιχείων του πληθυσμού από την αρμόδια αρχή. Εν αναμονή της απογραφής του 2021, θεωρούνται εδώ οι δύο πιο τελευταίες: μεταξύ των αποτυπώσεων του 2001 (10.934.080 κάτοικοι) και του 2011

(10.816.286 κάτοικοι) διαπιστώνεται ελαφρά μείωση του πληθυσμού. Μάλιστα, προβλέψεις της Eurostat **εκτιμούν** ότι εξαιτίας των δυσμενών δημογραφικών αλλαγών και των τάσεων υπογεννητικότητας και **γήρανσης του πληθυσμού**, καθώς και άλλων αιτιών όπως της μεταναστευτικής εκροής Ελλήνων πολιτών-επιστημονικού δυναμικού που εγκατέλειψαν την χώρα την τελευταία δεκαετία, το 2050 ο πληθυσμός της Ελλάδας θα ανέρχεται σε 8.920.000 περίπου άτομα .

Ομοίως, για την περίπτωση του Πειραιά, παρατηρείται αντιστοίχως μείωση του πληθυσμού της πόλης από 175.697 κατοίκους το 2001 σε -όπως προαναφέρθηκε- 163.688 το 2011 , ενώ η επικείμενη απογραφή -εντός 2021- θα αναδείξει τα νέα δεδομένα.

Όσον αφορά τον προσδιορισμό του επιπέδου ποιότητας ζωής, εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι παρατηρήσεις γίνονται βάσει του επιπέδου μέτρησης των τιμών ορισμένων αγαθών και υπηρεσιών κάθε χώρας σε σχέση με το εισόδημα του πληθυσμού. Έτσι, η σύγκριση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε κοινή "μονάδα αγοραστικής δύναμης" (ΜΑΔ), παρέχει μια εικόνα του βιοτικού επιπέδου ανά την Ε.Ε. Η Ε.Ε. προσπαθεί να βελτιώσει το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού της, προστατεύοντας ταυτόχρονα το περιβάλλον, ενθαρρύνοντας τη δημιουργία θέσεων απασχόλησης, περιορίζοντας τις περιφερειακές ανισότητες και συνδέοντας απομονωμένες περιοχές με την ανάπτυξη διασυνοριακών υποδομών.

Για το 2020, τα δεδομένα για την περίπτωση της Ελλάδας και ειδικότερα για την περιφέρεια Αττικής στην οποία εντάσσεται και η περιφερειακή ενότητα Πειραιά, κάνουν λόγο για 92 μονάδες (ΜΑΔ) ανά κάτοικο, σε συγκριτικό ποσοστό μεταξύ των 27 χωρών της Ένωσης. Τέλος, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η Ελλάδα βρίσκεται στην 24η θέση της ευρωπαϊκής κατάταξης με κατά μέσον όρο 67 μονάδες ανά κάτοικο, κατάταξη στην οποία το Λουξεμβούργο, η Ιρλανδία και η Ολλανδία κατέχουν τις πρώτες θέσεις με ποσοστό αντιστοίχως 261, 191 και 130 μονάδων .

Κοινωνικές δομές ηλικιωμένων στον Δήμο Πειραιά

Τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν υπηρεσίες για ηλικιωμένους σε τοπικό επίπεδο, που παρέχουν ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες 49 ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. Γίνονται δεκτά άτομα 60 ετών και άνω που είναι κάτοικοι του Δήμου στον οποίο λειτουργεί Κ.Α.Π.Η.

Στο Δήμο Πειραιά, λειτουργούν συνολικά έντεκα (11) Κέντρα Αγάπης και Αλληλεγγύης, στα πέντε (5) δημοτικά διαμερίσματα του Δήμου. Πιο συγκεκριμένα, στο κάθε διαμέρισμα, υπάρχουν τουλάχιστον δύο (2) Κ.Α.Π.Η, με το Έ Διαμέρισμα, να έχει τα περισσότερα (συνολικά τρία). Αναλυτικά:

- Α1 ΚΑΠΗ: Διεύθυνση: Αντωνίου Θεοχάρη 35-37
Τηλ.: 210 4511216 – 210 4511385
- Α2 ΚΑΠΗ: Διεύθυνση: Αγ. Παρασκευής 63-65
Τηλ.: 210 4185846 – 210 4185855
- Β1 ΚΑΠΗ: Διεύθυνση: Βασ. Γεωργίου Β' 10
Τηλ.: 210 4134130 – 210 4134052
- Β2 ΚΑΠΗ: Διεύθυνση: Κιλκίς 2 – Προφήτης Ηλίας
Τηλ.: 210 4111690
- Γ1 ΚΑΠΗ: Διεύθυνση: Ζερβού 3 & Γιαννοπούλου
Τηλ.: 210 4827543 – 210 4827567
- Γ2 ΚΑΠΗ: Διεύθυνση: Μυρτιδιωτίσσης 9 – Νέο Φάληρο
Τηλ.: 210 4110386 – 210 4110729
- Δ1 ΚΑΠΗ: Διεύθυνση: Λευκωσίας 42 & Νάξου – Καμίνια
Τηλ.: 210 4823830 – 210 4820305

- Δ2 ΚΑΠΗ: Διεύθυνση: Κω 44 – Παλαιά Κοκκινιά
Τηλ.: 210 4209085 – 210 4209568
- Ε1 ΚΑΠΗ: Διεύθυνση: Καλλέργη 142 – Αγία Σοφία
Τηλ.: 210 4635049 – 210 4635930
- Ε2 ΚΑΠΗ: Διεύθυνση: Αγ. Δημητρίου & Αγ. Όρους 44
Τηλ.: 210 4633181
- Ε3 ΚΑΠΗ: Διεύθυνση: Ραιδεστού 20 & Χαϊδαρίου 79
Τηλ.: 210 4207735

Μεταξύ των μέτρων, τα οποία αποφασίστηκαν για την αποφυγή διάδοσης του υιού, ήταν και η αναστολή λειτουργίας των Κέντρων Αγάπης και Αλληλεγγύης. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα, άτομα ηλικίας 60 και άνω, που ήταν λήπτες υπηρεσιών και επισκεπτόντουσαν συχνά τα Κέντρα με σκοπό την κοινωνικοποίηση τους, να νιώσουν πιο έντονα τον εγκλεισμό. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφέρουμε, ότι οι συνολικές εγγραφές μελών στα Κ.Α.Π.Η του Δήμου Πειραιά, ανέρχονται στα 4.430 άτομα εγγεγραμμένα μέλη, τα οποία μοιράζονται ανά δημοτικό διαμέρισμα.

Τα Στελέχη Άμεσης Παρέμβασης του προγράμματος: «Social Innovation Piraeus», σε περίοδο αυτό – περιορισμού (lockdown), είχαν επικοινωνήσει με τα εγγεγραμμένα μέλη των Κ.Α.Π.Η του Δήμου Πειραιά και σε ένα μεγάλο ποσοστό είχε εκφραστεί πόσο τους έλειπε η σύνδεση που είχαν με τις υπηρεσίες, τους ειδικούς αλλά και τους συνομήλικους τους, που λάμβαναν σε κάθε επίσκεψη τους στα Κέντρα Αγάπης και Αλληλεγγύης καθώς για κάποιους από αυτούς, η επίσκεψη στο Κ.Α.Π.Η αποτελούσε μια καθημερινή ρουτίνα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ

Παρουσίαση ομάδας στόχου έρευνας πεδίου

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης με τίτλο: «Πιλοτική κοινωνική παρέμβαση ανάπτυξης μηχανισμού παροχής υπηρεσιών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας για τους ηλικιωμένους και άλλες ειδικές ευάλωτες ομάδες στον Δήμο Πειραιά», η οποία και εκπονείται στο πλαίσιο του Πακέτου εργασία 2.2 από την επιστημονική ομάδα του έργου, ως βασική ομάδα στόχος της προτεινόμενης παρέμβασης είναι οι ηλικιωμένοι 61+ καθώς και τα μοναχικά άτομα που αντιμετωπίζουν αδυναμία μετακίνησης και άλλα προβλήματα υγείας. Άμεσα ωφελούμενοι της υπηρεσίας μπορούν να είναι δημότες με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι τους, άτομα με αστάθεια και/ ή κινητικά προβλήματα, πάσχοντες από χρόνια νοσήματα (διαβήτη, καρδιολογικά προβλήματα, αναπνευστικά προβλήματα, κ.α.), άτομα που χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης, άτομα με ειδικές ανάγκες. Οι δε έμμεσα ωφελούμενοι της υπηρεσίας δύναται να είναι οι συγγενείς των ωφελούμενων καθώς και το προσωπικό των Κοινωνικών Δομών του Δήμου Πειραιά και της ΚΟ.Δ.Ε.Π..

Στοχοθεσία μελέτης πιλοτικής κοινωνικής παρέμβασης

Η στοχοθεσία της μελέτης αφορά άτομα ηλικίας 65 και άνω, με χρόνια νόσημα ή/και Άτομα με Αναπηρία, καθώς και την τεκμηρίωση αναγκαιότητας, υποστήριξης τους μέσω κοινοτικών υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας και πρωτοβάθμιας υγείας κατ' οίκον. Πιο αναλυτικά, η προτεινόμενη υπηρεσία υποβοήθησης διαβίωσης ηλικιωμένων και εν γένει ατόμων με χρόνια προβλήματα υγείας καθώς και δυσκολίες κινητικότητας, αφορά στην παροχή υπηρεσιών 24ωρης παρακολούθησης και τηλεφωνικής υποστήριξης ωφελούμενων

που διαθέτουν τα εξής χαρακτηριστικά: 1) Έχουν ηλικία 65 έτη και άνω, 2) Έχουν προβλήματα υγείας και κινητικότητας, 3) Ζουν μόνοι τους ή δεν μπορούν να υποστηριχθούν επαρκώς από το άτομο που διαμένει μαζί τους, 4) Έχουν χαμηλό εισόδημα.

Η παρούσα πρόταση πιλοτικής κοινωνικής παρέμβασης με απώτερο στόχο την χάραξη στρατηγικής για την ενίσχυση των ευπαθών πολιτών της Τρίτης Ηλικίας που ανήκουν στην πειραϊκή κοινότητα, μπορεί είτε να ειδωθεί ως αυτόνομη δράση, είτε επίσης, να εννοηθεί ως ψηφίδα ενός πιο σύνθετου και ευρέως σχεδίου δράσης. Υπό ένα σφαιρικό πρίσμα, λοιπόν, μέσα από τις διαφορετικές κοινωνικές παρεμβάσεις που πραγματοποιεί η ΚΟ.Δ.Ε.Π., στοχεύεται ένα ολιστικό μοντέλο υποστήριξης της πειραϊκής κοινότητας.

Παράγοντες ανάλυσης και δείκτες επίπτωσης

Δεδομένου ότι στα προηγούμενα κεφάλαια της παρούσης έχει γίνει ήδη εκτενής αναφορά και ανάλυση των συνθηκών διαβίωσης των ηλικιωμένων στον Δήμο Πειραιά, καταγραφή και αποτύπωση του απολογισμού των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Βοήθεια στο Σπίτι PLUS» που υλοποιεί η ΚΟ.Δ.Ε.Π., συνεχίσαμε με αποτύπωση δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών στοιχείων των ήδη καταγεγραμμένων ηλικιωμένων στη βάση δεδομένων ωφελούμενων στο πλαίσιο της Πράξης «Δίκτυο πρόληψης και άμεσης κοινωνικής παρέμβασης – Social Innovation Piraeus».

Παρόλα αυτά, η συγγραφική ομάδα έκρινε απαραίτητη και τη χρήση ειδικά σχεδιασμένου στοχευμένου ερωτηματολογίου έρευνας πεδίου, προκειμένου να δώσει μία ακόμα πιο εμπειρισταωμένη άποψη αναφορικά με την σκοπιμότητα και αναγκαιότητα της προτεινομένης κοινωνικής παρέμβασης με τίτλο: «Πιλοτική κοινωνική παρέμβαση ανάπτυξης μηχανισμού παροχής υπηρεσιών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και

τηλεφροντίδας για τους ηλικιωμένους και άλλες ειδικές ευάλωτες ομάδες στον Δήμο Πειραιά».

Για το σκοπό αυτό σχεδιάστηκαν τα σχετικά ερωτηματολόγια, δείγμα των οποίων παρατίθεται στο Παράρτημα 1 της παρούσης. Τα ερωτηματολόγια σχεδιάστηκαν με κλειστού τύπου ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών, από τις μελετήτριες του έργου σε συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς. Στη συνέχεια η υπεύθυνη στατιστικών μεθόδων και ο υπεύθυνος πληροφοριακών συστημάτων σχεδίασαν το ερωτηματολόγιο ηλεκτρονικά στην πλατφόρμα της Google με σκοπό την αυτοματοποιημένη αποδελτίωση των απαντήσεων.

Δείγμα έρευνας πεδίου

Δείγμα της έρευνας πεδίου αποτέλεσαν ηλικιωμένοι ήδη καταγεγραμμένοι στη βάση ωφελούμενων της Πράξης, με γεωγραφική διασπορά ανά δημοτικό διαμέρισμα, λαμβάνοντας υπόψη πάντα κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια. Συνεπώς, στο δείγμα των 170 ηλικιωμένων ηλικίας 65+ πραγματοποιήθηκαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις από τους κοινωνικούς λειτουργούς της Πράξης όπου και συμπληρώθηκαν οι απαντήσεις των ερωτηθέντων ηλεκτρονικά. Η διαδικασία ολοκλήρωσης των τηλεφωνικών συνεντεύξεων και συμπλήρωσης των σχετικών ερωτηματολογίων έρευνας πεδίου διήρκεσε δέκα ημέρες.

Αναλυτικότερα το δείγμα περιλάμβανε τις ακόλουθες περιπτώσεις νοικοκυριών και μοναχικών δυνητικά ωφελούμενων ηλικιωμένων:

- Α Δημοτική Κοινότητα : 55 ωφελούμενοι
- Β Δημοτική Κοινότητα: 23 ωφελούμενοι

- Γ Δημοτική Κοινότητα: 9 ωφελούμενοι
- Δ Δημοτική Κοινότητα: 46 ωφελούμενοι
- Ε Δημοτική Κοινότητα: 37 ωφελούμενοι

Μεθοδολογία έρευνας

Για τη μεθοδολογία μιας έρευνας έχουν διαμορφωθεί ορισμένες βασικές αρχές, που καθορίζουν την πορεία της έρευνάς μας και αποτελούν τους ιχνηλάτες της συλλογής υλικού (Παππάς, 2002). Αυτές είναι οι εξής⁹⁴:

- Η ανάλυση των δεδομένων καθορίζεται εκ των προτέρων από τον προβληματισμό της έρευνάς μας. Πρέπει να προσαρμόσουμε τη μεθοδολογία έρευνας, που θα ακολουθήσουμε, σε αυτό που ψάχνουμε και όχι το αντίστροφο. Οι ερωτήσεις που θέτουμε είναι: «Ποιο είναι το βασικό ερώτημα της έρευνάς μου;» «Ποιες είναι οι πληροφορίες που θα πρέπει να έχω στο τέλος της έρευνας;»
- Συχνά η διατύπωση του προβληματισμού και η ανάλυση των δεδομένων διαμορφώνονται κατά τη διάρκεια της έρευνας. Ωστόσο, είναι απαραίτητο να διατυπωθούν από την αρχή.
- Είναι απαραίτητο να διευκρινίσουμε διεξοδικά τις ερευνητικές υποθέσεις, γιατί είναι αυτές που καθορίζουν, όχι μόνο τα ερευνητικά εργαλεία που θα χρησιμοποιήσουμε, αλλά και την ανάλυση που θα πραγματοποιήσουμε.

⁹⁴ Παππάς Θ. (2002). *Η μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας στις ανθρωπιστικές επιστήμες*. Εκδόσεις: Καρδαμίτσα.

- Όλα τα ερευνητικά εργαλεία και μέθοδοι έχουν πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα. Η χρήση ενός ερευνητικού εργαλείου δεν αποκλείει τη χρήση ενός δεύτερου ή και ενός τρίτου. Αυτό σημαίνει ότι ο ερευνητής μπορεί να χρησιμοποιήσει διαφορετικά ερευνητικά εργαλεία και να διασταυρώσει τα αποτελέσματα, εάν οι ανάγκες της εργασίας το απαιτούν.
- Η μεθοδολογία της συλλογής δεδομένων συνδέεται με το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας, τον προβληματισμό, και τις ερευνητικές υποθέσεις.
- Υπάρχουν τριών ειδών πηγές πληροφοριών για τη διεξαγωγή έρευνας: α) ο λόγος (συνέντευξη, ερωτηματολόγιο), β) τα γεγονότα (παρατήρηση), γ) τα «ίχνη» (γραπτά, στατιστικές).

Η παρατήρηση

Είναι η διαδικασία κατά την οποία κάποιο φαινόμενο ή συμπεριφορά γίνεται αντικείμενο παρατήρησης με τρόπο προγραμματισμένο, οργανωμένο, συστηματοποιημένο, από άτομα ειδικευμένα ή εκπαιδευμένα για τον ρόλο αυτό. Η παρατήρηση χρησιμοποιεί την καταγραφή γεγονότων και υφίσταται επαλήθευση. Τα είδη της παρατήρησης είναι τα εξής: α) η άμεση, β) η συμμετοχική και γ) η έμμεση ή προκαλούμενη ή πειραματική παρατήρηση. Η συμμετοχική παρατήρηση είναι ποιοτική μέθοδος και προέρχεται από τις εργασίες της κοινωνικής ανθρωπολογίας.

Αντίθετα, η δομημένη παρατήρηση είναι ποσοτική μέθοδος και αναφέρεται στη συχνότητα των λόγων. Η συμμετοχική παρατήρηση αναφέρεται στο ότι ο ερευνητής προσπαθεί να συμμετάσχει ολοκληρωτικά στη ζωή και τη δράση των ατόμων, αποτελώντας κατ' αυτόν τον

τρόπο μέλος της ομάδας τους. Κάτι τέτοιο επιτρέπει στον ερευνητή να μοιράζεται την εμπειρία και την αίσθηση της ομάδας και όχι απλώς να την παρατηρεί.

Η συνέντευξη

Είναι μία από τις πιο γνωστές μεθόδους συλλογής υλικού, όπου ο ερευνητής υποβάλλει στον ερωτώμενο μια σειρά από ερωτήσεις στις οποίες καλείται να απαντήσει (Τσιώλης, 2014). Αυτό που ενδιαφέρει τον ερευνητή είναι να ανακαλύψει τι σκέφτεται ο ερωτώμενος σε σχέση με κάποιο θέμα και να συγκρίνει τις γνώμες και τις απόψεις των ερωτώμενων. Στη συνέχεια, ο ερευνητής ενδιαφέρεται να συγκρίνει και να ομαδοποιήσει τις απόψεις των ερωτώμενων. Τα είδη της συνέντευξης είναι τα εξής: α) κατευθυνόμενη ή δομημένη, β) ημι-κατευθυνόμενη και γ) ελεύθερη συνέντευξη.

Δομημένη προσωπική συνέντευξη (structured interview) είναι εκείνη που χρησιμοποιεί δομημένα ερωτηματολόγια, δηλαδή ερωτηματολόγια που βασίζονται σε προκαθορισμένα και τυποποιημένα σύνολα ερωτήσεων. Ημιδομημένη συνέντευξη ονομάζεται εκείνη στην οποία ο ερευνητής έχει έναν κατάλογο θεμάτων και ερωτήσεων να καλύψει και ενδέχεται να διαφέρουν από συνέντευξη σε συνέντευξη. Δομημένες συνεντεύξεις χρησιμοποιούνται σε περιγραφικές μελέτες ως μέσα προσδιορισμού γενικών υποδειγμάτων, ενώ ημιδομημένες συνεντεύξεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε επεξηγηματικές μελέτες, δηλαδή σε εκείνες που επιδιώκουμε να κατανοήσουμε σχέσεις μεταξύ μεταβλητών.

Στην προσωπική συνέντευξη, σημαντικό στάδιο αποτελεί η επιλογή και η εκπαίδευση των συνεντευκτών. Οι ερευνητές πριν αναλάβουν το έργο διεξαγωγής των συνεντεύξεων υποβάλλονται σε εκπαίδευση από ειδικευμένους επιστήμονες.

Το ερωτηματολόγιο

Είναι ένα έντυπο, που περιλαμβάνει μια σειρά δομημένων ερωτήσεων, στις οποίες ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει γραπτά και με μία συγκεκριμένη σειρά. Με τα ερωτηματολόγια συλλέγονται δεδομένα ζητώντας από ανθρώπους να απαντήσουν στο ίδιο ακριβώς σύνολο ερωτήσεων. Χρησιμοποιούνται συνήθως στα πλαίσια μιας ερευνητικής στρατηγικής, προκειμένου να συλλεχθούν περιγραφικά και επεξηγηματικά, δεδομένα για απόψεις, συμπεριφορές, χαρακτηριστικά, στάσεις κ.λπ. Μολονότι υπάρχουν διάφοροι ορισμοί, χρησιμοποιούμε το ερωτηματολόγιο ως ένα γενικό όρο που περιλαμβάνει τεχνικές συλλογής δεδομένων, όπου κάθε ερωτώμενος απαντά στο ίδιο σύνολο ερωτήσεων, με προκαθορισμένη σειρά.

Η μεθοδολογία της έρευνας για την εκπόνηση της παρούσης διεξάχθηκε βασισμένη και στα τρία παραπάνω είδη πηγών πληροφορικών, με σκοπό πάντα τη βέλτιστη και αποδοτικότερη αποτύπωση των αναγκών των ηλικιωμένων για την στοχοθέτηση της προετινόμενης κοινωνικής παρέμβασης. Αναλυτικά η παρούσα βασίστηκε στα ακόλουθα δεδομένα: α) δημοσιευμένα επίσημα στοιχεία της EUROSTAT, β) δημοσιευμένα επίσημα στοιχεία της ELSTAT, γ) πρωτογενή στατιστικά στοιχεία από τη βάση δεδομένων της Πράξης «Δίκτυο πρόληψης και άμεσης κοινωνικής παρέμβασης – Social Innovation Piraeus», και δ) στοιχεία όπως αυτά προέκυψαν από την πρωτογενή έρευνα πεδίου με τα ειδικά σχεδιασμένα ερωτηματολόγια.

Στατιστική ανάλυση και μεταδεδομένα

Η έρευνα πεδία δομήθηκε έτσι ώστε να αποδώσει και ποσοτικά, αλλά και ποιοτικά στατιστικά δεδομένα. Ο δε συνδυασμών των μεθόδων συλλογής της απαιτούμενης

πληροφορίας βασίστηκε όπως προαναφέρθηκε και στους τρεις βασικούς τρόπους συλλογής δεδομένων από την ομάδα στόχου.

Στους περιορισμούς της έρευνας είναι το γεγονός ότι το δείγμα αφορούσε μόνο καταγεγραμμένες οικογένειες από την ομάδα έργου της Πράξης, το οποίο εξαντλήθηκε στον αριθμό των 170 νοικοκυριών, καθώς ένας μικρός υπολειπόμενος αριθμός είτε δεν κατέστη δυνατό να ανευρεθεί τηλεφωνικά, είτε δεν θέλησε να απαντήσει. Τα αποτελέσματα των χορηγημένων ερωτηματολογίων αναλύονται εκτεταμένα παρακάτω ποσοτικά και ποιοτικά, έχοντας αποδελτιωθεί λεπτομερώς.

Αποτελέσματα έρευνας πεδίου

Τα αποτελέσματα της έρευνας πεδίου των ερωτηματολογίων διερεύνησης αναγκών των ατόμων ηλικίας 65+ στον Δήμο Πειραιά, παρουσιάζονται στους ακόλουθους πίνακες και γραφήματα.

Πίνακας 21: Δημοτική κοινότητα κατοικίας

Σε ποια Δημοτική Κοινότητα του Πειραιά ανήκει η κατοικία σας;	Αριθμός ανά περίπτωση
A	55
B	23
Γ	9
Δ	46
E	37
Γενικό Άθροισμα	170

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Στο ερώτημα αυτό διερευνάται η κατανομή του δείγματος που κατοικεί στο Δήμο Πειραιά ανά Δημοτική κοινότητα (Α', Β', Γ', Δ', Ε').

Γράφημα 33: Δημοτική κοινότητα κατοικίας ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Αναφορικά με τα στοιχεία που παρουσιάζονται στο γράφημα, σχετικά με τη Δημοτική Κοινότητα που ανήκει το δείγμα της έρευνας, 55 (πενήντα πέντε) ηλικιωμένα άτομα εκ των συμμετεχόντων, διαμένουν στην Α' Δημοτική Κοινότητα, 23 (είκοσι τρία) στη Β', εννέα (9) στη Γ', 46 (σαράντα έξι) στη Δ' και 37 (τριάντα επτά) στην Ε' Δημοτική Κοινότητα.

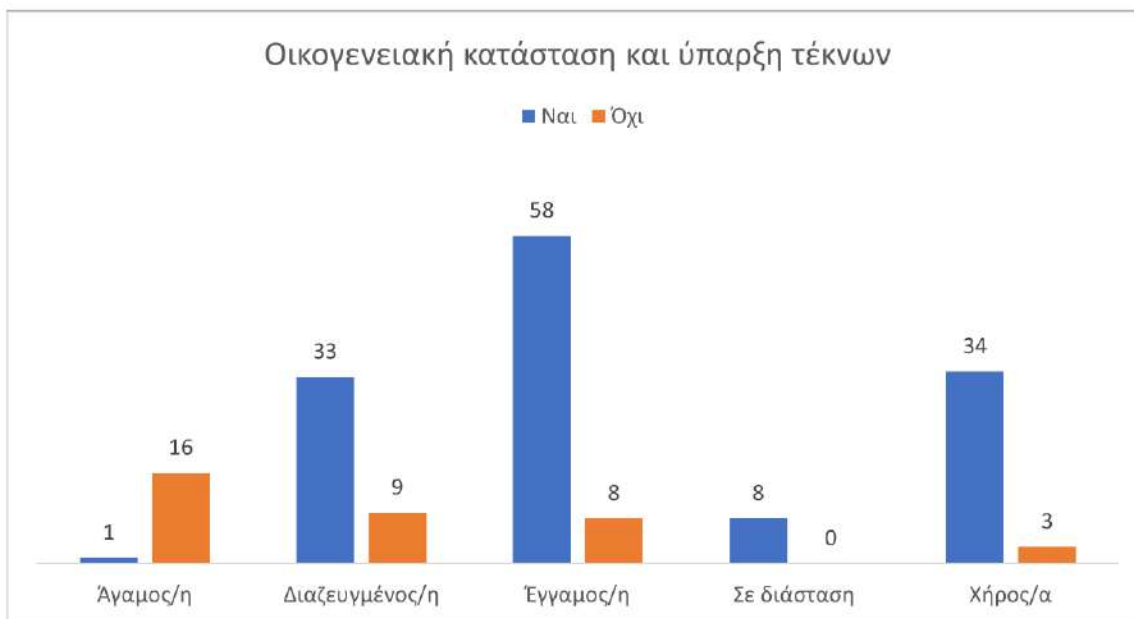
Πίνακας 22: Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων

Οικογενειακή Κατάσταση	Υπαρξη τέκνων		Γενικό Άθροισμα
	Ναι	Όχι	
Άγαμος/η	1	16	17
Διαζευγμένος/η	33	9	42
Έγγαμος/η	58	8	66
Σε διάσταση	8	-	8
Χήρος/α	34	3	37
Γενικό Άθροισμα	134	36	170

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Από το δεύτερο ερώτημα, προκύπτουν τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση (άγαμος/η, διαζευγμένος/η, έγγαμος/η, σε διάσταση, χήρος/α) καθώς και η ύπαρξη τέκνων.

Γράφημα 34: Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Στο γράφημα, προκύπτει πως από το σύνολο των 17 (δέκα επτά) άγαμων ηλικιωμένων, οι 16 (δέκα έξι) αφορούν σε άτεκνους/ες, ενώ ένας/μία έχει αποκτήσει τέκνα. Ως προς τους διαζευγμένους συμμετέχοντες στην έρευνα, στο σύνολό τους 42 (σαράντα δύο), οι 33 (τριάντα τρεις), έχουν γονεϊκή ιδιότητα και 9 (εννέα) δεν έχουν αποκτήσει τέκνα. Από τους 66 (εξήντα έξι) συνολικά έγγαμους/ες, τέκνα απάντησαν πως έχουν οι 58 (πενήντα οκτώ), ενώ οι 8 (οκτώ) όχι. Οι εν διαστάσει ηλικιωμένοι, στο σύνολό τους 8 (οκτώ) έχουν όλοι τέκνα και τέλος όσον αφορά τους χήρους/ες εκ των 37 (τριάντα επτά) ατόμων οι 34 (τριάντα τέσσερις) έχουν τέκνα και οι 3 (τρεις) όχι.

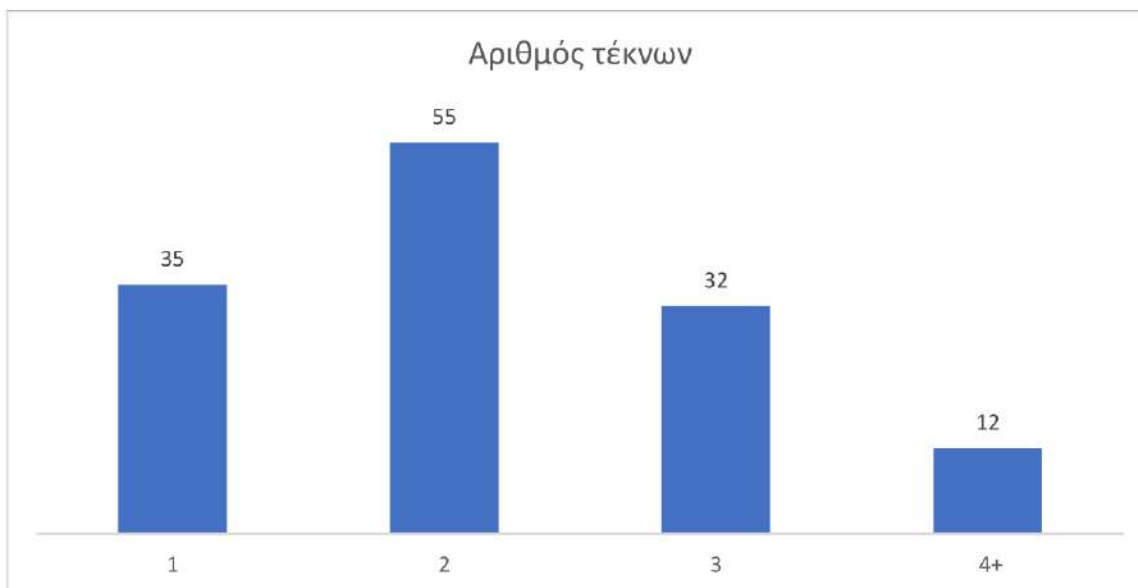
Πίνακας 23: Αριθμός τέκνων ερωτηθέντων

Αριθμός τέκνων	Αριθμός ανά περίπτωση
1	35
2	55
3	32
4+	12
Γενικό Άθροισμα	134

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Στο ερώτημα αυτό διερευνάται ο αριθμός των τέκνων των ερωτηθέντων ηλικιωμένων ανά περίπτωση.

Γράφημα 35: Αριθμός τέκνων ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Στο γράφημα διαφαίνεται πως 35 (τριάντα πέντε) ηλικιωμένοι/ες έχουν 1 (ένα) τέκνο, οι 55 (πενήντα πέντε) 2 (δύο), οι 32 (τριάντα δύο) από 3 (τρία) και οι 12 (δώδεκα) από 4 (τέσσερα) και πλέον τέκνα.

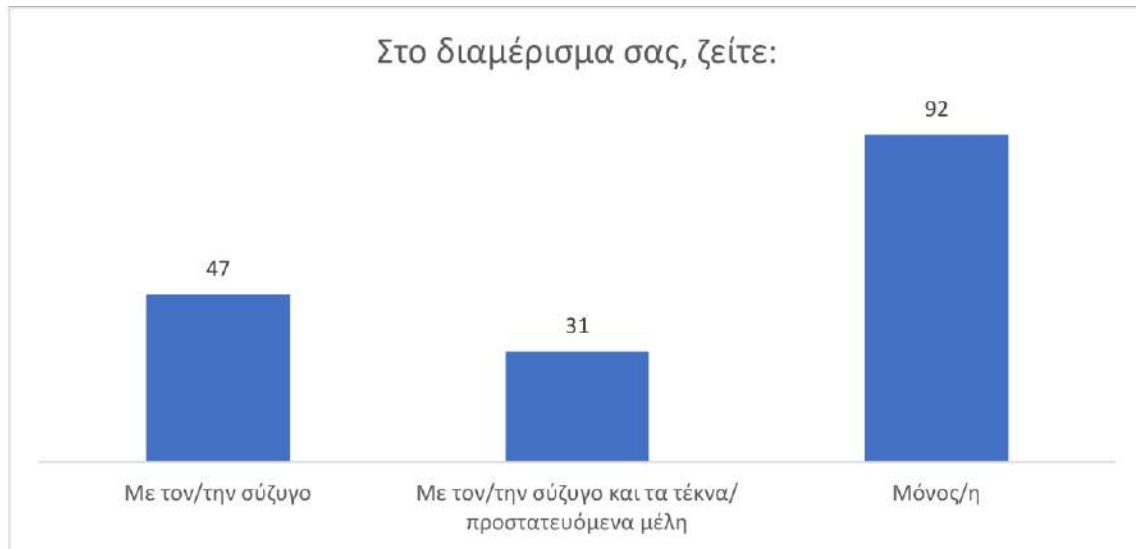
Πίνακας 24: Είδη συμβίωσης ερωτηθέντων

Στο διαμέρισμά σας, ζείτε:	Αριθμός ανά περίπτωση
Με τον/την σύζυγο	47
Με τον /την σύζυγο και τα τέκνα/προστατευόμενα μέλη	31
Μόνος/η	92
Γενικό Άθροισμα	170

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Το εξής ερώτημα, αποσκοπεί στην απογραφή των ηλικιωμένων που διαμένουν είτε με τον/την σύζυγο, είτε με τον/την σύζυγο και τα τέκνα/προστατευόμενα μέλη ή/και μόνοι/ες.

Γράφημα 36: Κατάσταση συμβίωσης ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Από το γράφημα προκύπτει πως 47 (σαράντα επτά) ηλικιωμένοι/ες διαμένουν με τον/την σύζυγό τους, οι 31 (τριάντα ένα) με τον/την σύζυγο και τα τέκνα/προστατευόμενα μέλη, ενώ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, ήτοι 92 (ενενήντα δύο) ηλικιωμένοι/ες, διαβιώνουν μόνοι/ες.

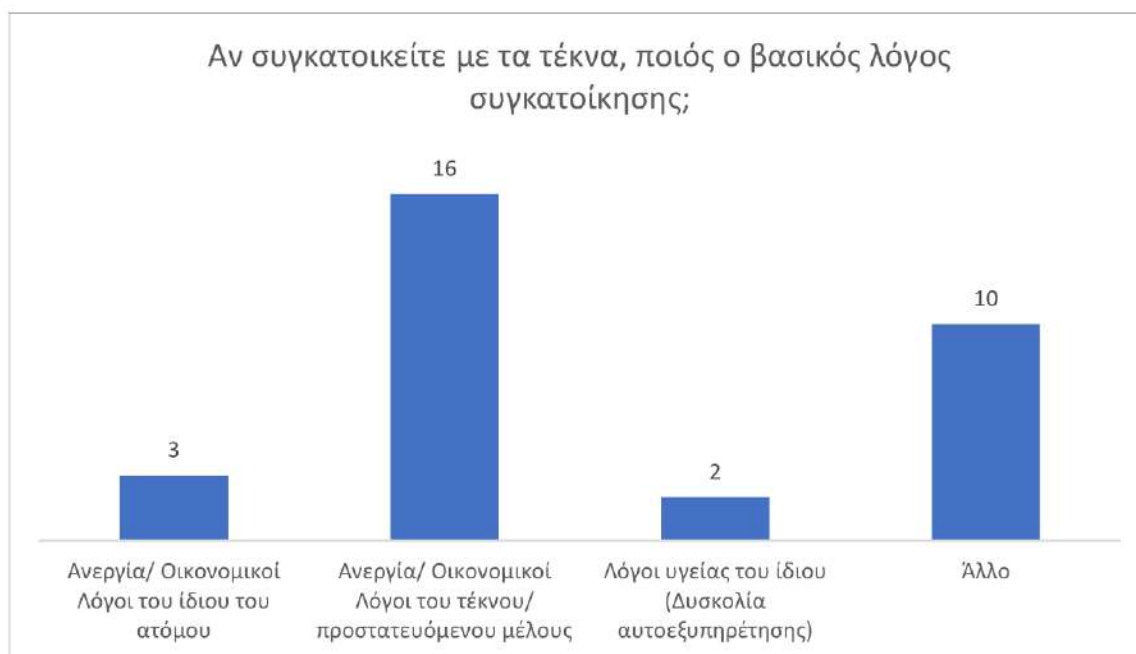
Πίνακας 25: Λόγοι συγκατοίκησης ερωτηθέντων

Αν συγκατοικείτε με τα τέκνα, ποιος είναι ο βασικός λόγος συγκατοίκησης;		Αριθμός ανά περίπτωση
Ανεργία/ Οικονομικοί Λόγοι του ίδιου του ατόμου		3
Ανεργία/ Οικονομικοί Λόγοι του τέκνου/ προστατευόμενου μέλους		16
Λόγοι υγείας του ίδιου (Δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης)		2
Άλλο	Λόγοι υγείας του παιδιού	7
	Παιδί/α φοιτητής/ες	2
	Έχει την επιμέλεια του παιδιού	1
Γενικό Άθροισμα		31

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Σκοπός του εν λόγω ερωτήματος είναι η διερεύνηση των συνθηκών εκείνων που οδήγησαν τους ηλικιωμένους/ες στη συγκατοίκηση, όταν αυτή υπάρχει, με τέκνα.

Γράφημα 37: Λόγοι συγκατοίκησης ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Στο γράφημα διαπιστώνεται πως 31 (τριάντα ένα) συνολικά ηλικιωμένοι/ες συμβιώνουν με τα τέκνα τους, εκ των οποίων προχώρησαν σε συγκατοίκηση λόγω ανεργίας/οικονομικής δυσχέρειας των ίδιων των ερωτηθέντων οι 3 (τρεις), για λόγους ανεργίας/οικονομικούς λόγους του τέκνου/προστατευόμενου/μέλους οι 16 (δέκα έξι), λόγω προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων ερωτηθέντων, με σύνοδη τη δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης 2 (δύο) και για άλλους λόγους συγκατοικούν με τα τέκνα τους 10 (δέκα) ηλικιωμένα άτομα εκ των οποίων 2 (δύο) ανέφεραν πως τα τέκνα τους έχουν τέκνο/α φοιτητή/ες και ένας/μια γιατί τα τέκνα του/της έχουν την επιμέλεια των παιδιών τους.

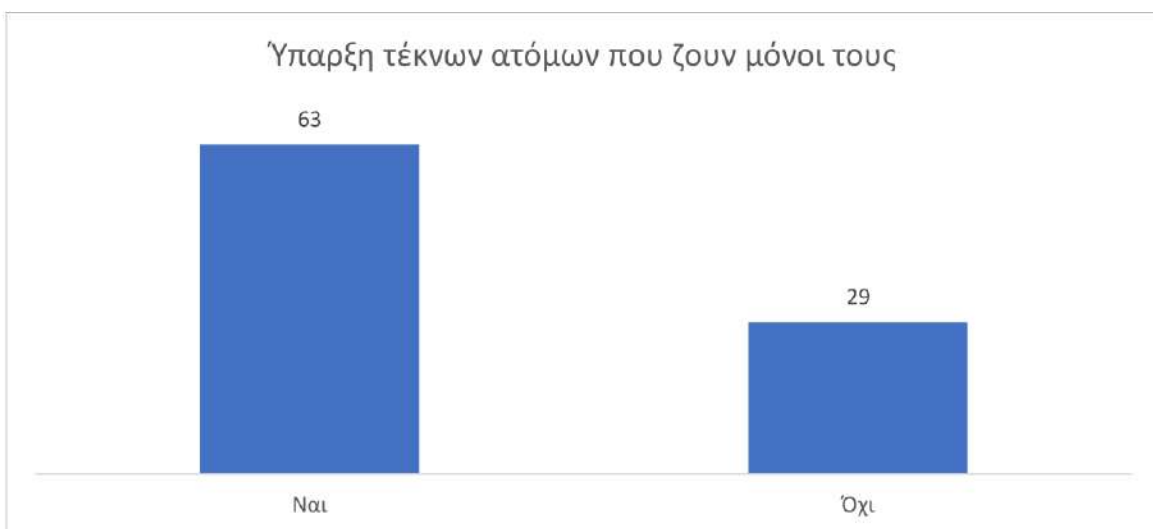
Πίνακας 26: Ύπαρξη τέκνων ηλικιωμένων ατόμων που ζουν μόνοι τους στο διαμέρισμά τους

Ύπαρξη τέκνων	Στο διαμέρισμα ζουν μόνοι:	Γενικό Άθροισμα
Ναι	63	63
Όχι	29	29
Γενικό Άθροισμα	92	92

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Με το ερώτημα αυτό καταγράφεται το αν υπάρχουν τέκνα στο σύνολο των ηλικιωμένων που διαβιούν μόνοι/ες.

Γράφημα 38: Ύπαρξη τέκνων ερωτηθέντων που ζούνε μόνα



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Όπως φαίνεται στο γράφημα από τους συνολικά 92 (ενενήντα δύο) ηλικιωμένους/ες που μένουν μόνοι/ες τους, οι 63 (εξήντα τρεις) έχουν τέκνα, ενώ οι 29 (είκοσι εννέα) όχι.

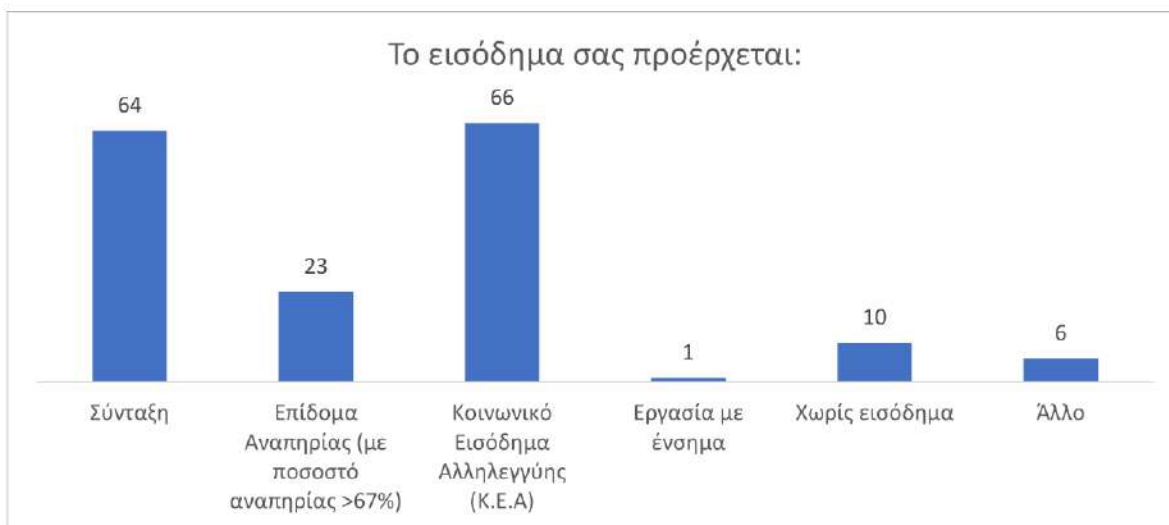
Πίνακας 27: Πηγή εισοδήματος ερωτηθέντων

Το εισόδημα σας προέρχεται:	Αριθμός ανά περίπτωση
Σύνταξη	64
Επίδομα Αναπηρίας (με ποσοστό αναπηρίας >67%)	23
Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α)	66
Εργασία με ένσημα	1
Χωρίς εισόδημα	10
Άλλο ⁹⁵	6
Γενικό Άθροισμα	170

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Το ερώτημα αφορά στην πηγή εισοδήματος του δείγματος της έρευνας με τα πεδία: Σύνταξη, επίδομα αναπηρίας, Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α), εργασία με ένσημα, δίχως εισόδημα ή/και άλλο.

Γράφημα 39: Εισόδημα ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

⁹⁵ Το άλλο αφορά: επίδομα ανασφάλιστου υπερήλικα (1), επίδομα ΟΠΕΚΑ (2), επίδομα πρόνοιας (3)

Αναφορικά με τα στοιχεία που προκύπτουν στο γράφημα, από το δείγμα των 170 (εκατόν εβδομήντα) ηλικιωμένων ατόμων, οι 64 (εξήντα τέσσερις) έχουν ως πηγή εισοδήματος τη σύνταξη, οι 23 (είκοσι τρεις) το επίδομα αναπηρίας >67%, ένας/μία την εργασία με ένσημα. Από το δείγμα της έρευνας, 10 (δέκα) απάντησαν πως δεν έχουν καμία πηγή εισοδήματος, ενώ 6 (έξι) ως πηγή εισοδήματος επέλεξαν το πεδίο άλλο: πιο αναλυτικά ένας διευτύωσε πως επιδοτείται ως ανασφάλιστος/η, 2 (δύο) εκ των συμμετεχόντων λαμβάνουν το επίδομα ΟΠΕΚΑ και 3 (τρεις) το επίδομα πρόνοιας.

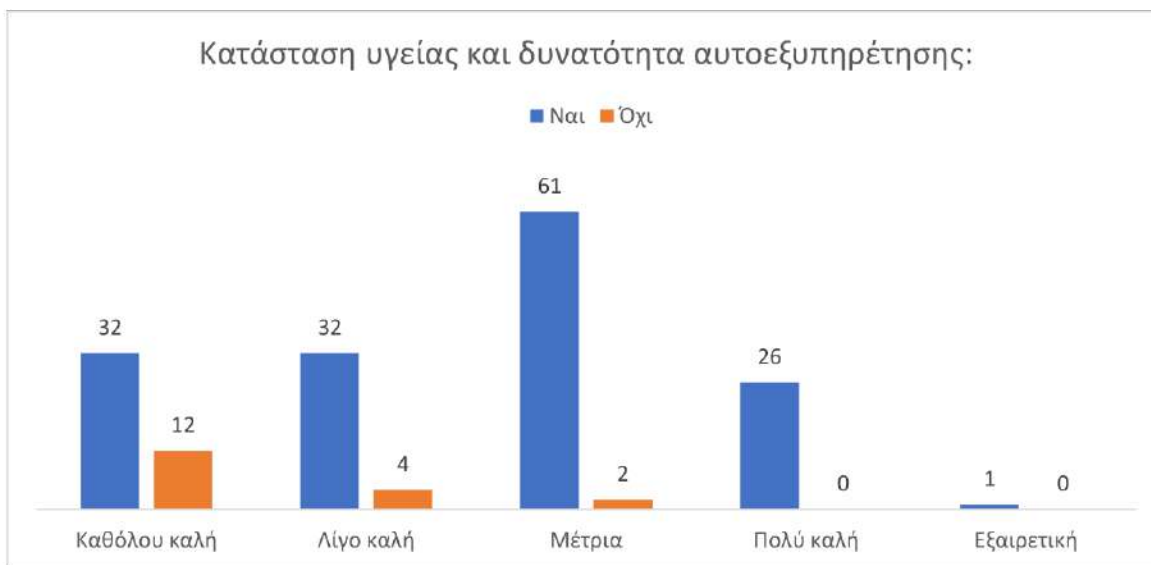
Πίνακας 28: Κατάσταση υγείας ερωτηθέντων

Πως κρίνεται την κατάσταση υγείας σας;	Έχετε την δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης;		Γενικό Άθροισμα
	Ναι	Όχι	
Καθόλου καλή	32	12	44
Λίγο καλή	32	4	36
Μέτρια	61	2	63
Πολύ καλή	26	-	26
Εξαιρετική	1	-	1
Γενικό Άθροισμα	152	18	170

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Το δείγμα σε αυτό το στάδιο της ερευνητικής διαδικασίας, καλείται να απαντήσει ερωτήματα αναφορικά με την κατάσταση υγείας του καθώς και τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης.

Γράφημα 40: Κατάσταση υγείας ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Αναφορικά με τα στοιχεία που παρουσιάζονται στο γράφημα, σχετικά με την κατάσταση υγείας των ερωτηθέντων και την αυτοεξυπηρέτησή τους, ως καθόλου καλή κρίνουν την κατάσταση της υγείας τους 32 (τριάντα δύο) ηλικιωμένοι/ες, με δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης να έχουν μόνο οι 12 (δώδεκα).

Λίγο καλή κρίνεται βάσει των απαντήσεων του δείγματος η κατάσταση υγείας 32 (τριάντα δύο) ηλικιωμένων ατόμων εκ των οποίων οι 4 (τέσσερις) δε δύνανται να αυτοεξυπηρευτούν, ως μέτρια αποτύπωσαν την κατάστασή τους 61 (εξήντα ένα) άτομα, με δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης να έχουν μόνο 2 (δύο) εξ αυτών, ως πολύ καλή οι 26 (είκοσι έξι) και ως εξαιρετική ένας/μία όπου στις δύο αυτές κατηγορίες οι ηλικιωμένοι/ες στο σύνολό τους εξυπηρετούνται μόνοι τους.

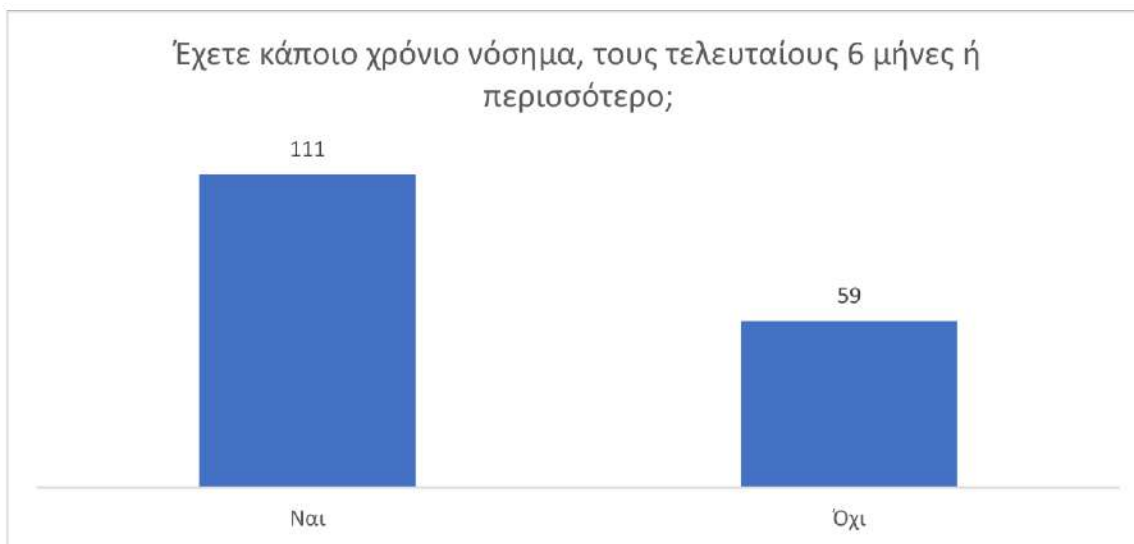
Πίνακας 29: Κατάσταση υγείας ερωτηθέντων

Έχετε κάποιο χρόνια νόσημα, τους τελευταίους 6 μήνες ή περισσότερο;	Αριθμός ανά περίπτωση
Ναι	111
Όχι	59
Γενικό Άθροισμα	170

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Στο αυτό ερώτημα πραγματοποιείται διερεύνηση για το αν το δείγμα των 170 (εκατόν εβδομήντα) συμμετεχόντων στην ερευνητική διαδικασία πάσχει από κάποιο χρόνια νόσημα τους τελευταίους 6 ή/και παραπάνω μήνες.

Γράφημα 41: Χρόνια νοσήματα ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Όσον αφορά το γράφημα, διαπιστώνεται πως 111 (εκατόν έντεκα) ηλικιωμένοι/ες από το σύνολο των 170 (εκατόν εβδομήντα) ερωτηθέντων, πάσχει από κάποιο χρόνια νόσημα τους

τελευταίους έξι μήνες ή και περισσότερο. Αρνητικά απάντησαν τα 59 (πενήντα εννέα) άτομα του δείγματος που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία.

Πίνακας 30: Χρόνια νοσήματα ερωτηθέντων

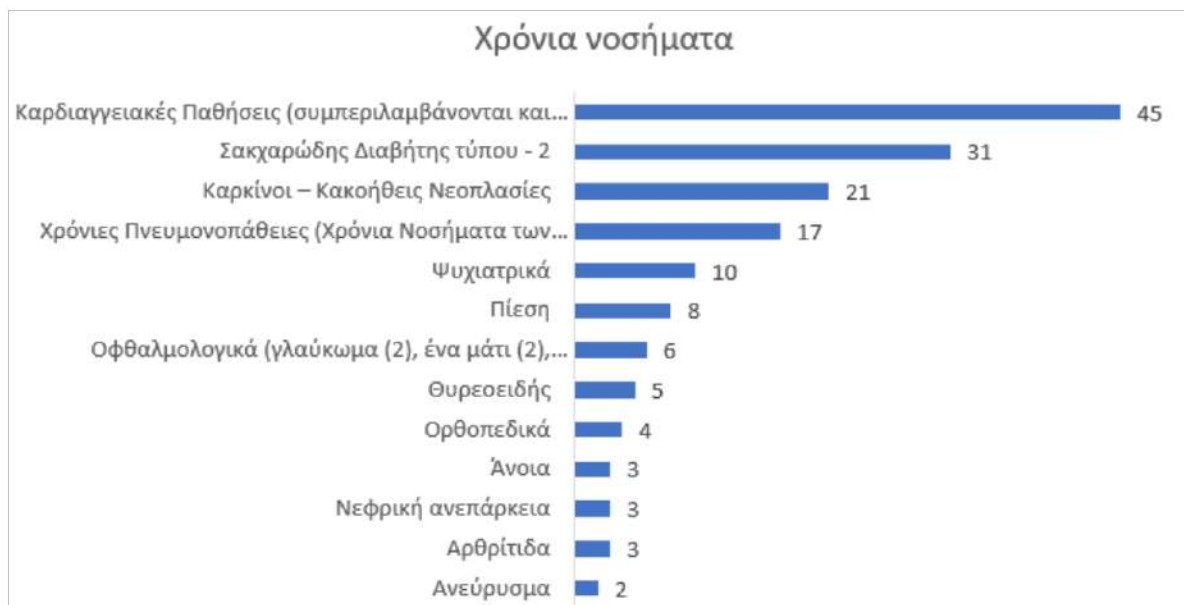
Χρόνια νοσήματα		Αριθμός ανά περίπτωση
Καρδιαγγειακές Παθήσεις (συμπεριλαμβάνονται και τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Νοσήματα, οι Καρδιακές Ανεπάρκειες, οι Ισχαμικές Καρδιοπάθειες κ.ά.)		45
Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου - 2		31
Καρκίνοι – Κακοήθεις Νεοπλασίες		21
Χρόνιες Πνευμονοπάθειες (Χρόνια Νοσήματα των Πνευμόνων, όπως το Βρογχικό Άσθμα (Β.Α.) και η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.)		17
Άλλο	Ψυχιατρικά	10
	Πίεση	8
	Οφθαλμολογικά (γλαύκωμα (2), ένα μάτι (2), τύφλωση(2))	6
	Θυρεοειδής	5
	Ορθοπεδικά	4
	Αρθρίτιδα	3
	Νεφρική ανεπάρκεια	3
	Άνοια	3
	Αναπηρία	2
	Κόφωση	2
	Κατάκοιτος/η	2
	Προβλήματα στα πόδια	2
	Αυτοάνοσο	2
	Ανεύρυσμα	2
	Χοληστερίνη	1
	Οστεοπόρωση	1
	Αφαίρεση παχέος εντέρου	1
	Ψωρίαση	1
	Εγκεφαλικό	1
	Νόσος κρον	1
Ελκώδης κολίτιδα	1	

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Στο ερώτημα αυτό διερευνάται ο αριθμός ηλικιωμένων πασχόντων ανά περίπτωση παθήσεων, όπως οι Καρδιαγγειακές Παθήσεις (συμπεριλαμβανομένων των Αγγειακών Εγκεφαλικών Νοσημάτων, των Καρδιακών Ανεπαρκειών, των Ισχαιμικών Καρδιοπαθειών κ.ά.), ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου - 2, οι Καρκίνοι – Κακοήθεις Νεοπλασίες, οι Χρόνιες Πνευμονοπάθειες (Χρόνια Νοσήματα των Πνευμόνων, όπως το Βρογχικό Άσθμα (Β.Α.) και η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.), τα Ψυχιατρικά προβλήματα, η Πίεση, τα Οφθαλμολογικά προβλήματα, ο Θυρεοειδής, τα Ορθοπεδικά και η Αρθρίτιδα.

Στην κατηγορία άλλο του παρόντος ερωτήματος συμπεριλαμβάνονται ασθένειες όπως: Νεφρική ανεπάρκεια, Άνοια, Αναπηρία, Κόφωση, Κατάκοιτος/η, Προβλήματα στα πόδια, Αυτοάνοσο, Ανεύρυσμα, Χοληστερίνη, Οστεοπόρωση, Αφαίρεση παχέος εντέρου, Ψωρίαση, Εγκεφαλικό, Νόσος Crohn, και Ελκώδης κολίτιδα.

Γράφημα 42: Είδη χρονίων νοσημάτων ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Σύμφωνα με το γράφημα, 45 (σαράντα πέντε) ηλικιωμένοι/ες πάσχουν από Καρδιαγγειακές Παθήσεις (συμπεριλαμβάνονται και τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Νοσήματα, οι Καρδιακές Ανεπάρκειες, οι Ισχαιμικές Καρδιοπάθειες κ.ά.), 31 (τριάντα ένα) από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου – 2, 21 (είκοσι ένα) από Καρκίνο – Κακοήθεις Νεοπλασίες, 17 (δέκα επτά) από Χρόνιες Πνευμονοπάθειες (Χρόνια Νοσήματα των Πνευμόνων, όπως το Βρογχικό Άσθμα (Β.Α.) και η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.). Από Ψυχιατρικά προβλήματα πάσχουν 10 (δέκα) ηλικιωμένοι/ες από το δείγμα της έρευνας από πίεση 8 (οκτώ). Όσον αφορά τα οφθαλμολογικά προβλήματα, 2 (δύο) πάσχουν από γλαύκωμα, έχουν έναν οφθαλμό 2 (δύο), ενώ άλλοι 2 (δύο) έχουν τύφλωση. Θυρεοειδή έχουν 5 (πέντε) εκ των συμμετεχόντων, ορθοπεδικά προβλήματα 4 (τέσσερις) και αρθρίτιδα 3 (τρεις).

Στην κατηγορία άλλο: από Νεφρική ανεπάρκεια πάσχουν 3 (τρεις), από Άνοια ομοίως 3 (τρεις), από Αναπηρία 2 (δύο) και από κώφωση επίσης 2 (δύο) ηλικιωμένοι/ες. Κατάκοιτοι διαπιστώθηκαν 2 (δύο), με προβλήματα στα πόδια 2 (δύο), με αυτοάνοσο νόσημα 2 (δύο) ηλικιωμένοι/ες, με ανεύρυσμα επίσης 2 (δύο). Από ένα άτομο δήλωσε πως πάσχει ανά τις εξής κατηγορίες: Χοληστερίνη, Οστεοπόρωση, Αφαίρεση παχέος εντέρου, Ψωρίαση, Εγκεφαλικό, Νόσος Crohn, Ελκώδη κολίτιδα.

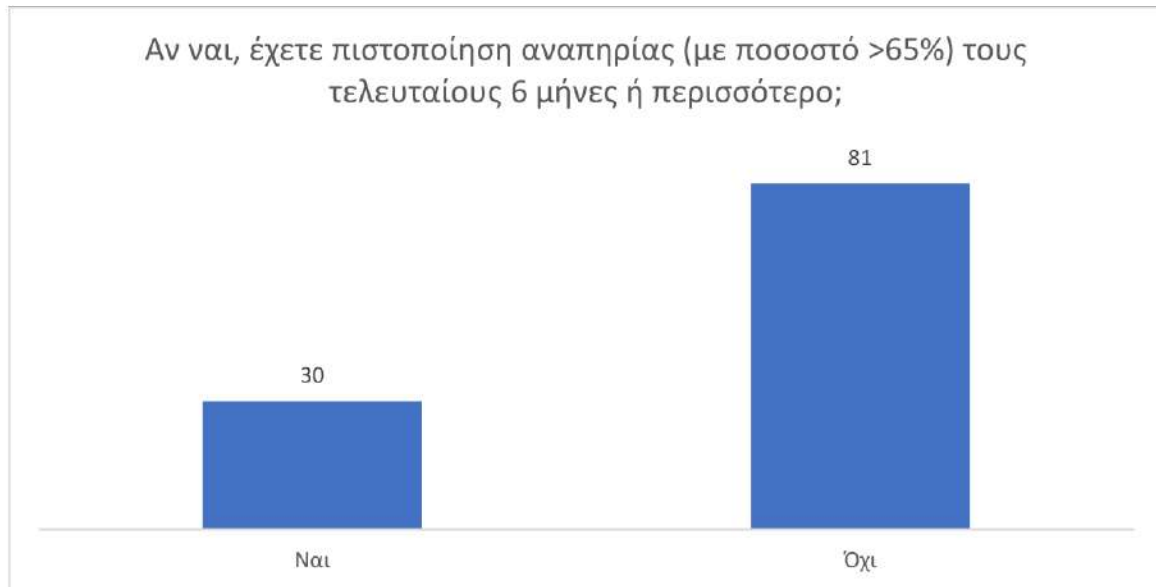
Πίνακας 31: Πιστοποίηση αναπηρίας ερωτηθέντων

Αν ναι, έχετε πιστοποίηση αναπηρίας (με ποσοστό >65%), τους τελευταίους 6 μήνες ή περισσότερο;	Αριθμός ανά περίπτωση
Ναι	30
Όχι	81
Γενικό Άθροισμα	111

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Σκοπός της παρούσας ερώτησης ήταν να αποτυπωθεί πόσοι ηλικιωμένοι/ες, έχουν πιστοποιηθεί με αναπηρία με ποσοστό >65% τους τελευταίους 6 μήνες ή και περισσότερο.

Γράφημα 43: Πιστοποίηση αναπηρίας ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Από το γράφημα και αναφορικά με το αν υπάρχει πιστοποίηση αναπηρίας >65%, τους τελευταίους ή και πλέον 6 μήνες, προκύπτει πως οι 30 (τριάντα) απάντησαν θετικά, ενώ αρνητικά οι 81 (ογδόντα ένα) εκ των ηλικιωμένων συμμετεχόντων στην έρευνα.

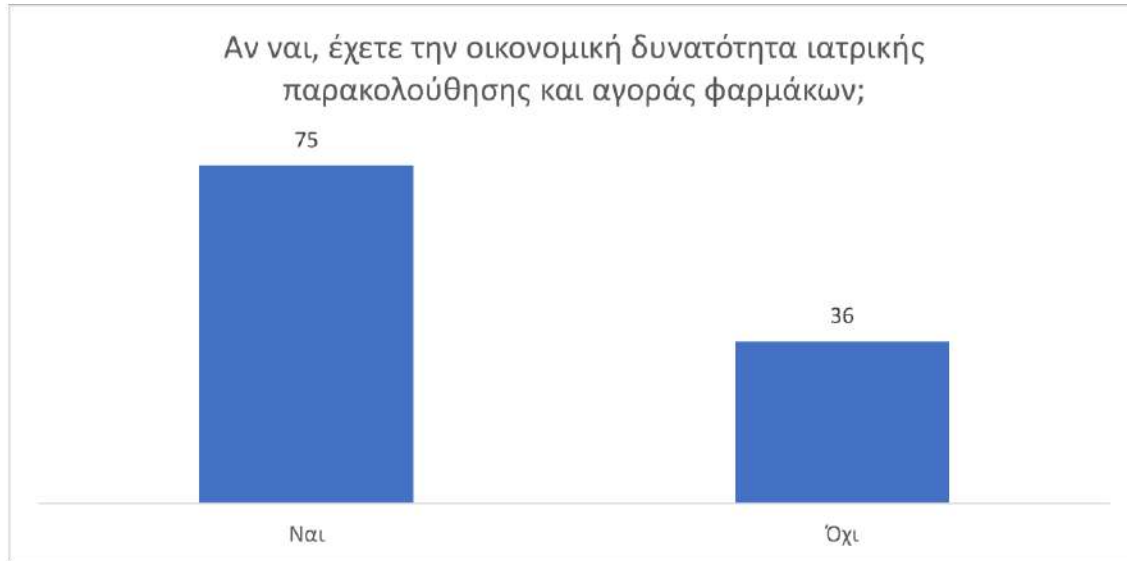
Πίνακας 32: Οικονομική δυνατότητα ερωτηθέντων

Αν ναι, έχετε την οικονομική δυνατότητα ιατρικής παρακολούθησης και αγοράς φαρμάκων;	Αριθμός ανά περίπτωση
Ναι	75
Όχι	36
Γενικό Άθροισμα	111

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Με το ερώτημα αυτό επιχειρείται να διαπιστωθεί αν το δείγμα έχει την οικονομική δυνατότητα ιατρικής παρακολούθησης και αγοράς φαρμάκων.

Γράφημα 44: Οικονομική δυνατότητα ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Από το γράφημα, διαφαίνεται πως 75 (εβδομήντα πέντε) ηλικιωμένοι/ες έχουν δυνατότητα ιατρικής παρακολούθησης και αγοράς φαρμάκων, ενώ 36 (τριάντα έξι) απάντησαν αρνητικά.

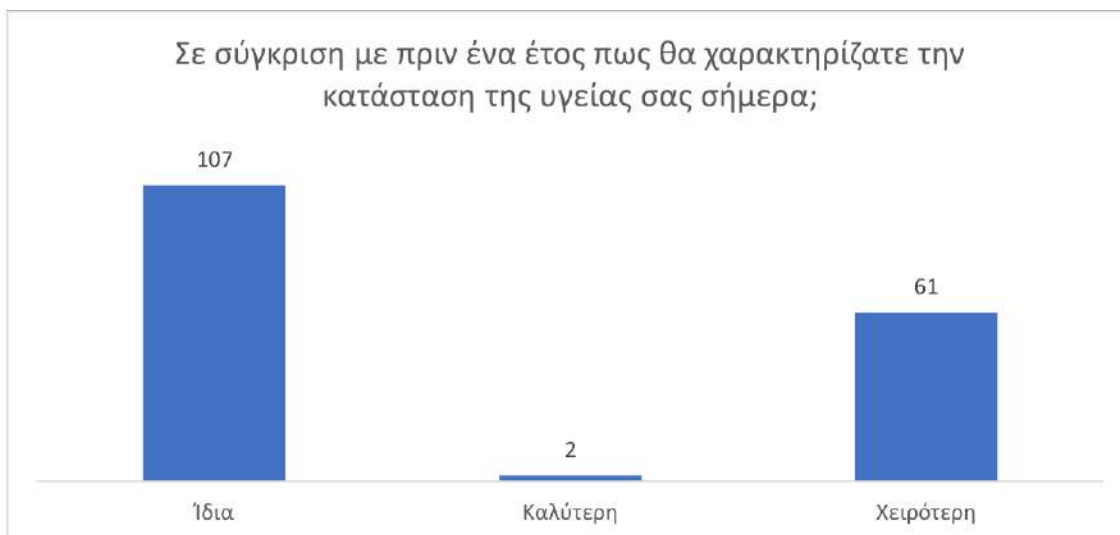
Πίνακας 33: Κατάσταση υγείας ερωτηθέντων

Σε σύγκριση με πριν από ένα έτος πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση σας υγείας σας σήμερα;	Αριθμός ανά περίπτωση
Ίδια	107
Καλύτερη	2
Χειρότερη	61
Γενικό Άθροισμα	170

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Σε αυτό το ερώτημα γίνεται μια συγκριτική μελέτη της κατάστασης της υγείας των ηλικιωμένων πασχόντων που αποτελούν το δείγμα της έρευνας, σε σχέση με πριν ένα έτος.

Γράφημα 45: Κατάσταση υγείας ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Στο γράφημα, προκύπτει πως 107 (εκατόν επτά) ερωτηθέντες ηλικιωμένοι/ες χαρακτηρίζουν την κατάσταση της υγείας τους ίδια συγκριτικά με ένα έτος πριν, 2 (δύο) κρίνουν την κατάσταση της υγείας τους καλύτερη και 61 (εξήντα ένα) άτομα απάντησαν πως η υγεία τους έχει χειροτερέψει.

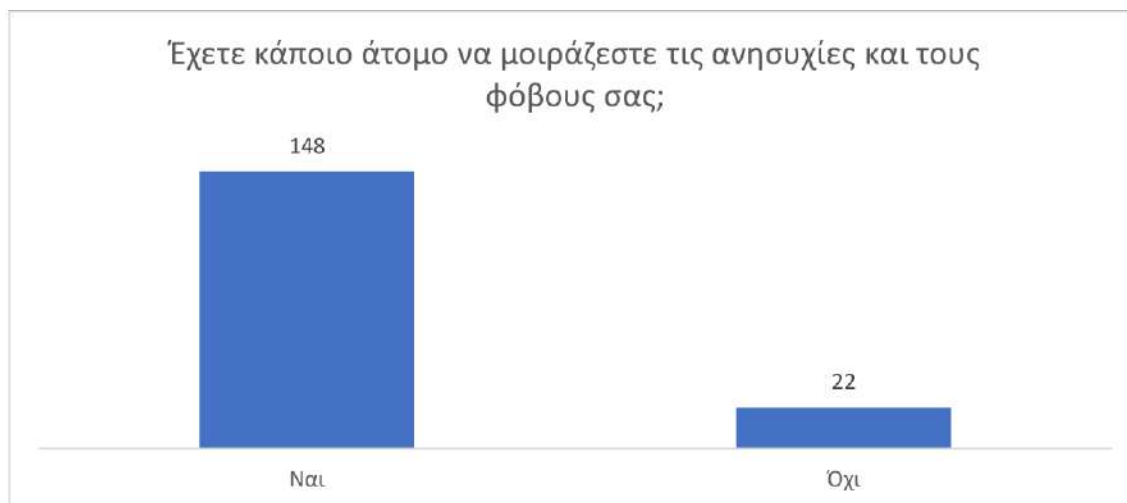
Πίνακας 34: Συντροφιά ερωτηθέντων

Έχετε κάποιο άτομο να μοιράζεστε τις ανησυχίες και τους φόβους σας;	Αριθμός ανά περίπτωση
Ναι	148
Όχι	22
Γενικό Άθροισμα	170

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Με το ερώτημα αυτό ερευνάται το αν το δείγμα έχει κάποιο άτομο να μοιράζεται φόβους και ανησυχίες.

Γράφημα 46: Άτομο συντροφιάς ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Από το γράφημα, προκύπτει πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ήτοι 148 (εκατόν σαράντα οκτώ) άτομα έχουν κάποιον άνθρωπο να μοιράζονται τις ανησυχίες και τους φόβους τους. Αρνητική απάντηση έδωσαν 22 (είκοσι δύο) ηλικιωμένοι/ες.

Πίνακας 35: Σχέση ατόμου συντροφιάς ερωτηθέντων

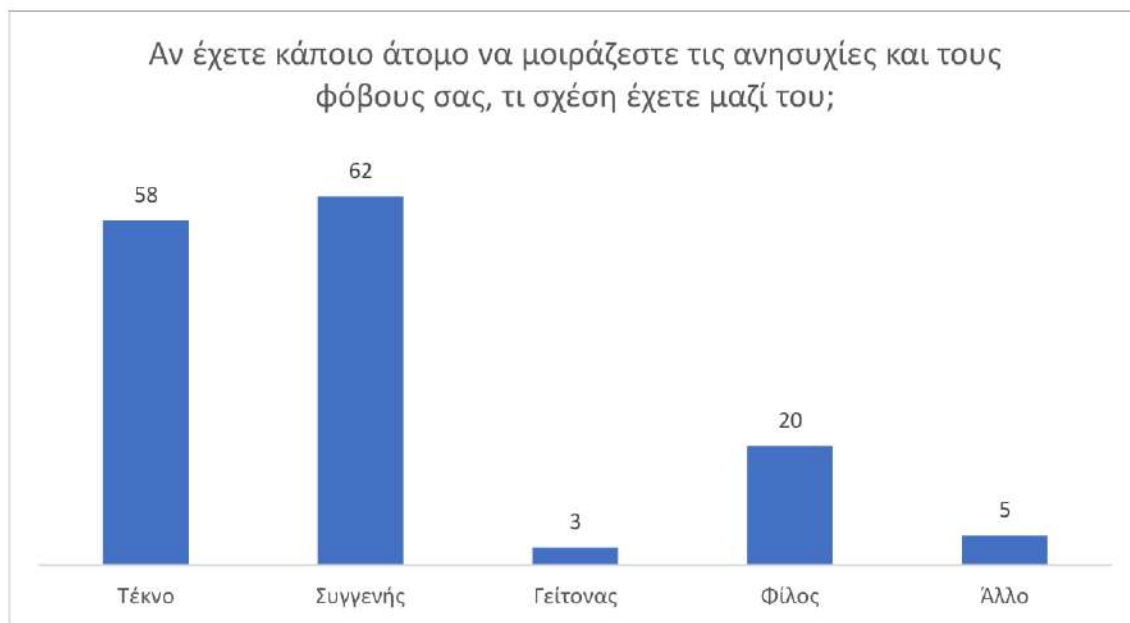
Αν έχετε κάποιο άτομο να μοιράζεστε τις ανησυχίες και τους φόβους σας, τι σχέση έχετε μαζί του;	Αριθμός ανά περίπτωση
Τέκνο	58
Συγγενής	62
Γείτονας	3
Φίλος	20
Άλλο ⁹⁶	5
Γενικό Άθροισμα	148

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

⁹⁶ Το άλλο αφορά: άνθρωπος που τον/την βοηθάει σπίτι (1), Κοινωνικός Λειτουργός (1), ΜΚΟ (1), Ψυχολόγος (2)

Αναφορικά με το ερώτημα, η έρευνα εστιάζει στο τι σχέση έχουν οι ηλικιωμένοι που έχουν κάποιον/ους άνθρωπο/ους να συζητούν για ανησυχίες και φόβους μαζί του/τους.

Γράφημα 47: Άτομο υποστήριξης ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Στο γράφημα, αναδεικνύεται πως οι 58 (πενήντα οκτώ) από τους συμμετέχοντες μοιράζονται ανησυχίες και αρνητικά συναισθήματα με το τέκνο τους, 62 (εξήντα δύο) με κάποιον συγγενή, 3 (τρεις) με γειτονικά πρόσωπα, 20 (είκοσι) με κάποιο φίλο, ενώ την απάντηση άλλο επέλεξαν 5 (πέντε) άτομα όπου το άλλο αφορά σε: ένας/μια δήλωσε πως μιλάει με τον άνθρωπο που τον/την βοηθάει σπίτι, ένας/μια μοιράζεται ανησυχίες με Κοινωνικό Λειτουργό, υποστήριξη από ΜΚΟ λαμβάνει ομοίως ένας/μια, ενώ με Ψυχολόγο μοιράζονται ανησυχίες και φόβους 2 (δύο) ηλικιωμένοι/ες.

Πίνακας 36: Βοήθεια από τρίτους ερωτηθέντων

Τους τελευταίες 6 μήνες πόσες φορές χρειαστήκατε την βοήθεια τρίτου;	Αριθμός ανά περίπτωση
Πάντα (Κάθε ημέρα)	14
Ποτέ (Καθόλου)	24
Σπάνια (π.χ.: 2 φορές τον μήνα)	63
Συχνά (π.χ.: 2 - 3 φορές την εβδομάδα)	38
Σχεδόν Ποτέ (π.χ.: 1 φορά τον μήνα)	31
Γενικό Άθροισμα	170

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Με αυτό το ερώτημα διερευνάται πόσες φορές οι ηλικιωμένοι/ες συμμετέχοντες στην ερευνητική διαδικασία, χρειάστηκαν τη βοήθεια τρίτου το τελευταίο εξάμηνο.

Γράφημα 48: Βοήθεια από τρίτο άτομο



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Όσον αφορά το γράφημα, αναφορικά με πόσες φορές χρειάστηκαν βοήθεια τους τελευταίους 6 μήνες οι ερωτηθέντες της Τρίτης ηλικίας, οι 14 (δέκα τέσσερις) από τους 170 (εκατόν εβδομήντα) συνολικά ηλικιωμένους/ες, απάντησαν πως χρειάζονται βοήθεια πάντα (κάθε ημέρα), ποτέ (καθόλου) οι 24 (είκοσι τέσσερις), σπάνια οι 63 (εξήντα τρεις), συχνά οι 38 (τριάντα οκτώ), ενώ σχεδόν ποτέ 31 (τριάντα ένα) ηλικιωμένα άτομα.

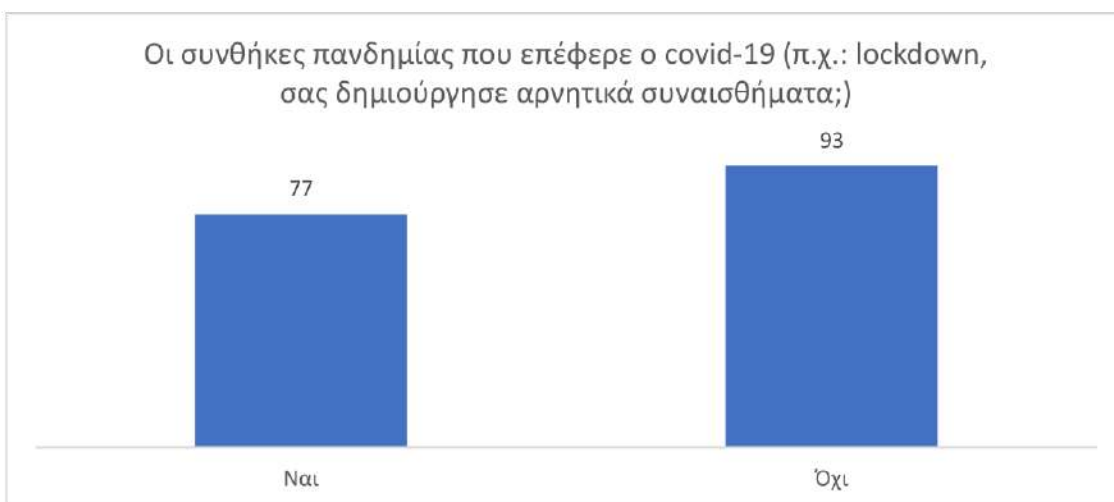
Πίνακας 37: Επίπτωση πανδημίας

Οι συνθήκες πανδημίας που επέφερε ο covid-19 (π.χ.: lockdown), σας δημιούργησε αρνητικά συναισθήματα;	Αριθμός ανά περίπτωση
Ναι	77
Όχι	93
Γενικό Άθροισμα	170

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Αυτό το πεδίο της έρευνας, αφορά αν οι συνθήκες πανδημίας που επέφερε ο Covid-19 (π.χ.: lockdown), δημιούργησε αρνητικά συναισθήματα στους συμμετέχοντες.

Γράφημα 49: Συνθήκες πανδημίας ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Στο γράφημα, προκύπτει πως 77 (εβδομήντα επτά) συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν αρνητικές συναισθηματικές επιπτώσεις από τις συνθήκες πανδημίας που επέφερε ο Covid-19, ενώ 93 (ενενήντα τρεις) ηλικιωμένοι/ες απάντησαν πως δεν τους δημιουργήθηκε κάποιο αρνητικό συναίσθημα.

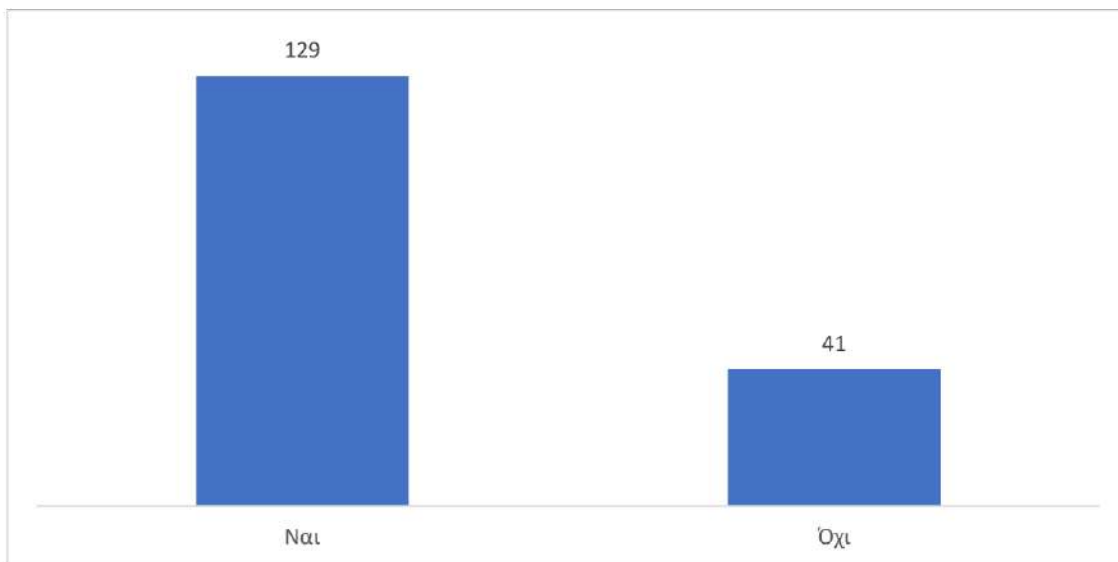
Πίνακας 38: Επιπτώσεις πανδημίας

<p>Το χρονικό διάστημα των 2 τελευταίων ετών, οι επιπτώσεις της πανδημίας μάς έχουν απομονώσει όλους, εσείς καταφέρατε μέσω των κοινωνικών δράσεων της ΚΟ.Δ.Ε.Π. και του Δήμου Πειραιά εν γένει να καλύψετε το κενό της επικοινωνίας είτε με οικεία πρόσωπα είτε με εξειδικευμένους επιστήμονες (π.χ. ψυχολόγους κλπ), προκειμένου να βελτιωθεί η μοναξιά στην καθημερινότητά σας;</p>	<p>Αριθμός ανά περίπτωση</p>
<p>Ναι</p>	<p>129</p>
<p>Όχι</p>	<p>41</p>
<p>Γενικό Άθροισμα</p>	<p>170</p>

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Με το ερώτημα επιχειρείται να διασαφηνιστεί κατά πόσο μέσα στις συνθήκες απομόνωσης που ήταν το αποτέλεσμα των επιπτώσεων της πανδημίας Covid-19, οι ηλικιωμένοι/ες κατάφεραν να καλύψουν το κενό της επικοινωνίας με οικεία πρόσωπα, ψυχολόγους κ.λ.π., προκειμένου να βελτιωθεί το επίπεδο μοναξιάς στην καθημερινότητά τους, μέσω των ψυχοκοινωνικών δράσεων υποστήριξης ευάλωτων ομάδων και ηλικιωμένων της ΚΟ.Δ.Ε.Π.

Γράφημα 50: Επιπτώσεις πανδημίας ερωτηθέντων



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Από το γράφημα, αναδुकνείεται πως οι έως τώρα υποστηρικτικές δράσεις της ΚΟ.Δ.Ε.Π., με συντονισμένες επιστημονικές προσεγγίσεις και δράσεις από κοινωνικούς επιστήμονες και ψυχολόγους, βοήθησαν κατά πολύ τα άτομα που βρίσκονται στην Τρίτη ηλικία να καλύψουν το κενό της επικοινωνίας και συνεπαγόμενα να βελτιώσουν το επίπεδο μοναξιάς στην καθημερινότητά τους εν μέσω πανδημίας, με τη συντριπτική πλειοψηφία, ήτοι 129 (εκατόν είκοσι εννέα) άτομα της Τρίτης ηλικίας να δηλώνουν πως δε βίωσαν κάποιο επικοινωνιακό και συναισθηματικό κενό, ενώ με προβλήματα μοναξιάς, απομόνωσης και μη επικοινωνίας με οικείους ή/και εξειδικευμένους επιστήμονες, διαπιστώθηκαν 41 (σαράντα ένα) άτομα Τρίτης ηλικίας.

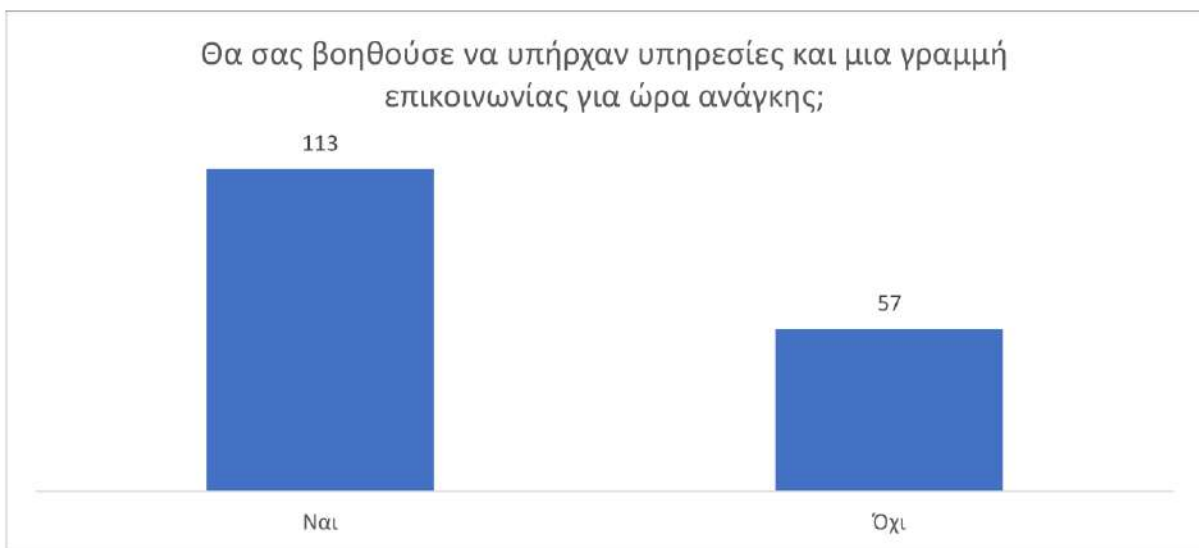
Πίνακας 39: Υπηρεσίες βοήθειας

Θα σας βοηθούσε να υπήρχαν υπηρεσίες και μια γραμμή επικοινωνίας για ώρα ανάγκης;	Αριθμός ανά περίπτωση
Ναι	113
Όχι	57
Γενικό Άθροισμα	170

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Στην εξής ερώτηση αποσαφηνίζεται το αν μια γραμμή επικοινωνίας για ώρα ανάγκης θα βοηθούσε τους ηλικιωμένους/ες.

Γράφημα 51: Υπηρεσίες υποστήριξης



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Αναφορικά με το αν μια γραμμή επικοινωνίας για ώρα ανάγκης θα ήταν βοηθητική για τους συμμετέχοντες στην ερευνητική διαδικασία, από το γράφημα φαίνεται πως 113 (εκατόν δέκα τρία) ηλικιωμένα άτομα απάντησαν θετικά, ενώ αρνητική απάντηση έδωσαν 57 (πενήντα επτά).

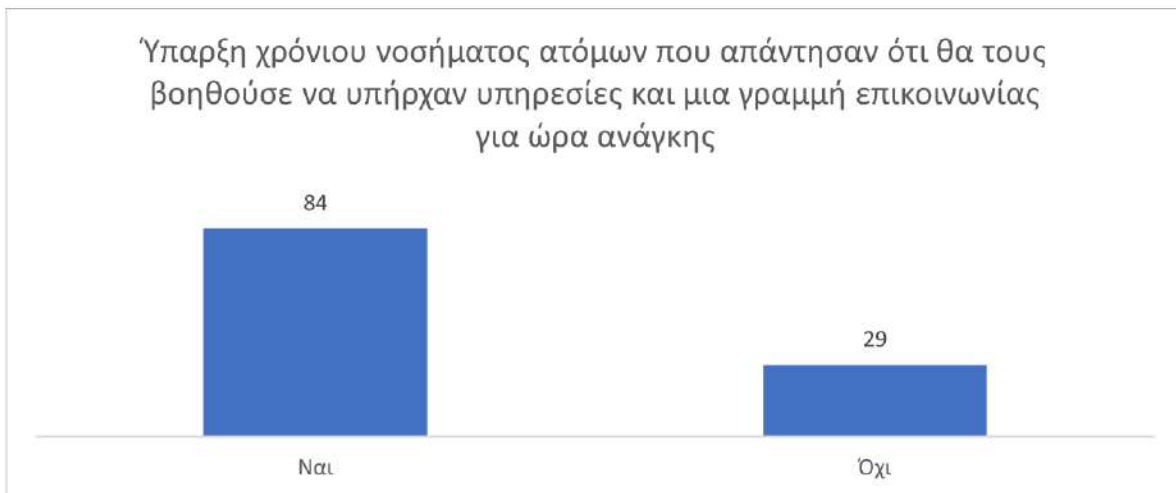
Πίνακας 40: Νοσήματα ερωτηθέντων

Υπαρξη χρόνιου νοσήματος	Άτομα που απάντησαν ότι θα τους βοηθούσε να υπήρχαν υπηρεσίες και μια γραμμή επικοινωνίας για ώρα ανάγκης
Ναι	84
Όχι	29
Γενικό Άθροισμα	113

Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Ως προς τα άτομα Τρίτης ηλικίας χρόνια πάσχοντες, στο στάδιο αυτό καταγράφεται κατά πόσο θα τους βοηθούσε να υπάρχουν υπηρεσίες και μια γραμμή επικοινωνίας για κάποια ώρα ανάγκης.

Γράφημα 52: Χρόνιο νόσημα και υποστήριξη



Πηγή: Αποδελτίωση ερωτηματολογίου συνέντευξης έρευνας πεδίου, 2021

Στο γράφημα, από το σύνολο των 113 (εκατόν δέκα τριών) ηλικιωμένων ατόμων χρόνια πάσχοντες, οι 84 (ογδόντα τέσσερις) δήλωσαν πως θα τους βοηθούσε να υπάρχουν

υπηρεσίες και μια γραμμή επικοινωνίας για κάποια ώρα ανάγκης, ενώ αρνητική απάντηση έδωσαν 29 (είκοσι εννέα) ηλικιωμένοι/ες με χρόνια νοσήματα.

Συμπεράσματα της έρευνας

Τα βασικά συμπεράσματα της έρευνας πεδίου, όπου για την εκπόνησή της χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, χορηγούμενο από τα επιστημονικά στελέχη άμεσης παρέμβασης της ΚΟ.Δ.Ε.Π. τηλεφωνικά, σε 170 (εκατόν εβδομήντα) καταγεγραμμένους ωφελούμενους δημότες Πειραιά, ηλικίας 65 ετών και άνω, με κάποιο χρόνιο νόσημα ή μη, συνοψίζονται ως ακολούθως:

1. Όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, στο ερώτημα της κατανομής του δείγματος που κατοικεί στο Δήμο Πειραιά ανά Δημοτική κοινότητα (Α', Β', Γ', Δ', Ε'), προκύπτει πως 55 (πενήντα πέντε) ηλικιωμένα άτομα εκ των συμμετεχόντων, διαμένουν στην Α' Δημοτική Κοινότητα, 23 (είκοσι τρία) στη Β', εννέα (9) στη Γ', 46 (σαράντα έξι) στη Δ' και 37 (τριάντα επτά) στην Ε' Δημοτική Κοινότητα.
2. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος (άγαμος/η, διαζευγμένος/η, έγγαμος/η, σε διάσταση, χήρος/α) καθώς και την ύπαρξη τέκνων, διαφαίνεται πως από το σύνολο των 17 (δέκα επτά) άγαμων ηλικιωμένων, οι 16 (δέκα έξι) αφορούν σε άτεκνους/ες, ενώ ένας/μία έχει αποκτήσει τέκνα. Ως προς τους διαζευγμένους συμμετέχοντες στην έρευνα, στο σύνολό τους 42 (σαράντα δύο), οι 33 (τριάντα τρεις), έχουν γονεϊκή ιδιότητα και 9 (εννέα) δεν έχουν αποκτήσει τέκνα. Από τους 66 (εξήντα έξι) συνολικά έγγαμους/ες, τέκνα απάντησαν πως έχουν οι 58 (πενήντα οκτώ), ενώ οι 8 (οκτώ) όχι. Οι εν διαστάσει ηλικιωμένοι, στο σύνολό τους 8 (οκτώ) έχουν όλοι τέκνα και τέλος όσον αφορά τους χήρους/ες εκ των 37 (τριάντα επτά) ατόμων οι 34 (τριάντα τέσσερις) έχουν τέκνα και οι 3 (τρεις) όχι.

3. Στο ερώτημα για τον αριθμό των τέκνων των ερωτηθέντων ηλικιωμένων ανά περίπτωση, η έρευνα κατέδειξε πως 35 (τριάντα πέντε) ηλικιωμένοι/ες έχουν 1 (ένα) τέκνο, 55 (πενήντα πέντε) 2 (δύο), οι 32 (τριάντα δύο) από 3 (τρία) και οι 12 (δώδεκα) από 4 (τέσσερα) και πλέον τέκνα.
4. Όσον αφορά στην απογραφή των ηλικιωμένων που διαμένουν είτε με τον/την σύζυγο, είτε με τον/την σύζυγο και τα τέκνα/προστατευόμενα μέλη ή/και μόνοι/ες, προκύπτει πως 47 (σαράντα επτά) ηλικιωμένοι/ες διαμένουν με τον/την σύζυγό τους, οι 31 (τριάντα ένα) με τον/την σύζυγο και τα τέκνα/προστατευόμενα μέλη, ενώ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, ήτοι 92 (ενενήντα δύο) ηλικιωμένοι/ες, διαβιούν μόνοι/ες.
5. Για τη διερεύνηση των συνθηκών που οδήγησαν τους ηλικιωμένους/ες στη συγκατοίκηση, με τέκνα, διαπιστώνεται πως 31 (τριάντα ένα) συνολικά ηλικιωμένοι/ες συμβιώνουν με τα τέκνα τους, εκ των οποίων προχώρησαν σε συγκατοίκηση λόγω ανεργίας/οικονομικής δυσχέρειας των ίδιων των ερωτηθέντων οι 3 (τρεις), για λόγους ανεργίας/οικονομικούς λόγους του τέκνου/προστατευόμενου/μέλους οι 16 (δέκα έξι), λόγω προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων ερωτηθέντων, με σύνοδη τη δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης 2 (δύο) και για άλλους λόγους συγκατοικούν με τα τέκνα τους 10 (δέκα) ηλικιωμένα άτομα εκ των οποίων 2 (δύο) ανέφεραν πως τα τέκνα τους έχουν τέκνο/α φοιτητή/ες και ένας/μία γιατί τα τέκνα του/της έχουν την επιμέλεια των παιδιών τους.
6. Στο παρόν στάδιο της ερευνητικής διαδικασίας, αποτυπώθηκε το αν υπάρχουν τέκνα στο σύνολο των ηλικιωμένων που διαβιούν μόνοι/ες. Από τους συνολικά 92 (ενενήντα δύο) ηλικιωμένους/ες που μένουν μόνοι/ες τους, οι 63 (εξήντα τρεις) έχουν τέκνα, ενώ οι 29 (είκοσι εννέα) όχι.
7. Για τη ανάδειξη της πηγής εισοδήματος του δείγματος της έρευνας με τα πεδία: Σύνταξη, επίδομα αναπηρίας, Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α), εργασία με ένσημα, δίχως εισόδημα ή/και άλλο, από το δείγμα των 170 (εκατόν εβδομήντα) ηλικιωμένων

ατόμων, οι 64 (εξήντα τέσσερις) έχουν ως πηγή εισοδήματος τη σύνταξη, οι 23 (είκοσι τρεις) το επίδομα αναπηρίας >67%, ένας/μία την εργασία με ένσημα. Από το δείγμα της έρευνας, 10 (δέκα) απάντησαν πως δεν έχουν καμία πηγή εισοδήματος, ενώ 6 (έξι) ως πηγή εισοδήματος επέλεξαν το πεδίο άλλο: πιο αναλυτικά ένας διευτύωσε πως επιδοτείται ως ανασφάλιστος/η, 2 (δύο) εκ των συμμετεχόντων λαμβάνουν το επίδομα ΟΠΕΚΑ και 3 (τρεις) το επίδομα πρόνοιας.

8. Το δείγμα σε αυτό το στάδιο, καλέστηκε να απαντήσει ερωτήματα αναφορικά με την κατάσταση υγείας του καθώς και τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης. Ως καθόλου καλή κρίνουν την κατάσταση της υγείας τους 32 (τριάντα δύο) ηλικιωμένοι/ες, με δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης να έχουν μόνο οι 12 (δώδεκα). Λίγο καλή κρίνεται βάσει των απαντήσεων του δείγματος η κατάσταση υγείας 32 (τριάντα δύο) ηλικιωμένων ατόμων εκ των οποίων οι 4 (τέσσερις) δε δύνανται να αυτοεξυπηρετηθούν, ως μέτρια αποτύπωσαν την κατάστασή τους 61 (εξήντα ένα) άτομα, με δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης να έχουν μόνο 2 (δύο) εξ αυτών, ως πολύ καλή οι 26 (είκοσι έξι) και ως εξαιρετική ένας/μία όπου στις δύο αυτές κατηγορίες οι ηλικιωμένοι/ες στο σύνολό τους εξυπηρετούνται μόνοι τους.
9. Στη διερεύνηση για το αν το δείγμα των 170 (εκατόν εβδομήντα) συμμετεχόντων στην ερευνητική διαδικασία πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα τους τελευταίους 6 ή/και παραπάνω μήνες, διαπιστώνεται πως 111 (εκατόν έντεκα) ηλικιωμένοι/ες από το σύνολο των 170 (εκατόν εβδομήντα) ερωτηθέντων, πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα τους τελευταίους έξι μήνες ή και περισσότερο. Αρνητικά απάντησαν τα 59 (πενήντα εννέα) άτομα του δείγματος που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία.
10. Αναφορικά με τον αριθμό των ηλικιωμένων πασχόντων ανά περίπτωση παθήσεων, όπως οι Καρδιαγγειακές Παθήσεις (συμπεριλαμβανομένων των Αγγειακών Εγκεφαλικών Νοσημάτων, των Καρδιακών Ανεπαρκειών, των Ισχαιμικών Καρδιοπαθειών κ.ά.), ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου - 2, οι Καρκίνοι – Κακοήθεις Νεοπλασίες, οι Χρόνιες

Πνευμονοπάθειες (Χρόνια Νοσήματα των Πνευμόνων, όπως το Βρογχικό Άσθμα (Β.Α.) και η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.), τα Ψυχιατρικά προβλήματα, η Πίεση, τα Οφθαλμολογικά προβλήματα, ο Θυρεοειδής, τα Ορθοπεδικά και η Αρθρίτιδα και την κατηγορία άλλο όπου συμπεριλαμβάνονται ασθένειες όπως: Νεφρική ανεπάρκεια, Άνοια, Αναπηρία, Κόφωση, Κατάκοιτος/η, Προβλήματα στα πόδια, Αυτοάνοσο, Ανεύρυσμα, Χοληστερίνη, Οστεοπόρωση, Αφαίρεση παχέος εντέρου, Ψωρίαση, Εγκεφαλικό, Νόσος Crohn, και Ελκώδης κολίτιδα, προέκυψε πως 45 (σαράντα πέντε) ηλικιωμένοι/ες πάσχουν από Καρδιαγγειακές Παθήσεις, 31 (τριάντα ένα) από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου – 2, 21 (είκοσι ένα) από Καρκίνο – Κακοήθεις Νεοπλασίες, 17 (δέκα επτά) από Χρόνιες Πνευμονοπάθειες. Από Ψυχιατρικά προβλήματα πάσχουν 10 (δέκα) ηλικιωμένοι/ες από το δείγμα της έρευνας από πίεση 8 (οκτώ) και όσον αφορά τα οφθαλμολογικά προβλήματα, 2 (δύο) πάσχουν από γλαύκωμα, έχουν έναν οφθαλμό 2 (δύο), ενώ άλλοι 2 (δύο) έχουν τύφλωση. Θυρεοειδή έχουν 5 (πέντε) εκ των συμμετεχόντων, ορθοπεδικά προβλήματα 4 (τέσσερις) και αρθρίτιδα 3 (τρεις). Στην κατηγορία άλλο: από Νεφρική ανεπάρκεια πάσχουν 3 (τρεις), από Άνοια ομοίως 3 (τρεις), από Αναπηρία 2 (δύο) και από κώφωση επίσης 2 (δύο) ηλικιωμένοι/ες. Κατάκοιτοι διαπιστώθηκαν 2 (δύο), με προβλήματα στα πόδια 2 (δύο), με αυτοάνοσο νόσημα 2 (δύο) ηλικιωμένοι/ες, με ανεύρυσμα επίσης 2 (δύο). Από ένα άτομο δήλωσε πως πάσχει ανά τις εξής κατηγορίες: Χοληστερίνη, Οστεοπόρωση, Αφαίρεση παχέος εντέρου, Ψωρίαση, Εγκεφαλικό, Νόσος Crohn, Ελκώδη κολίτιδα.

11. Για τη διαπίστωση στο κατά πόσο πόσοι ηλικιωμένοι/ες, έχουν πιστοποιηθεί με αναπηρία με ποσοστό >65% τους τελευταίους 6 μήνες ή και περισσότερο, προκύπτει πως οι 30 (τριάντα) απάντησαν θετικά, ενώ αρνητικά οι 81 (ογδόντα ένα) εκ των ηλικιωμένων συμμετεχόντων στην έρευνα.
12. Για το αν το δείγμα έχει την οικονομική δυνατότητα ιατρικής παρακολούθησης και αγοράς φαρμάκων, διαφαίνεται πως 75 (εβδομήντα πέντε) ηλικιωμένοι/ες έχουν

- δυνατότητα ιατρικής παρακολούθησης και αγοράς φαρμάκων, ενώ 36 (τριάντα έξι) απάντησαν αρνητικά.
13. Ως προς τη συγκριτική μελέτη της κατάστασης της υγείας των ηλικιωμένων πασχόντων που αποτελούν το δείγμα της έρευνας, σε σχέση με πριν ένα έτος, προκύπτει πως 107 (εκατόν επτά) ερωτηθέντες ηλικιωμένοι/ες χαρακτηρίζουν την κατάσταση της υγείας τους ίδια συγκριτικά με ένα έτος πριν, 2 (δύο) κρίνουν την κατάσταση της υγείας τους καλύτερη και 61 (εξήντα ένα) άτομα απάντησαν πως η υγεία τους έχει χειροτερέψει.
14. Σε αυτό το στάδιο της έρευνας, για το αν το δείγμα έχει κάποιο άτομο να μοιράζεται φόβους και ανησυχίες, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ήτοι 148 (εκατόν σαράντα οκτώ) άτομα έχουν κάποιον άνθρωπο να μοιράζονται τις ανησυχίες και τους φόβους τους. Αρνητική απάντηση έδωσαν 22 (είκοσι δύο) ηλικιωμένοι/ες.
15. Στο ερώτημα αναφορικά με το τι σχέση έχουν οι ηλικιωμένοι που έχουν κάποιον/ους άνθρωπο/ους να συζητούν για ανησυχίες και φόβους μαζί του/τους, αναδεικνύεται πως οι 58 (πενήντα οκτώ) από τους συμμετέχοντες μοιράζονται ανησυχίες και αρνητικά συναισθήματα με το/τα τέκνο/α τους, 62 (εξήντα δύο) με κάποιον συγγενή, 3 (τρεις) με γειτονικά πρόσωπα, 20 (είκοσι) με κάποιο φίλο, ενώ την απάντηση άλλο επέλεξαν 5 (πέντε) άτομα όπου το άλλο αφορά σε: ένας/μια δήλωσε πως μιλάει με τον άνθρωπο που τον/την βοηθάει σπίτι, ένας/μια μοιράζεται ανησυχίες με Κοινωνικό Λειτουργό, υποστήριξη από ΜΚΟ λαμβάνει ομοίως ένας/μια, ενώ με Ψυχολόγο μοιράζονται ανησυχίες και φόβους 2 (δύο) ηλικιωμένοι/ες.
16. Ως προς τη διερεύνηση για το πόσες φορές οι ηλικιωμένοι/ες συμμετέχοντες στην ερευνητική διαδικασία, χρειάστηκαν τη βοήθεια τρίτου το τελευταίο εξάμηνο, από τους ερωτηθέντες της Τρίτης ηλικίας, οι 14 (δέκα τέσσερις) από τους 170 (εκατόν εβδομήντα) συνολικά ηλικιωμένους/ες, απάντησαν πως χρειάζονται βοήθεια πάντα (κάθε ημέρα), ποτέ (καθόλου) οι 24 (είκοσι τέσσερις), σπάνια οι 63 (εξήντα τρεις), συχνά οι 38 (τριάντα οκτώ), ενώ σχεδόν ποτέ 31 (τριάντα ένα) ηλικιωμένα άτομα.

17. Στο ερευνητικό πεδίο για το αν οι συνθήκες πανδημίας που επέφερε ο Covid-19 (π.χ.: lockdown), δημιούργησε αρνητικά συναισθήματα στους συμμετέχοντες, προκύπτει πως 77 (εβδομήντα επτά) συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν αρνητικές συναισθηματικές επιπτώσεις από τις συνθήκες πανδημίας που επέφερε ο Covid-19, ενώ 93 (ενενήντα τρεις) ηλικιωμένοι/ες απάντησαν πως δεν τους δημιουργήθηκε κάποιο αρνητικό συναίσθημα.
18. Για την αποσαφήνιση του κατά πόσο μέσα στις συνθήκες απομόνωσης ως αποτέλεσμα των επιπτώσεων της πανδημίας Covid-19, οι ηλικιωμένοι/ες κατάφεραν να καλύψουν το κενό της επικοινωνίας με οικεία πρόσωπα, ψυχολόγους κ.λ.π., προκειμένου να βελτιωθεί το επίπεδο μοναξιάς στην καθημερινότητά τους, μέσω των ψυχοκοινωνικών δράσεων υποστήριξης ευάλωτων ομάδων και ηλικιωμένων πασχόντων της ΚΟ.Δ.Ε.Π., διαπιστώνεται πως οι έως τώρα υποστηρικτικές δράσεις της ΚΟ.Δ.Ε.Π., με συντονισμένες επιστημονικές προσεγγίσεις και δράσεις από κοινωνικούς επιστήμονες και ψυχολόγους, βοήθησαν κατά πολύ τα άτομα που βρίσκονται στην Τρίτη ηλικία να καλύψουν το κενό της επικοινωνίας και συνεπαγόμενα να βελτιώσουν το επίπεδο μοναξιάς στην καθημερινότητά τους εν μέσω πανδημίας, με τη συντριπτική πλειοψηφία, ήτοι 129 (εκατόν είκοσι εννέα) άτομα της Τρίτης ηλικίας να δηλώνουν πως δε βίωσαν κάποιο επικοινωνιακό και συναισθηματικό κενό, ενώ με προβλήματα μοναξιάς, απομόνωσης και μη επικοινωνίας με οικείους ή/και εξειδικευμένους επιστήμονες, διαπιστώθηκαν 41 (σαράντα ένα) άτομα Τρίτης ηλικίας.
19. Όσον αφορά για το αν μια γραμμή επικοινωνίας για ώρα ανάγκης θα ήταν βοηθητική για τους συμμετέχοντες στην ερευνητική διαδικασία, βάσει των αποτελεσμάτων φαίνεται πως 113 (εκατόν δέκα τρία) ηλικιωμένα άτομα απάντησαν θετικά, ενώ αρνητική απάντηση έδωσαν 57 (πενήντα επτά).
20. Ως προς τα άτομα Τρίτης ηλικίας χρόνια πάσχοντες και στο κατά πόσο θα τους βοηθούσε να υπάρχουν υπηρεσίες και μια γραμμή επικοινωνίας για κάποια ώρα ανάγκης, από το



σύνολο των 113 (εκατόν δέκα τριών) ηλικιωμένων ατόμων χρόνια πάσχοντες, οι 84 (ογδόντα τέσσερις) δήλωσαν πως θα τους βοηθούσε να υπάρχουν υπηρεσίες και μια γραμμή επικοινωνίας για κάποια ώρα ανάγκης, ενώ αρνητική απάντηση έδωσαν 29 (είκοσι εννέα) ηλικιωμένοι/ες με χρόνια νοσήματα.

ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Ανάγκη για πιλοτική παρέμβαση

Απαντώντας στην σημερινή συγκυρία, όπου η οικονομική ύφεση και οι συνέπειες της έχουν στεφθεί με τις επιπλέον συνέπειες της παρατεταμένης υγειονομικής κρίσης, η παρούσα μελέτη τεκμηρίωσης αναγκαιότητας πιλοτικής κοινωνικής παρέμβασης για την προμήθεια και διάθεση συσκευών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας μοναχικών ηλικιωμένων και ατόμων με ειδικές σε ευάλωτους και χρόνια πάσχοντες που είναι δημότες και κάτοικοι του Δήμου Πειραιά, στοχεύει στην υποστήριξη της αυτόνομης διαβίωσης στο σπίτι τους, ατόμων που κινδυνεύουν λόγω ηλικίας, προβλημάτων υγείας ή κοινωνικής απομόνωσης, προσφέροντας εξατομικευμένη προσοχή που μπορεί να βελτιώσει τις συνθήκες ασφαλείας, να μειώσει το αίσθημα της μοναξιάς στην καθημερινή ζωή, να ενισχύσει την ανεξαρτησία, να ανιχνεύσει και να αποτρέψει επικίνδυνες καταστάσεις. Ταυτόχρονα οι υπηρεσίες τηλεφροντίδας προστατεύουν τους ευπαθείς ωφελούμενους από της επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 προσφέροντας υπηρεσίες πρόνοιας εξ 'αποστάσεως, μειώνοντας τις μη απαραίτητες μετακινήσεις τους και παρέχοντας ψυχολογική υποστήριξη σε μία ομάδα πληθυσμού που επιβαρύνθηκε περισσότερο από τα μέτρα περιορισμού των μετακινήσεων λόγω πανδημίας.

Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει την αναγκαιότητα αφενός για άμεση και βραχυπρόθεσμη πιλοτική κοινωνική παρέμβαση κατά το επόμενο ημερολογιακό έτος και, αφετέρου, για μακροπρόθεσμο στρατηγικό σχεδιασμό επέκτασης της προτεινόμενης κοινωνικής παρέμβασης μέσω χρηματοδότησης κατά την επόμενη προγραμματική περίοδο 2021 – 2027. Εκτός της κάλυψης των επειγουσών αναγκών και της σχεδιαζόμενης νέας εθνικής

πολιτικής η οποία ενθαρρύνει συνεργασίες μεταξύ ιδιωτικών φορέων με την τοπική αυτοδιοίκηση, κρίνεται αναγκαίο να υλοποιηθεί η εδώ προτεινόμενη πιλοτική κοινωνική παρέμβαση, ως πιλοτική φάση μίας ευρύτερης κοινωνικής και προνοιακής στρατηγικής, που θα έχει γνώμονα την τόνωση της κοινωνικής συνοχής και τον περιορισμό -αν όχι την εξάλειψη- των κοινωνικών διακρίσεων διαμέσου της διευρυμένης και σύμπλοκης κοινωνικής ενδυνάμωσης των μοναχικών ατόμων, προσβάσιμης εξίσου σε όλους όσους βρίσκονται σε ανάγκη, ανεξαρτήτως κοινωνικού γοήτρου και πλούτου του οικογενειακού περιβάλλοντός τους, στα όρια της πειραϊκής κοινότητας.

Η τρέχουσα περίσταση καθιστά την ανάγκη παρέμβασης πιο επιτακτική από άλλοτε, τόσο λόγω της διαπιστωμένης υφιστάμενης και κατά περιόδους εντεινόμενης οικονομικής κρίσης της χώρας, όσο και λόγω των απορροιών της σε εξέλιξη πρωτόγνωρης υγειονομικής κρίσης των τελευταίων δύο ετών. Επιπλέον, όπως απορρέει και από την ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων που συγκεντρώθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, η συγκεκριμένη ανάγκη κρίνεται αναγκαία και επιτακτική από την ίδια την ομάδα στόχου της παρέμβασης.

Με κύριο επιχείρημα το δικαίωμα των ηλικιωμένων στην ισότιμη πρόσβαση σε κοινωνικές και προνοιακές υπηρεσίες, όπως αυτό περιγράφεται στην Ευρωπαϊκή Χάρτα για τα Δικαιώματα και τις Υποχρεώσεις των Ηλικιωμένων, υποστηρίζεται εδώ ως αναγκαία η πιλοτική κοινωνική παρέμβαση ώστε να δοθεί η δυνατότητα στους ιδιαίτερα ευπαθείς μοναχικούς ηλικιωμένους καθώς και στα άτομα με κινητικούς περιορισμούς και χρόνιες παθήσεις, να έχουν στην κατοχή συσκευές υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας.

Καλές πρακτικές εξωτερικού

Το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα MOBILE AGE από το έργο HORIZON, αφορά στην ανάπτυξη ψηφιακών κινητών εφαρμογών, βασισμένων σε ανοιχτά δεδομένα, βοηθώντας τους ηλικιωμένους να έχουν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες στην κοινότητα τους με ευκολότερο, πιο εξατομικευμένο και αποτελεσματικότερο τρόπο. Τέτοιες κινητές εφαρμογές δοκιμάστηκαν σε τέσσερις τοποθεσίες στην Ευρώπη, στο Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γερμανία, την Ισπανία και την Ελλάδα.

Η Ευρωπαϊκή πλατφόρμα για την Τρίτη ηλικία εντοπίζει διάφορες πρακτικές και καινοτομίες όπως: Η ολλανδική πρωτοβουλία «Mijn Huis Op Maat», προσφέρει ένα πρακτικό εργαλείο για την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των ηλικιωμένων σχετικά με τις βελτιώσεις που μπορούν να γίνουν στα σπίτια τους, προκειμένου να ζήσουν ανεξάρτητα για όσο διάστημα θέλουν. Χρησιμοποιείται από περισσότερες από 50 τοπικές αρχές στις Κάτω Χώρες και προορίζεται να στηρίξει την τοπική πολιτική για ανεξάρτητη διαβίωση. Η διαδικτυακή πλατφόρμα περιέχει όλες τις πληροφορίες σχετικά με το να μεγαλώνεις και να ζεις ανεξάρτητα στο σπίτι σου.

Η καρδιά της πλατφόρμας είναι ο έλεγχος του σπιτιού (Home Test), μια σε απευθείας σύνδεση λίστα ερωτήσεων που δίνει τη δυνατότητα να ελεγχθούν οι πιθανότητες βελτίωσης στο σπίτι για ανεξάρτητη διαβίωση. Αυτή η δοκιμή παρέχει μια προσωπική λίστα ελέγχου. Για κάθε σημείο με ανάγκη βελτίωσης παρέχονται διάφορες λύσεις που μπορούν να κάνουν τα πράγματα ασφαλέστερα και πιο άνετα στα σπίτια τους. Εκτός από τις πληροφορίες, το Home Test, το Mijn Huis Op Maat η πλατφόρμα φιλοξενεί μια μηχανή αναζήτησης για επιχειρηματίες που παρέχουν λύσεις για τους ηλικιωμένους και μπορούν να φροντίζουν τα πράγματα που πρέπει να κάνουν στο σπίτι τους.

Το Mijh Huis Op Maat είναι μια πλατφόρμα που μπορεί να φέρει σε επαφή τοπικές αρχές, ηλικιωμένους, εργαζόμενους, ενώσεις ηλικιωμένων, ενώσεις κατοικίας, 68 οργανώσεις φροντίδας και τοπικούς επιχειρηματίες που συνεργάζονται και προσφέρουν ένα απλό εργαλείο στους κατοίκους, τους πελάτες τους. Το εργαλείο χρησιμοποιείται επίσης ως εργαλείο ευαισθητοποίησης για να δείξει στους ηλικιωμένους τις δυνατότητές τους να αναλάβουν ηγετικό ρόλο στη ζωή τους και να κάνουν βιώσιμες επιλογές για το πώς θέλουν να ζήσουν όταν γερνούν⁹⁷.

Ισότιμη πρόσβαση στην κοινωνία και την πρόνοια

Λόγω των ιδιαίτερα έντονων αρνητικών επιδράσεων της μοναξιάς, των διακρίσεων, της κοινωνικής απομόνωσης στα άτομα της Τρίτης ηλικίας, αποτελεί προϋπόθεση και αναγκαιότητα, για την άρση αυτών, μια διάκριση παρεμβάσεων, όπως:

1) Η πρώτη κατηγορία αφορά τις παρεμβάσεις που εστιάζουν στην παροχή εκπαίδευσης στο κοινωνικό δίκτυο. Οι παρεμβάσεις αυτές στοχεύουν στην εκπαίδευση των φροντιστών τρίτης ηλικίας προκειμένου αυτοί να μπορούν να υπερβαίνουν τα εμπόδια που ευθύνονται για την κοινωνική απομόνωση των ατόμων που φροντίζουν και να περιορίζεται κατά συνέπεια το αίσθημα μοναξιάς τους. Στην κατηγορία αυτή, εντάσσονται επίσης παρεμβάσεις οι οποίες εστιάζουν στην εκπαίδευση γειτόνων ηλικιωμένων ατόμων, σε δεξιότητες αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού και της μοναξιάς που βιώνουν τα άτομα τρίτης ηλικίας και στην εκπαίδευση εθελοντών.

⁹⁷ Κολυζά, Α. (2019). Βελτίωση ποιότητας και καλές πρακτικές σε δομές για άτομα Τρίτης ηλικίας. ΠΜΣ στη Δημόσια Διοίκηση, Τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

2) Η δεύτερη κατηγορία αφορά τις αμιγώς παρεμβατικές μεθόδους που εφαρμόζονται προς τα ίδια τα άτομα της Τρίτης ηλικίας. Ως τέτοιες μπορούν να αναφερθούν η γνωσιακή και συμπεριφορική θεραπεία, η ψυχοδυναμική θεραπεία και η διαπροσωπική θεραπεία. Επιπροσθέτως, στην κατηγορία αυτή οφείλουν να εντάσσονται βραχυπρόθεσμες παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στην ανάπτυξη συγκεκριμένων δεξιοτήτων από πλευράς των ηλικιωμένων προκειμένου να αντιμετωπίζεται το αίσθημα μοναξιάς τους⁹⁸.

Άρση κοινωνικού αποκλεισμού

Μία τρίτη κατηγορία αφορά τις παρεμβάσεις αυτές οι οποίες στοχεύουν στο περιβάλλον του ηλικιωμένου. Οι παρεμβάσεις αυτές δεν μπορούν να ενταχθούν σε κάποια προκαθορισμένα πλαίσια, καθώς βασίζονται στην άρση των εμποδίων που αντιμετωπίζονται στο κοινωνικό δίκτυο του ηλικιωμένου. Αν για παράδειγμα βασικός παράγοντας που οδηγεί στη μοναξιά είναι οι δυσλειτουργικές σχέσεις με τα υπόλοιπα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντός, τότε αυτές τίθενται στο επίκεντρο μέσω της ανάπτυξης σχετικών παρεμβάσεων που εστιάζουν στην άρση των εμποδίων που παρατηρούνται. Βασική επομένως διαφοροποίηση από τις παρεμβάσεις της πρώτης κατηγορίας είναι πως αυτές δεν εστιάζουν στην εκπαίδευση των ατόμων που αλληλεπιδρούν με τον ηλικιωμένο, παρά συγκεκριμένα στην άρση των εμποδίων⁹⁹.

⁹⁸ Σιορίκη, Π. (2021). Η μοναχικότητα στους ηλικιωμένους. Διπλωματική Εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Διαπανεπιστημιακό ΜΠΣ «Διαχείριση γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

⁹⁹ Σιορίκη, Π. (2021). Η μοναχικότητα στους ηλικιωμένους. Διπλωματική Εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Διαπανεπιστημιακό ΜΠΣ «Διαχείριση γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Εν όψει της πανδημίας, γίνεται κατανοητό ότι είναι μια δύσκολη περίοδος κατά την οποία οι ηλικιωμένοι χρειάζονται ακόμη περισσότερο στήριξη και φροντίδα. Είναι σημαντικό, λοιπόν για την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού:

Να διατηρούν επικοινωνία με τα οικεία πρόσωπα: Η συχνή και τακτική επικοινωνία με φίλους ή μέλη της οικογένειας βοηθά τους ηλικιωμένους να διαχειρίζονται το στρες, να μην αισθάνονται μοναξιά και να έχουν καλύτερη διάθεση. Είναι ακόμη πιο σημαντικό όλα τα μέλη της οικογένειας, οι φροντιστές, οι φίλοι και οι συνομήλικοι, να επιδιώκουν εκείνοι την επικοινωνία όσο συχνότερα γίνεται. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε, ότι οι νέες τεχνολογίες δίνουν πολλές δυνατότητες να έρθουμε πιο κοντά, ιδιαίτερα σε αυτή την περίοδο της επιβεβλημένης κοινωνικής απόστασης. Δεδομένων των δυσκολιών που συχνά αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι με τη χρήση τους, θα μπορούσε να αξιοποιηθεί αυτή η κατάσταση ως ευκαιρία.

Να φροντίζουν τη σωματική τους υγεία: Αρχικά, είναι αναγκαίο να διασφαλισθεί ότι οι ηλικιωμένοι είναι σε θέση να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα στον εαυτό τους. Διαφορετικά, θα πρέπει να υπάρχει κάποιο πρόσωπο που να τους φροντίζει, ακολουθώντας πάντα τα μέτρα προφύλαξης και ατομικής υγιεινής. Επίσης, σε περιόδους πανδημίας κρίνεται απαραίτητη η ρύθμιση λοιπών προβλημάτων υγείας που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι. Για τον λόγο αυτό, θα πρέπει να υπάρχει σταθερή επικοινωνία με τον οικογενειακό γιατρό. Σκοπός είναι να γίνεται η απαραίτητη παρακολούθηση της υγείας και η άμεση διαχείριση κάποιου ύποπτου συμπτώματος, αλλά και να αποφευχθεί οποιαδήποτε μη αναγκαία επίσκεψη στο νοσοκομείο. Η φροντίδα της σωματικής υγείας παίζει εξαιρετικά σημαντικό ρόλο και για τη ρύθμιση των συναισθημάτων. Ιδιαίτερα αυτήν την περίοδο, μπορεί να βοηθήσει τους ηλικιωμένους η σωματική άσκηση μέσα στο σπίτι (όπου είναι δυνατή), η ισορροπημένη διατροφή, ο επαρκής ύπνος και η ξεκούραση.

Να δημιουργήσουν μία νέα καθημερινότητα μέσα στο σπίτι: Εφόσον η υπάρχουσα ρουτίνα πιθανότατα έχει αλλάξει, χρειάζεται να δημιουργηθεί μια καινούρια. Οι νέες συνήθειες μπορεί να περιλαμβάνουν δραστηριότητες, όπως μαγείρεμα, διάβασμα, περιποίηση λουλουδιών, αυτοφροντίδα, φροντίδα του σπιτιού, οργάνωση παλιών φωτογραφιών. Είναι σημαντικό για τους ηλικιωμένους να εμπλέκονται σε δραστηριότητες στις οποίες υπάρχει το αίσθημα της επιτυχίας ή της ολοκλήρωσης κάποιου έργου. Σε περίπτωση που υπάρχει άτομο που ασχολείται με τη φροντίδα του ηλικιωμένου, είναι καλό να βοηθήσει στη δημιουργία της νέας καθημερινότητας, ή ακόμη και να συμμετέχει και το ίδιο σε κάποιες δραστηριότητες.

Να εκφράζουν τα συναισθήματά τους: με τους ηλικιωμένους, πέρα από τη διασφάλιση ότι είναι καλά στην υγεία τους, είναι σημαντική η ενθάρρυνσή τους να συζητούν και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους. Να μιλούν για τυχόν ανησυχίες, φόβους ή πιθανά συμπτώματα που μπορεί να έχουν εμφανίσει. Η πρακτική αυτή μπορεί να τους ανακουφίσει και να τους καθησυχάσει. Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις απώλειας, χρειάζεται ιδιαίτερη κατανόηση, συμπαράσταση και ενσυναίσθηση.

Να υιοθετήσουν στρατηγικές αντιμετώπισης στρες, άγχους και τυχόν αρνητικών συναισθημάτων: Η διαφραγματική αναπνοή, η χαλάρωση, το να εντοπίζουν και να αναγνωρίζουν τα αρνητικά συναισθήματά τους μπορούν να βοηθήσουν στη διατήρηση της ψυχικής ευεξίας¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Πηγή: <https://www.prolepsis.gr/assets/uploads/COVID-19-HLIKIOMENOI.pdf>

Η δράση «Ψηφιακή ομπρέλα κατοίκων του Δήμου Πειραιά»

Σε συνάρτηση με τα παραπάνω, αξίζει να σημειωθεί ότι στο πλαίσιο της πρόσκλησης ΑΤΤ068, με Α/Α ΟΠΣ: 2616 της Περιφέρειας Αττικής με ημερομηνία 24/07/2018¹⁰¹, στον άξονα προτεραιότητας 10: «Ανάπτυξη – Αναβάθμιση Στοχευμένων Κοινωνικών Υποδομών και Υποδομών Υγείας», χρηματοδοτούμενη από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ), με τίτλο: «Επέκταση - αναβάθμιση υποδομών στις οποίες παρέχονται κοινωνικές υπηρεσίες», είχε ήδη κριθεί αναγκαία και κατά την τρέχουσα προγραμματική περίοδο του ΕΣΠΑ 2014 – 2020, η ανάγκη για υλοποίηση παρόμοιων δράσεων. Πιο συγκεκριμένα, στην εν λόγω πρόσκληση, η οποία καλεί ως τελικούς δικαιούχους ΟΤΑ και νομικά πρόσωπα αυτών, αναφέρεται ότι η δράση αφορά σε μία σειρά παρεμβάσεων επέκτασης – αναβάθμισης υποδομών, στις οποίες παρέχονται κοινωνικές υπηρεσίες καθώς και υπηρεσίες πρόνοιας στην Περιφέρεια Αττικής. Η χρηματοδότηση της δράσης στόχευε στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών κοινωνικής ένταξης και πρόνοιας, στην Περιφέρεια Αττικής.

Ο θεματικός στόχος της ανωτέρω πρόσκλησης είναι η «Πρώθηση της κοινωνικής ένταξης και της καταπολέμησης της φτώχειας και κάθε διάκρισης», στο πλαίσιο της επενδυτικής προτεραιότητας «Επενδύσεις στις υποδομές υγείας και τις κοινωνικές υποδομές που συμβάλλουν στην εθνική, περιφερειακή και τοπική ανάπτυξη, μειώνοντας τις ανισότητες όσον αφορά την κατάσταση στον τομέα της υγείας, προωθώντας την κοινωνική ένταξη μέσω βελτίωσης της πρόσβασης σε υπηρεσίες κοινωνικού, πολιτιστικού χαρακτήρα και υπηρεσίες αναψυχής και τη μετάβαση από την ιδρυματική φροντίδα στη φροντίδα της κοινότητας», στον ειδικό στόχο «Βελτίωση των όρων ισότιμης προώθησης της κοινωνικής ένταξης και της

¹⁰¹ ΑΔΑ: 66ΚΖ7Λ7-2ΦΧ

πρόσβασης των ευπαθών & ευάλωτων ομάδων σε ποιοτικές υπηρεσίες, μέσω βελτίωσης των αντίστοιχων υποδομών σε υποβαθμισμένες περιοχές».

Επιπλέον, σημειώνεται ότι με την από 31/07/2019¹⁰² απόφαση της Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης του Επιχειρησιακού Προγράμματος Αττικής, αποφασίζεται η ένταξη της Πράξης «Ψηφιακή Ομπρέλα Προστασίας Δημοτών» στον Άξονα Προτεραιότητας «Ανάπτυξη – Αναβάθμιση Στοχευμένων Κοινωνικών Υποδομών και Υποδομών Υγείας» του Ε.Π. «Αττική», για τον Δήμο Πειραιά, με κωδικό ΟΠΣ της πράξης 5036162, με ημερομηνία έναρξης 03/06/2019 και ημερομηνία λήξης της Πράξης 31/07/2020. Σε επικοινωνία που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα στην ΚΟ.Δ.Ε.Π. και τον Δήμο Πειραιά, αναφορικά με το αίτημα του Δήμου να υλοποιηθεί άμεσα το έργο από την ΚΟ.Δ.Ε.Π. προκειμένου να μην απενταχθεί, δεδομένου ότι είχε παρέλθει κατά πολύ εγκεκριμένη ημερομηνία έναρξης και ολοκλήρωσής του, και σε συνέχεια της από 02/12/2021 σχετική επιστολής της Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Βιώσιμης Ανάπτυξης του Δήμου Πειραιά απευθυνόμενη προς της Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δήμου Πειραιά, ζητείται η λήψη των απαιτούμενων ενεργειών προκειμένου για την απένταξη του έργου.

Η ΚΟ.Δ.Ε.Π. έχοντας μελετήσει διεξοδικά την ανωτέρω πρόσκληση της ΕΥΔΕΠ Αττικής, καθώς και την σχετική απόφαση ένταξης της πράξης «Ψηφιακή Ομπρέλα Προστασίας Δημοτών», αλλά και το σχετικό τεχνικό δελτίο πράξης, έκρινε ανεπαρκές το περιεχόμενο της απόφασης ένταξης, για τους ακόλουθους λόγους: α) οι αναφορές στα τεχνικά και τεχνολογικά χαρακτηριστικά των συσκευών βασιζόνταν σε παρελθοντική τεχνολογία (2018), β) μετά από έρευνα αγοράς που πραγματοποίησε η ΚΟ.Δ.Ε.Π. διαπίστωσε ότι το κόστος των συσκευών είναι αρκετά χαμηλότερο σε σχέση με το κόστος της όλης Πράξης, γ) η ομάδα στόχου των 200

¹⁰² ΑΔΑ: ΨΕ6Υ7Λ7-522

ατόμων είχε μειωθεί σε 135 άτομα ενώ η χαρτογράφηση των αναγκών στο πεδίο μας δείχνει διαφορετικά στοιχεία, και δ) ο χρόνος κατά τον οποίο ζητήθηκε από την ΚΟ.Δ.Ε.Π. να αναλάβει ως δικαιούχος την εκτέλεση της Πράξης «Ψηφιακή Ομπρέλα Προστασίας Δημοτών» αντί της αρμόδιας υπηρεσίας του Δήμου, ήταν εξαιρετικά ανεπαρκής για την αποφυγή απένταξης του έργου από το ΕΠ Αττικής¹⁰³.

Η διαπίστωση ότι η συγκεκριμένη ανάγκη όπως αυτή περιγράφεται στην παρούσα μελέτη για την προμήθεια και διάθεση συσκευών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας ηλικιωμένων και ατόμων με αδυναμία μετακίνησης, αποτελεί γεγονός το οποίο είχε ήδη σε μικρή διάσταση χαρτογραφηθεί και κατά την τρέχουσα προγραμματική περίοδο. Η Πολιτεία φαίνεται να αναγνωρίζει το κενό στην κοινωνική και προνοιακή υποστήριξη των ατόμων της ομάδας στόχου και να αναλαμβάνει ευθύνες προτείνοντας νέα μοντέλα δράσης διαμέσου της ανωτέρω αναφερόμενης πρόσκλησης της ΕΥΔΕΠ Αττικής, με στόχο την βελτίωση των όρων ισότιμης προώθησης της κοινωνικής ένταξης και της πρόσβασης των ευπαθών & ευάλωτων ομάδων σε ποιοτικές υπηρεσίες, μέσω βελτίωσης των αντίστοιχων υποδομών σε υποβαθμισμένες περιοχές. Σε αυτήν την βάση, η προτεινόμενη πιλοτική κοινωνική παρέμβαση ως Πράξη που υλοποιεί η ΚΟ.Δ.Ε.Π. ως ευρύτερος φορέας τοπικής αυτοδιοίκησης, εμμέσως πλην σαφώς αποτελεί εγχείρημα καθόλα εναρμονισμένο με την σχετική εθνική στρατηγική.

Ο καινοτόμος χαρακτήρας της δράσης

Σε μία πόλη όπως ο Πειραιάς ο οποίος αποτελεί τον κεντρικό λιμένα της χώρας, δηλαδή επιχειρησιακό, εμπορικό και τουριστικό κόμβο διεθνούς εμβέλειας και προβολής, κρίνεται

¹⁰³ Η επικοινωνία από πλευράς του Δήμου έγινε με την ΚΟ.Δ.Ε.Π. αρχές Νοεμβρίου 2021 και το έργο θα έπρεπε να είχε ΝΟΔΕ πριν τις 31.12.2021.

ως κομβικής σημασίας να εφαρμοστεί σε τοπική κλίμακα η προτεινόμενη κοινωνική παρέμβαση, ώστε οι ειδικές ομάδες στόχου των ηλικιωμένων και των ατόμων με αδυναμία μετακίνησης να αποκτήσουν ισότιμη πρόσβαση σε κοινωνικές και προνοιακές υπηρεσίες, ενισχύοντας έτσι την κοινωνική τους ενδυνάμωση και κοινωνική ένταξη.

Η προτεινόμενη δράση για την προμήθεια και διάθεση συσκευών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας ηλικιωμένων και ατόμων με αδυναμία μετακίνησης θα αποτελέσει ένα εμπνευσμένο παράδειγμα πειραματικής εφαρμογής καινοτόμου εγχειρήματος «κοινωνικής οικονομίας κλίμακας», το οποίο σταδιακά θα αναδείξει καλές πρακτικές και εργαλεία και, επίσης, θα οδηγήσει στην περαιτέρω βελτίωση, αξιοποίηση και διάδοσή τους, αλλά και προβολή της πόλης.

Η παρούσα πιλοτική κοινωνική παρέμβαση αποτελεί θεμέλιο βήμα στρατηγικής τόσο για την άμεση ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και την αντιμετώπιση - τον περιορισμό αν όχι την εξάλειψη- παραγόντων που μακροπρόθεσμα ωθούν τα άτομα της ομάδας στόχου - σε κοινωνικούς αποκλεισμούς, όσο και προϋπόθεση για χάραξη περαιτέρω τοπικής πολιτικής για την ισότιμη πρόσβαση όλων σε κοινωνικές και προνοιακές υπηρεσίες, βασιζόμενη στην καινοτόμο μεθοδολογία της έρευνας-δράσης για την ανίχνευση και αποτύπωση των σύγχρονων αναγκών εκφρασμένη δια στόματος πολιτών και την στοχευμένη ανταπόκριση στις διαπιστωμένες ελλείψεις της ισχύουσας κατάστασης.

Όπως στις περισσότερες σύγχρονες μεγαλουπόλεις, στον Πειραιά διαπιστώνεται ότι οι πολίτες απέχουν από τα κοινά. Ως εκ τούτου, διαμέσου και της παρούσας πιλοτικής κοινωνικής παρέμβασης στοχεύεται η κινητοποίηση των πολιτών για συμμετοχή, εμπλοκή και δέσμευση σε κοινούς σκοπούς. Η επανενεργοποίηση διαδικασιών όπου ο πολίτης ανεξαρτήτως κοινωνικής ισχύος αισθάνεται παρών, αντιλαμβάνεται ότι η γνώμη του



καταγράφεται και ότι η φωνή του ακούγεται, η θέσπιση περιβαλλόντων μικρότερης ή μεγαλύτερης κλίμακας διαμέσου δράσεων όπου μπορεί και συμμετέχει, δρα και συμπράττει για τον ίδιον αλλά και για το σύνολο, είναι καθοριστική.

Για την περίπτωση του Δήμου Πειραιά, εκτός του κρατικού σχεδιασμού, επιμέρους δράσεις σε άμεση συνάρτηση με τον παλμό του πεδίου, στοχεύουν στην ενίσχυση της καθημερινής διαβίωσης των ευάλωτων ατόμων διαμέσου των πτυχών που εκφράζονται από τους ίδιους. Αντιμετωπίζοντας την αδυναμία των κοινωνικο-οικονομικά ευάλωτων ηλικιωμένων και ατόμων με αδυναμία μετακίνησης σε αρχικό στάδιο, δημιουργούνται μακροπρόθεσμα οι προϋποθέσεις για ευνοϊκότερη κοινωνική αποκατάσταση αυτών, οι οποίοι με την σειρά τους θα αναδείξουν ένα βελτιωμένο μοντέλο κοινωνικής και προνοιακής στρατηγικής για τον Δήμο Πειραιά.

Η τοπική αυτοδιοίκηση, με κριτήριο την μακραίωνα ιστορία του Δήμου Πειραιά αλλά και του σύγχρονου ρόλου του ως βασικότερου λιμένα της χώρας, ως πύλης και τον διαύλου επικοινωνιών και συναλλαγών, -επιχειρησιακών, εμπορικών, τουριστικών- τόσο σε επίπεδο εθνικό με κάθε άλλο λιμάνι της χώρας, όσο και σε διεθνές, έχει χρέος να μεριμνήσει για την περαιτέρω ανάπτυξη αυτού του σημαντικού θαλάσσιου μεσογειακού κόμβου. Εν κατακλείδι, η τοπική αυτοδιοίκηση θα έχει κάθε όφελος με το να υποστηρίξει την πρόθεση της ΚΟ.Δ.Ε.Π. για την προμήθεια και διάθεση συσκευών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας ηλικιωμένων και ατόμων με αδυναμία μετακίνησης, μιας και τα νοικοκυριά που συμμετείχαν στην έρευνα πεδίου καταδεικνύουν πλειοψηφικά και την ανάγκη παροχής των προαναφερθέντων υπηρεσιών. Χρειάζεται λοιπόν ο Δήμος Πειραιά να αφουγκραστεί την «φωνή» των πολιτών του, η οποία δύναται να χαράξει νέες κοινωνικές πολιτικές και παρεμβάσεις σημαντικές για την εξέλιξη και βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών του.

ΕΡΕΥΝΤΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπεράσματα ως προς το δείγμα έρευνας

Ως προς το δείγμα της έρευνας, όσον αφορά τη δημογραφική, οικογενειακή, συναισθηματική, λειτουργική και οικονομική χαρτογράφηση/αποτύπωση της κατάστασής του, η έρευνα ανέδειξε πως η πλειοψηφία των ηλικιωμένων συμμετεχόντων στη μελέτη αυτή, κατοικεί στη Δ' και Ε' Δημοτική Κοινότητα Πειραιά, ενώ περίπου το 50%, ήτοι 92 (ενενήντα δύο) άτομα από το συνολικό δείγμα 180 (εκατόν ογδόντα) ηλικιωμένων, διαβιούν μόνοι/ες τους.

Διαφάνηκε επιπλέον, για τους συγκατοικούντες της ομάδας στόχου με τα τέκνα τους, πως στην πλειοψηφία των ερωτηθέντων, η κοινή συστέγασή τους, επήλθε για λόγους ανεργίας/οικονομικούς λόγους του τέκνου/προστατευόμενου/μέλους. Στο πεδίο της αποτύπωσης της πηγής εισοδήματος των ωφελούμενων, οι 64 (εξήντα τέσσερις) ηλικιωμένοι/ες έχουν ως πηγή εισοδήματος τη σύνταξη, οι 23 (είκοσι τρεις) το επίδομα αναπηρίας >67%, ένας/μία την εργασία με ένσημα, ένας/μία επιδοτείται ως ανασφάλιστος/η, 2 (δύο) εκ των συμμετεχόντων λαμβάνουν το επίδομα ΟΠΕΚΑ, 3 (τρεις) το επίδομα πρόνοιας, ενώ 10 (δέκα) απάντησαν πως δεν έχουν καμία πηγή εισοδήματος.

Για την κατάσταση της υγείας τώρα των ηλικιωμένων, από καθόλου καλή έως μέτρια κατάσταση υγείας και αυτοεξυπηρέτησης δήλωσε η μεγαλύτερη μερίδα ωφελούμενων και στο επίπεδο αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας για να μοιράζονται ανησυχίες και φόβους με άλλα άτομα, η πλειοψηφία απάντησε με πως συζητά με το/τα τέκνο/α τους και συγγενικά πρόσωπα. Επιπλέον, από το σύνολο των 113 (εκατόν δέκα τριών) ηλικιωμένων ατόμων χρόνια πάσχοντες, οι 84 (ογδόντα τέσσερις) δήλωσαν πως θα τους βοηθούσε να υπάρχουν υπηρεσίες και μια γραμμή επικοινωνίας για κάποια ώρα ανάγκης.

Συμπεράσματα ως προς την πολυεαυλωτότητα της ομάδας στόχου

Ως προς την ανάδειξη της πολυεαυλωτότητας, της νοσηρότητας και της πολυπλοκότητας που διέπει το δείγμα βάσει των στοιχείων της παρούσας στοχευμένης έρευνας, λόγω της ιδιαιτερότητας της φύσης των ηλικιωμένων, διαπιστώθηκε συνύπαρξη ενός αριθμού δυσμενών παραγόντων που επηρεάζουν τη διαχείριση των προβλημάτων τους και την αυτοφροντίδα τους.

Πιο αναλυτικά, διαφάνηκε πως στην κοινωνική ομάδα των ηλικιωμένων που αποτέλεσαν το δείγμα, συμπεριλαμβάνονται ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα που στην πλειοψηφία τους έχουν τρία ή περισσότερα χρόνια νοσήματα, με συνέπεια τη φτωχότερη ποιότητα ζωής. Παράλληλα, διαπιστώθηκαν σημαντικές αλλαγές και στον κοινωνικό ρόλο των ηλικιωμένων, τον περιορισμό των κοινωνικών επαφών και επιπλέον η εξάρτησή τους από τα άτομα που τους φροντίζουν.

Το σύνδρομο ευαλωτότητας (frailty syndrome) όπως ανέδειξε η ερευνητική διαδικασία, οφείλεται βάσει των ερευνητικών στοιχείων σε πολλαπλούς παράγοντες, όπως είναι η ευπάθεια, η συννοσηρότητα, η οικονομική δυσπραξία, η μοναχικότητα, ο βιολογικός και συναισθηματικός μααρασμός, η γνωστική και νοητική έκπτωση, η εξάρτηση από άλλους σε απλές ή σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, παράγοντες όπου εμφανίζονται όταν οι στρεσογόνοι για την υγεία καταστάσεις ξεπερνούν τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αντοχές της Τρίτης ηλικίας. Η διαπιστωμένη λοιπόν επιβάρυνση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, είναι πολυδιάστατη, δεδομένου ότι η αρνητική επιρροή αφορά τη σωματική υγεία, την ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και τη λειτουργικότητα της Τρίτης ηλικίας στο περιβάλλον.

Συμπερασματικά, τόσο το ζήτημα των βιολογικών, των συναισθηματικών, των κοινωνικών και οικονομικών επιδόσεων της Τρίτης ηλικίας, όσο και αυτό της κοινωνικής και υγειονομικής προστασίας τους, αποτελούν πηγές ιδιαίτερης ανησυχίας.

Ακόμη κι αν η ΚΟ.Δ.Ε.Π. μέσω της ήδη υπάρχουσας πρόνοιας και ψυχοκοινωνικής φροντίδας για την Τρίτη ηλικία, με συντονισμένες επιστημονικές προσεγγίσεις και δράσεις από κοινωνικούς επιστήμονες και ψυχολόγους, βοήθησαν κατά πολύ τους συμμετέχοντες στην έρευνα, και όχι μόνο, ηλικιωμένους/ες να καλύψουν το κενό της επικοινωνίας και συνεπαγόμενα να βελτιώσουν το επίπεδο μοναξιάς στην καθημερινότητά τους εν μέσω πανδημίας -όπως άλλωστε προκύπτει κι από τα στοιχεία της ερευνητικής διαδικασίας για το συνολικό φάσμα τόσο του δείγματος, όσο και της πολυεαυλωτότητας που το διέπει, απαιτούνται ακόμη πιο εξειδικευμένες και καινοτόμες προσεγγίσεις, σχεδιασμένες από την επιστημονική ομάδα της πιλοτικής κοινωνικής παρέμβασης ανάπτυξης μηχανισμού παροχής υπηρεσιών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας για τους ηλικιωμένους και άλλες ειδικές ευάλωτες ομάδες στον Δήμο Πειραιά, για την διασφάλιση ενός εύκολα προσιτού και υποστηρικτικού ψηφιακού περιβάλλοντος, μέσω διεπιστημονικής προσέγγισης της προαγωγής υγείας και ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών καθώς και την ανάπτυξη διατομεακών πολιτικών και δράσεων για την επέκταση της κατ' οίκον τηλεφροντίδας.

Η κοινωνική παρέμβαση τηλεφροντίδας, γεφυρώνει το ψηφιακό χάσμα (digital divide) ανάμεσα στους ηλικιωμένους και τους υπόλοιπους με δυναμικές καινοτόμου τεχνολογίας και ταυτόχρονα, στο πλαίσιο του ευρύτερου οράματος της Κοινοφελούς Δημοτικής Επιχείρησης Πειραιά για μία πραγματικά δημοκρατική και ανθρωποκεντρική κοινωνία μέσα στους κόλπους του δήμου, λειτουργεί ως μηχανισμός άρσης του κοινωνικού αποκλεισμού, της ανισότητας, της τραυματικής πραγματικότητας της Τρίτης ηλικίας. Εν τέλει, συμβάλλει



στην αναβάθμιση των παροχών απομακρυσμένης ιατρικής και ψυχοκοινωνικής υγείας των ωφελούμενων, καθώς και στην υγιή και ενεργό γήρανση με την αξιοποίηση της συσσωρευμένης πείρας και γνώσεων των ηλικιωμένων για την διατήρηση και ενδυνάμωση της συμμετοχής τους στον κοινωνικό ιστό.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΗΜΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

Υπηρεσία κατ' οίκον παρακολούθησης με κουμπί συναγερμού

Στο πλαίσιο παροχής της υπηρεσίας 24ωρης υποστήριξης τοποθετείται στην οικεία του ωφελούμενου μία ψηφιακή συσκευή (PSTN/GSM), η οποία είναι συνδεδεμένη με μια έξυπνη συσκευή χειρός (κουμπί συναγερμού). Στην περίπτωση που χρειαστεί ο ωφελούμενος βοήθεια ή χρειαστεί να επικοινωνήσει για λόγους ψυχολογικής υποστήριξης με κοινωνικό επιστήμονα του Κέντρου (ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό) μπορεί να πιάσει το κόκκινο κουμπί που υπάρχει στη συσκευή που του έχει δοθεί προκειμένου να κληθεί αυτόματα το Κέντρο 24ωρης παρακολούθησης και τηλεφωνικής υποστήριξης των ωφελούμενων από την συσκευή και να εξυπηρετηθεί. Η επικοινωνία είναι αμφίδρομη με ανοιχτή ακρόαση χωρίς να χρειάζεται να μετακινηθεί από τη θέση του ή να επιλέξει οποιοδήποτε αριθμό. Μετά την επικοινωνία με τον ωφελούμενο θα διερευνηθεί από το κοινωνικό επιστήμονα του Κέντρου, βάσει συγκεκριμένου πρωτοκόλλου η ενδεδειγμένη δράση, όπως η κλήση ενός συγγενή, ενός εθελοντή γείτονα ή φροντιστή (ές) που έχει δηλωθεί και εφόσον καταστεί αναγκαίο το ΕΚΑΒ, η Πυροσβεστική ή η Άμεση Δράση. Η υπηρεσία παρέχεται σε 115 ωφελούμενους για 12 μήνες.

Υπηρεσία κατ' οίκον παρακολούθησης με κουμπί συναγερμού και ανίχνευση πτώσης

Επιπλέον της υπηρεσίας 24ωρης υποστήριξης με κουμπί συναγερμού στην τοποθετημένη στην οικεία του ωφελούμενου συσκευή (PSTN/GSM), συνδέεται και μια έξυπνη συσκευή

χειρός (ανιχνευτής πτώσης-κουμπί συναγερμού). Η συσκευή διαθέτει κουμπί συναγερμού παρέχοντας τη δυνατότητα στον ωφελούμενο να επικοινωνήσει με το κέντρο. Επιπλέον η έξυπνη συσκευή χειρός ανιχνεύει αυτόματα τυχόν πώση του ωφελούμενου και στην περίπτωση αυτή και πάλι αυτόματα καλείται το Κέντρο Υποστήριξης και Δράσης προκειμένου να ξεκινήσει επικοινωνία μαζί του. Μετά την επικοινωνία με τον ωφελούμενο θα διερευνηθεί από το κοινωνικό επιστήμονα του Κέντρου η ενδεδειγμένη δράση βάσει πρωτοκόλλου. Η υπηρεσία παρέχεται σε 20 ωφελούμενους για 12 μήνες.

Το Κέντρο 24ωρης υποστήριξης που θα εξυπηρετεί τις παραπάνω υπηρεσίες θα πρέπει να εξασφαλίσει την διαθεσιμότητα σε προσωπικό και υποδομές, για την κάλυψη της ζήτησης στον Δήμο και να έχει αδιάλειπτη λειτουργία και παροχή των προβλεπόμενων υπηρεσιών 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα, για όλο το χρονικό διάστημα των 12 μηνών. Οι παρεχόμενες υποδομές πρέπει να εξασφαλίζουν redundancy & disaster recovery δυνατότητες. Επίσης το Κέντρο εκτός από τις κατάλληλες κτιριακές και επικοινωνιακές υποδομές θα πρέπει να περιλαμβάνει κατάλληλο εξοπλισμό και λογισμικό για την μηχανογραφική υποστήριξη των επιχειρησιακών διαδικασιών του κέντρου παρακολούθησης και υποστήριξης.

Η υποδομή πληροφορικής, η οποία παρέχεται με τη μορφή υπηρεσίας πρέπει να περιλαμβάνει κατ' ελάχιστον τα ακόλουθα:

- Υπηρεσία υποβολής, υποδοχής και διαχείρισης αιτήσεων ωφελούμενων
- Υπηρεσία τήρησης κοινωνικού και ιατρικού ιστορικού ωφελούμενου
- Υπηρεσία τήρησης δημοσίων και ιδιωτικών πόρων ωφελούμενου
- Υπηρεσία απομακρυσμένου ελέγχου και μητρώου συσκευών
- Υπηρεσία υποδοχής και διαχείρισης ειδοποιήσεων συσκευών
- Υπηρεσία τήρησης ιστορικού συμβάντων.

Τέλος το προσωπικό πρέπει να είναι άρτια καταρτισμένο και εκπαιδευμένο για την υποστήριξη της επιχειρησιακής λειτουργίας του έργου και τη στελέχωση του κέντρου 24ωρης τηλεφωνικής εξυπηρέτησης για την υποστήριξη του συνόλου των ωφελούμενων. Το προσωπικό θα δέχεται απ' ευθείας τις κλήσεις των ωφελούμενων (μέσω των ειδικών συσκευών) και θα ανταποκρίνεται σε αυτές ανάλογα με τις προβλεπόμενες διαδικασίες. Η στελέχωση θα γίνει με ικανό αριθμό ατόμων που διαθέτουν την απαιτούμενη εξειδίκευση σε 24ωρη βάση, 7 ημέρες την εβδομάδα, 365 μέρες, με ψυχολόγους και/ή κοινωνικούς λειτουργούς (τρεις βάρδιες σε ημερήσια βάση) που έχουν την ικανότητα χρήσης των επικοινωνιακών και πληροφοριακών υποδομών του κέντρου τηλεφωνικής εξυπηρέτησης

Προμήθεια Συσκευών κατ' οίκον παρακολούθησης με κουμπί συναγερμού

Οι συσκευές θα διαθέτουν κουμπί συναγερμού με το πάτημα του οποίου ο ωφελούμενος, όποτε ο ίδιος κρίνει απαραίτητο - π.χ. μία ξαφνική αδιαθεσία - να μπορεί να μεταδίδει ασύρματα (ώστε να μπορεί ο ωφελούμενος να την φοράει συνέχεια) μέσω καθιερωμένων πρωτοκόλλων επικοινωνίας, συναγερμό μέσω της απομακρυσμένης συσκευής ελέγχου και επικοινωνίας, στο τηλεφωνικό κέντρο παρακολούθησης και εξυπηρέτησης ηλικιωμένων. Επίσης οι συσκευές (πομπός) θα είναι φορητές ώστε να μπορεί ο ωφελούμενος να την φοράει συνέχεια και να μπορεί να φορεθεί στο λαιμό και στο χέρι ανάλογα με την επιλογή του ωφελούμενου (θα περιλαμβάνεται περιλαίμιο και περιβραχιόνιο). Όσο αφορά την μετάδοση δεδομένων θα υπάρχει η δυνατότητα μετάδοσης του σήματος ειδοποίησης που λαμβάνουν από τη συσκευή πομπό ασύρματα μέσω PSTN ή GSM για την αυτόματη ενημέρωση του κέντρου της 24ώρης τηλεφωνικής εξυπηρέτησης. Επιπλέον θα υπάρχει η δυνατότητα επιλογής μέσω κατάλληλης παραμετροποίησης του πρωτοκόλλου επικοινωνίας ανάλογα με το αν ο χρήστης διαθέτει ή όχι σταθερή τηλεφωνική σύνδεση.

Προμήθεια Συσκευών κατ' οίκον παρακολούθησης με ανίχνευση πτώσης & κουμπί συναγερμού

Η συσκευή εκτός των λειτουργιών που θα έχει για την κατ' οίκον παρακολούθηση με κουμπί συναγερμού που περιγράφονται παραπάνω, θα έχει και την δυνατότητα ανίχνευσης της πτώσης του κατόχου του ώστε να μεταδίδει μέσω καθιερωμένων πρωτοκόλλων επικοινωνίας, συναγερμό μέσω της απομακρυσμένης συσκευής ελέγχου και επικοινωνίας, στο τηλεφωνικό κέντρο παρακολούθησης και εξυπηρέτησης.

Επιπρόσθετες υπηρεσίες για την λειτουργία της τηλεφροντίδας

Τέλος για την οργάνωση, διαμόρφωση και λειτουργία των υπηρεσιών τηλεφροντίδας, περιλαμβάνονται επιπρόσθετα και οι παρακάτω υπηρεσίες:

- **Συλλογή και ηλεκτρονική καταχώρηση αιτήσεων και διαδικασίας επιλογής ωφελούμενων:** Περιλαμβάνονται οι απαιτούμενες εργασίες για την συλλογή από το προσωπικό των Κοινωνικών Δομών του Δήμου και η ηλεκτρονική καταχώρηση των στοιχείων αιτήσεων των ωφελούμενων, στους οποίους θα παρασχεθούν οι κοινωνικές υπηρεσίες. Επίσης περιλαμβάνεται και η ανάπτυξη των πρωτόκολλων παρακολούθησης και παρέμβασης ωφελούμενων.
- **Εγκατάσταση συσκευής και εκπαίδευση στη χρήση για κάθε ωφελούμενο:** Η υπηρεσία περιλαμβάνει την επιτόπια (on-site) επίσκεψη από εξειδικευμένο τεχνικό ή/και φροντιστή του Βοήθεια στο Σπίτι για την τοποθέτηση και εγκατάσταση των ειδικών συσκευών στους ωφελούμενους. Στη διάρκεια της εγκατάστασης γίνονται οι απαιτούμενες δοκιμές ελέγχου, ώστε να εξασφαλίζεται η ορθή λειτουργία και επικοινωνία της συσκευής. Επιπλέον γίνεται αναλυτική επίδειξη της χρήσης της συσκευής στον ωφελούμενο και εκπαίδευση στη χρήση της.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΙΛΟΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Σκοπιμότητα και καινοτομία της δράσης

Η προτεινόμενη κοινωνική παρέμβαση στοχεύει στην αναβάθμιση των υποδομών και στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών κοινωνικής ένταξης, πρόνοιας και κοινωνικής φροντίδας στον Δήμο Πειραιώς, με έμφαση στις ευάλωτες και ειδικές ομάδες του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, αφορά στην προμήθεια, εγκατάσταση και επιχειρησιακή λειτουργία ενός μηχανισμού παροχής υπηρεσιών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας προς τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες του δήμου, στοχεύοντας στην υποστήριξη της αυτόνομης διαβίωσης στο σπίτι τους, στον περιορισμό των μετακινήσεων λόγω της πανδημίας της COVID 19, και στην υποστήριξη ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας ή κοινωνικής απομόνωσης.

Η εξατομικευμένη προσοχή μέσω της τηλεφροντίδας μπορεί να βελτιώσει τις συνθήκες ασφαλείας των ωφελούμενων, να μειώσει το αίσθημα της μοναξιάς στην καθημερινή ζωή, να ενισχύσει την ανεξαρτησία, να ανιχνεύσει και να αποτρέψει επικίνδυνες καταστάσεις. Ταυτόχρονα η τηλεφροντίδα μπορεί να αποσυμφορήσει τις υπηρεσίες του Δήμου Πειραιά από άσκοπο φόρτο εργασίας και να δημιουργήσει ένα πιο αποτελεσματικό μηχανισμό υποστήριξης της αυτόνομης διαβίωσης των ωφελούμενων

Στο πλαίσιο του έργου θα παρέχεται 24ωρη υπηρεσία υποστήριξης και κατ' οίκον παρακολούθησης με την χρήση ειδικών συσκευών με κουμπί συναγερμού, όπου οι ωφελούμενοι θα μπορούν να απολαμβάνουν υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό του Αναδόχου. Επιπλέον θα μπορεί να γίνεται ανίχνευση πτώσης με την χρήση κατάλληλων φορητών συσκευών καθώς και η

απομακρυσμένη ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική. Τέλος οι συγγενείς, φροντιστές του Βοήθεια στο Σπίτι, ιδιώτες ιατροί και νοσηλευτές των ωφελούμενων θα έχουν πλήρη ενημέρωση για πιθανά αιτήματα και ανάγκες των ωφελούμενων που τους αφορούν και πρέπει να ικανοποιήσουν.

Η προτεινόμενη κοινωνική παρέμβαση θα συμβάλει στην πρακτική εφαρμογή του δικαιώματος για αυτόνομη διαβίωση όλων των δημοτών ειδικότερα δε όσων είναι μοναχικά και έχουν σοβαρό πρόβλημα υγείας όπως ατόμων με ειδικές ανάγκες και γενικότερα ατόμων που χρήζουν συνεχιζόμενης και πιθανώς επείγουσας ανάγκης ιατρικής παρέμβασης, παρακολούθησης και ψυχολογικής και ιατρικής στήριξης 24 ώρες το 24ωρο, όλες τις ημέρες του χρόνου. Είναι πλήρως εναρμονισμένη με τον κοινωνικό ρόλο και τις αρμοδιότητες του Δήμου Πειραιά και της ΚΟ.Δ.Ε.Π. εξυπηρετώντας την κοινωνική ανάγκη για τη στήριξη και ένταξη των ευπαθών κοινωνικών ομάδων του Δήμου.

Ειδικότερα όσον αφορά του ηλικιωμένους, σημαντικό τμήμα των ωφελούμενων, η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα αποτελεί μία πραγματικότητα με σοβαρές κοινωνικές, οικονομικές, ασφαλιστικές, προνοιακές και υγειονομικές επεκτάσεις. Στην Ελλάδα ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΣΥΕ) θα φθάσει το 2030 το 1/3 του συνόλου του πληθυσμού. Με την αύξηση της ηλικίας μειώνονται οι κινητικές ικανότητες του οργανισμού, παρατηρείται απώλεια της μνήμης, της δύναμης, της ευλυγισίας, των αντανεκλαστικών, της ισορροπίας, ενώ αυξάνονται οι πιθανότητες πτώσεων και καταγμάτων. Ταυτόχρονα, οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες και η επίδραση της πανδημίας λόγω COVID-19, έχουν σαν αποτέλεσμα την απομόνωση των ατόμων της Τρίτης ηλικίας και την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που βρίσκονται σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης.

Τα ανωτέρω έχουν σαν αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι τους, να αποτελούν την πιο ευάλωτη ομάδα συνανθρώπων μας σε συνθήκες υγειονομικής κρίσης, όπως αυτή της πανδημίας λόγω COVID-19. Η αδυναμία μετακινήσεων αλλά και τα πρωτόκολλα υγειονομικής ασφάλειας για την προστασία των ηλικιωμένων - ειδικά αυτών που πάσχουν (πλειοψηφία) από κάποιο υποκείμενο νόσημα - δυσχεραίνουν πολύ την αυτόνομη διαβίωσή τους, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις δεν αποτελεί επιλογή τους.

Η προτεινόμενη κοινωνική παρέμβαση είναι καινοτόμος για τον Δήμο Πειραιά και την ΚΟ.Δ.Ε.Π., καθώς εντάσσεται στην κατηγορία δράσεων που αφορούν την χρήση νέων τεχνολογιών με σκοπό την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων ατόμων και ατόμων με ειδικές ανάγκες και προβλήματα υγείας στην καθημερινή τους ζωή. Ο καινοτομικός της χαρακτήρας προκύπτει από το κύριο στόχο της, που είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ευπαθών ομάδων πληθυσμού μέσω της ανάπτυξης και χρήσης λύσεων ICT (ΤΠΕ) (ΤΠΕ: Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνιών).

Ευρύτερος στόχος της προτεινόμενης κοινωνικής παρέμβασης είναι η πρακτική εφαρμογή του δικαιώματος για πρόσβαση σε απομακρυσμένη ψυχολογική και ιατρική υποστήριξη και συμβουλευτική, για αυτόνομη ασφαλή διαβίωση, για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όλων των δημοτών ειδικότερα δε όσων είναι μοναχικά και έχουν σοβαρό πρόβλημα υγείας όπως ατόμων με ειδικές ανάγκες και γενικότερα ατόμων που χρήζουν συνεχιζόμενης και πιθανώς επείγουσας ανάγκης ψυχολογικής στήριξης, ιατρικής παρέμβασης και παρακολούθησης 24 ώρες το 24ωρο, όλες τις ημέρες του χρόνου.

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΩΦΕΛΗ ΚΑΙ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Σκοπός της προτεινόμενης κοινωνικής παρέμβασης είναι η δημιουργία ενός μηχανισμού υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και παροχής υπηρεσιών τηλεφροντίδας προς τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, στοχεύοντας στην υποστήριξη της αυτόνομης διαβίωσης στο σπίτι τους, στον περιορισμό των μετακινήσεων ατόμων λόγω της πανδημίας, και στην υποστήριξη δημοτών με προβλήματα υγείας ή κοινωνικής απομόνωσης.

Η εξατομικευμένη προσοχή μέσω της τηλεφροντίδας μπορεί να βελτιώσει τις συνθήκες ασφαλείας των ωφελούμενων, να μειώσει το αίσθημα της μοναξιάς στην καθημερινή ζωή, να ενισχύσει την ανεξαρτησία, να ανιχνεύσει και να αποτρέψει επικίνδυνες καταστάσεις. Ταυτόχρονα η τηλεφροντίδα μπορεί να αποσυμφορήσει τις υπηρεσίες του Δήμου Πειραιά από άσκοπο φόρτο εργασίας και να δημιουργήσει ένα πιο αποτελεσματικό μηχανισμό υποστήριξης της αυτόνομης διαβίωσης των ωφελούμενων.

Στα αναμενόμενα οφέλη από την υλοποίηση της προτεινόμενης πράξης είναι:

- η ενίσχυση των υπηρεσιών που παρέχουν σήμερα οι δομές του Δήμου Πειραιά (Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ, Κοινωνικό Παντοπωλείο) με νέες σύγχρονες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας (τηλεϋποστήριξη – τηλεβοήθεια)
- η διεύρυνση του αριθμού των εξυπηρετούμενων πολιτών και το βιώσιμο κόστος παροχής υπηρεσιών (εξοικονόμηση χρημάτων από μετακινήσεις που τώρα πια δεν κρίνονται αναγκαίες, παροχή φθηνότερων μέσων για πρόσβαση και εξυπηρέτηση πολιτών συγκριτικά με το ισχύον σύστημα) μέσω της χρήσης ΤΠΕ για τη μηχανογράφηση και ηλεκτρονική υποστήριξη επιχειρησιακών διαδικασιών όπως: προγραμματισμός ραντεβού, τήρηση Φακέλου Φροντίδας και Ιστορικού Επισκέψεων, απομακρυσμένη ενημέρωση και/ ή πρόσβαση του Φακέλου Φροντίδας, εξυπηρέτηση αιτημάτων

βοήθειας και αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών (μείωση καθυστερήσεων, ταχεία και ποιοτική εξυπηρέτηση)

- η ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της πανδημίας COVID-19 στις ευπαθείς ομάδες μέσω της παροχής απομακρυσμένης και άμεσης ψυχολογικής στήριξης και του περιορισμού των επισκέψεων
- η ενίσχυση της ασφάλειας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού όταν βρίσκονται εντός της οικίας τους, και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ίδιων αλλά και των συγγενών τους, οι οποίοι θα μπορούν να ενημερώνονται και να παρακολουθούν την κατάσταση και την προσωπική ασφάλεια του ανθρώπου
- η βελτίωση της αξιοπιστίας (οι εμπλεκόμενοι μέσα από το ψηφιακό περιεχόμενο θα γνωρίζουν την απαραίτητη πληροφορία με τρόπο ακριβή και διαβαθμισμένο)
- η αύξηση της αποτελεσματικότητας και στη βελτίωση της παραγωγικότητας των εμπλεκόμενων.

Άμεσα ωφελούμενοι της υπηρεσίας μπορούν να είναι δημότες με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι τους, άτομα με αστάθεια ή/και κινητικά προβλήματα, πάσχοντες από χρόνια νοσήματα (διαβήτη, καρδιολογικά προβλήματα, αναπνευστικά προβλήματα, κ.α.), άτομα που χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης, άτομα με ειδικές ανάγκες.

Οι δε έμμεσα ωφελούμενοι της υπηρεσίας δύναται να είναι οι συγγενείς των ωφελούμενων καθώς και το προσωπικό των Κοινωνικών Δομών του Δήμου Πειραιά και της ΚΟ.Δ.Ε.Π..

Ενδεικτικές τεχνικές προδιαγραφές συσκευών

Για την βέλτιστη αποτύπωση των αποτελεσμάτων της προτεινόμενης κοινωνικής παρέμβασης για την προμήθεια και διάθεση συσκευών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας ηλικιωμένων και ατόμων με αδυναμία μετακίνησης, κρίνεται σκόπιμη η αναλυτική παρουσίαση των τεχνικών προδιαγραφών της προτεινόμενης προμήθειας. Η προτεινόμενη κοινωνική παρέμβαση αφορά στην δημιουργία ενός μηχανισμού παροχής υπηρεσιών τηλεφροντίδας προς τους δημότες που χρήζουν ανάγκης υποστήριξης, όπως είναι οι ηλικιωμένοι με προβλήματα υγείας και / ή κινητικά προβλήματα, άτομα με ειδικές ανάγκες, άτομα που χρήσουν ψυχολογικής υποστήριξης, ώστε να εξασφαλίζεται η ασφαλής και αυτόνομη διαβίωση τους στο σπίτι τους.

Η υπηρεσία υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης είναι μια κοινωνική υπηρεσία τηλεφροντίδας που στοχεύει στην υποστήριξη της αυτόνομης διαβίωσης στο σπίτι τους, ατόμων που κινδυνεύουν λόγω ηλικίας, προβλημάτων υγείας ή κοινωνικής απομόνωσης, προσφέροντας εξατομικευμένη προσοχή που μπορεί να βελτιώσει τις συνθήκες ασφαλείας, να μειώσει το αίσθημα της μοναξιάς στην καθημερινή ζωή, να ενισχύσει την ανεξαρτησία, να ανιχνεύσει και να αποτρέψει επικίνδυνες καταστάσεις. Ταυτόχρονα οι υπηρεσίες τηλεφροντίδας προστατεύουν τους ευπαθείς ωφελούμενους από της επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 προσφέροντας υπηρεσίες πρόνοιας εξ' αποστάσεως, μειώνοντας τις μη απαραίτητες μετακινήσεις τους και παρέχοντας ψυχολογική υποστήριξη σε μία ομάδα πληθυσμού που επιβαρύνθηκε περισσότερο από τα μέτρα περιορισμού των μετακινήσεων λόγω πανδημίας.

Η προτεινόμενη κοινωνική παρέμβαση θα έχει κέντρο συντονισμού την Κοινοφελή Δημοτική Επιχείρηση Πειραιά και συγκεκριμένα το επιστημονικό και λοιπό προσωπικό της Πράξης «Δίκτυο πρόληψης και άμεσης κοινωνικής παρέμβασης – Social Innovation Piraeus».

Η επιχειρησιακή λειτουργία της προτεινόμενης παρέμβασης προτείνεται για το χρονικό διάστημα των δώδεκα μηνών, δεδομένης της πιλοτικής της εφαρμογής, περιλαμβάνοντας και ένα κέντρο τηλεφωνικής υποστήριξης των αναγκών των ωφελούμενων δικαιούχων με κάλυψη 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Επιπλέον, θα απαιτηθεί η εξασφάλιση των απαραίτητων υποδομών (χώρος λειτουργίας, τηλεφωνικό κέντρο) καθώς και των ανθρωπίνων πόρων (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, ιατροί) για τη παροχή της υπηρεσιών τηλευποστήριξης και τηλεφροντίδας. Το κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό του φορέα που μετά από διαγωνιστική διαδικασία θα αναλάβει την εκτέλεση της προτεινόμενης κοινωνικής παρέμβασης θα έχει άμεση πρόσβαση στο αρχείο του κάθε ωφελούμενου και θα αποτελείται από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και επαγγελματίες υγείας ώστε να ανταποκρίνεται με τη βοήθεια των τεχνολογικών υποδομών άμεσα σε οποιαδήποτε ανάγκη ή επιθυμία του ωφελούμενου πληθυσμού.

Οι βασικές τεχνικές προδιαγραφές των συστημάτων και συσκευών θα πρέπει να πληρούν κατ' ελάχιστον τις ακόλουθες προδιαγραφές:

1. Για τη παροχή της υπηρεσίας απαιτείται η εφαρμογή λύσεων οι οποίες στηρίζονται σε προϊόντα τηλεφροντίδας που δεν προϋποθέτουν την ύπαρξη κινητού τηλεφώνου και είναι απόλυτα συμμορφούμενες με τα ευρωπαϊκά πρότυπα παροχής υπηρεσιών κοινωνικού συναγερμού και υπηρεσιών κρίσιμων για την ανθρώπινη ζωή (οικογένεια προτύπων EN50134 , <https://www.telecare.ie/elderly-alarm-telecare-standards/>).
2. Για τη παροχή της υπηρεσίας απαιτείται η εφαρμογή λύσεων ώριμων και αξιόπιστων που αποτελούνται από έτοιμο προϊόν λογισμικού και συσκευών με αποδεδειγμένα εγκατεστημένη βάση ώστε να μπορούν να λειτουργήσουν επιχειρησιακά σε σύντομο χρόνο και όχι λύσεις που βασίζονται στην εξαρχής ανάπτυξη λογισμικού και τη διασύνδεση του με συσκευές γενικής χρήσης.

3. Οι συσκευές κοινωνικού συναγερμού και τηλεφροντίδας για την αποστολή σημάτων έκτακτης ανάγκης πρέπει να είναι απλές, κατάλληλες για ηλικιωμένους και όχι γενικής χρήσης τύπου gadgets, με μεγάλη αυτονομία μπαταρίας ώστε να μη χρειάζονται φόρτιση και να είναι συμμορφούμενες με τα πρότυπα EN50134-2 και EN50134-4.
4. Το κέντρο διαχείρισης κλήσεων πρέπει να διαλειτουργεί σε επίπεδο λογισμικού και υλικού άμεσα με τις συσκευές κοινωνικού συναγερμού και τηλεφροντίδας για την αποκατάσταση τηλεφωνικής επικοινωνίας με τον ωφελούμενο και την διαχείριση των τεχνικών σημάτων των συσκευών κοινωνικού συναγερμού με ενιαίο τρόπο (συμμόρφωση με το πρότυπο EN50134-5).
5. Θα πρέπει να εξασφαλίζεται η αδιάλειπτη παροχή της υπηρεσίας με τη λειτουργία κύριας και εφεδρικής εγκατάστασης υποδομών τηλεφωνικού κέντρου, σε διαφορετική γεωγραφική τοποθεσία και σε οργανωμένο και πιστοποιημένο data center.
6. Θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα επέκτασης του συστήματος κοινωνικής φροντίδας για τη παροχή απομακρυσμένων ιατρικών υπηρεσιών με χρήση συμβατών συσκευών.
7. Η υπηρεσία θα πρέπει να είναι απόλυτα σύνομη με το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων.

Αναλυτικά οι προτεινόμενες υπηρεσίες έχουν ως εξής:

1. **Υπηρεσία κατ' οίκον παρακολούθησης με συσκευή παρακολούθησης αυτόνομης διαβίωσης και υποστήριξης ευάλωτων ομάδων.** Στο πλαίσιο παροχής της υπηρεσίας 24ωρης υποστήριξης τοποθετείται στην οικεία του ωφελούμενου μία ψηφιακή συσκευή (PSTN/GSM), η οποία είναι συνδεδεμένη με μια έξυπνη συσκευή. Στην περίπτωση που χρειαστεί ο ωφελούμενος βοήθεια ή χρειαστεί να επικοινωνήσει για λόγους ψυχολογικής υποστήριξης με κοινωνικό επιστήμονα (ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό) ή με υγειονομικό προσωπικό (νοσηλεύτη, γενικό ιατρό / παθολόγο) μπορεί να πιέσει το

κόκκινο κουμπί που υπάρχει στη συσκευή που θα του έχει δοθεί προκειμένου να κληθεί αυτόματα το κέντρο 24ωρης παρακολούθησης και τηλεφωνικής υποστήριξης των ωφελούμενων από την συσκευή και να εξυπηρετηθεί. Η επικοινωνία θα είναι αμφίδρομη με ανοιχτή ακρόαση χωρίς να χρειάζεται να μετακινηθεί από τη θέση του ο ωφελούμενος ή να επιλέξει οποιοδήποτε αριθμό. Μετά την επικοινωνία με τον ωφελούμενο θα διερευνάται από τον σχετικό επαγγελματία βάσει συγκεκριμένου πρωτοκόλλου η ενδεδειγμένη δράση, όπως η κλήση ενός συγγενή, ενός εθελοντή γείτονα ή φροντιστή που έχει δηλωθεί και εφόσον καταστεί αναγκαίο το ΕΚΑΒ, η Πυροσβεστική ή η Άμεση Δράση. Η υπηρεσία θα παρέχεται σε 250 ωφελούμενους για 12 μήνες.

2. **Υπηρεσία κατ' οίκον παρακολούθησης με συσκευή παρακολούθησης αυτόνομης διαβίωσης και ανίχνευση πτώσης για την υποστήριξη ευάλωτων ομάδων.** Επιπλέον της υπηρεσίας 24ωρης υποστήριξης με τοποθετημένη στην οικεία του ωφελούμενου συσκευή (PSTN/GSM), συνδέεται και μια έξυπνη συσκευή χειρός (ανιχνευτής πτώσης). Η συσκευή διαθέτει ειδικό κουμπί παρέχοντας τη δυνατότητα στον ωφελούμενο να επικοινωνήσει με το κέντρο. Επιπλέον η έξυπνη συσκευή χειρός ανιχνεύει αυτόματα τυχόν πτώση του ωφελούμενου και στην περίπτωση αυτή και πάλι αυτόματα καλείται το Κέντρο Υποστήριξης και Δράσης προκειμένου να ξεκινήσει επικοινωνία μαζί του. Μετά την επικοινωνία με τον ωφελούμενο θα διερευνηθεί από το επιστημονικό προσωπικό του Κέντρου η ενδεδειγμένη δράση βάση πρωτοκόλλου. Η υπηρεσία θα παρέχεται σε 50 ωφελούμενους για 12 μήνες. Το Κέντρο 24ωρης υποστήριξης που θα εξυπηρετεί τις παραπάνω υπηρεσίες θα πρέπει να εξασφαλίσει την διαθεσιμότητα σε προσωπικό και υποδομές, για την κάλυψη της ζήτησης στους ωφελούμενους δημότες και κατοίκους του Πειραιά και να έχει αδιάλειπτη λειτουργία και παροχή των προβλεπόμενων υπηρεσιών 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα, για όλο το

χρονικό διάστημα των 12 μηνών. Οι παρεχόμενες υποδομές πρέπει να εξασφαλίζουν redundancy & disaster recovery δυνατότητες. Επίσης το Κέντρο εκτός από τις κατάλληλες κτιριακές και επικοινωνιακές υποδομές θα πρέπει να περιλαμβάνει κατάλληλο εξοπλισμό και λογισμικό για την μηχανογραφική υποστήριξη των επιχειρησιακών διαδικασιών του κέντρου παρακολούθησης και υποστήριξης. Η υποδομή πληροφορικής, η οποία θα παρέχεται με τη μορφή υπηρεσίας θα πρέπει να περιλαμβάνει κατ' ελάχιστον τα ακόλουθα:

- a. Υπηρεσία υποβολής, υποδοχής και διαχείρισης αιτήσεων ωφελούμενων.
- b. Υπηρεσία τήρησης κοινωνικού και ιατρικού ιστορικού ωφελούμενου
- c. Υπηρεσία απομακρυσμένου ελέγχου και μητρώου συσκευών
- d. Υπηρεσία υποδοχής και διαχείρισης ειδοποιήσεων συσκευών
- e. Υπηρεσία τήρησης ιστορικού συμβάντων

Τέλος το προσωπικό του αναδόχου αναφορικά με το τμήμα της παροχής των υπηρεσιών άμεσης ανταπόκρισης και τηλεφροντίδας, θα πρέπει να είναι άρτια καταρτισμένο και εκπαιδευμένο για την υποστήριξη της επιχειρησιακής λειτουργίας του έργου και τη στελέχωση του κέντρου 24ωρης τηλεφωνικής εξυπηρέτησης για την υποστήριξη του συνόλου των ωφελούμενων. Το προσωπικό θα δέχεται απ' ευθείας τις κλήσεις των ωφελούμενων (μέσω των ειδικών συσκευών) και θα ανταποκρίνεται σε αυτές ανάλογα με τις προβλεπόμενες διαδικασίες. Η στελέχωση θα γίνει με ικανό αριθμό ατόμων που διαθέτουν την απαιτούμενη εξειδίκευση σε 24ωρη βάση, 7 ημέρες την εβδομάδα, 365 μέρες, με ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και ιατρούς (γενικό ιατρό ή παθολόγο) με τρεις βάρδιες σε ημερήσια βάση, που θα έχουν την ικανότητα χρήσης των επικοινωνιακών και πληροφοριακών υποδομών του κέντρου τηλεφωνικής εξυπηρέτησης

3. **Προμήθεια Συσκευών κατ' οίκον παρακολούθησης αυτόνομης διαβίωσης για την υποστήριξη ευάλωτων ομάδων (250 τεμάχια).** Οι συσκευές θα διαθέτουν κουμπί με το πάτημα του οποίου ο ωφελούμενος, όποτε ο ίδιος κρίνει απαραίτητο - π.χ. μία ξαφνική αδιαθεσία - να μπορεί να μεταδίδει ασύρματα (ώστε να μπορεί ο ωφελούμενος να την φοράει συνέχεια) μέσω καθιερωμένων πρωτοκόλλων επικοινωνίας, συναγερμό μέσω της απομακρυσμένης συσκευής ελέγχου και επικοινωνίας, στο τηλεφωνικό κέντρο παρακολούθησης και εξυπηρέτησης ηλικιωμένων. Επίσης οι συσκευές (πομπός) θα είναι φορητές ώστε να μπορεί ο ωφελούμενος να την φοράει συνέχεια και να μπορεί να φορεθεί στο λαιμό και στο χέρι ανάλογα με την επιλογή του ωφελούμενου (να περιλαμβάνεται περιλαίμιο και περιβραχιόνιο). Όσο αφορά την μετάδοση δεδομένων θα υπάρχει η δυνατότητα μετάδοσης του σήματος ειδοποίησης που λαμβάνουν από τη συσκευή πομπό ασύρματα μέσω PSTN ή GSM για την αυτόματη ενημέρωση του κέντρου της 24ώρης τηλεφωνικής εξυπηρέτησης. Επιπλέον θα υπάρχει η δυνατότητα επιλογής μέσω κατάλληλης παραμετροποίησης του πρωτοκόλλου επικοινωνίας ανάλογα με το αν ο χρήστης διαθέτει ή όχι σταθερή τηλεφωνική σύνδεση.
4. **Προμήθεια Συσκευών κατ' οίκον παρακολούθησης αυτόνομης διαβίωσης και ανίχνευση πτώσης για την υποστήριξη ευάλωτων ομάδων με ανίχνευση (50 τεμάχια).** Η συσκευή εκτός των λειτουργιών που θα έχει για την κατ' οίκον παρακολούθηση με κουμπί που περιγράφονται παραπάνω, θα έχει και την δυνατότητα ανίχνευσης της πτώσης του κατόχου του ώστε να μεταδίδει μέσω καθιερωμένων πρωτοκόλλων επικοινωνίας, συναγερμό μέσω της απομακρυσμένης συσκευής ελέγχου και επικοινωνίας, στο τηλεφωνικό κέντρο παρακολούθησης και εξυπηρέτησης.

Διαδικασία παροχής υπηρεσιών τηλε-φροντίδας

Τέλος για την οργάνωση, διαμόρφωση και λειτουργία των υπηρεσιών τηλεφροντίδας, θα περιλαμβάνονται επιπρόσθετα και οι παρακάτω υπηρεσίες:

1. Συλλογή και ηλεκτρονική καταχώρηση αιτήσεων και διαδικασίας επιλογής ωφελούμενων. Περιλαμβάνονται οι απαιτούμενες εργασίες για την συλλογή από το προσωπικό της Πράξης και η ηλεκτρονική καταχώρηση των στοιχείων αιτήσεων των ωφελούμενων, στους οποίους θα παρασχεθούν οι κοινωνικές υπηρεσίες. Επίσης περιλαμβάνεται και η ανάπτυξη των πρωτόκολλων παρακολούθησης και παρέμβασης ωφελούμενων.
2. Εγκατάσταση συσκευής και εκπαίδευση στη χρήση για κάθε ωφελούμενο. Η υπηρεσία περιλαμβάνει την επιτόπια (on-site) επίσκεψη από εξειδικευμένο τεχνικό για την τοποθέτηση και εγκατάσταση των ειδικών συσκευών στους ωφελούμενους. Στη διάρκεια της εγκατάστασης γίνονται οι απαιτούμενες δοκιμές ελέγχου, ώστε να εξασφαλίζεται η ορθή λειτουργία και επικοινωνία της συσκευής. Επιπλέον γίνεται αναλυτική επίδειξη της χρήσης της συσκευής στον ωφελούμενο και εκπαίδευση στη χρήση της.

Μεθοδολογία υλοποίησης της προτεινόμενης παρέμβασης

Η προτεινόμενη κοινωνική παρέμβαση θα διαρκέσει 14 μήνες, και θα περιλαμβάνει τα ακόλουθα παραδοτέα σε πακέτα εργασίας:

1. ΠΕ.1 Υπηρεσίες οργάνωσης και διαμόρφωσης της υπηρεσίας. Αφορά το σύνολο των εργασιών που απαιτούνται για την προετοιμασία λειτουργίας της υπηρεσίας και έχει

χρονική διάρκεια 2 μήνες και ολοκληρώνεται πριν την έναρξη του Π.Ε.3. Περιλαμβάνει την υλοποίηση των ακόλουθων εργασιών:

- a. Συλλογή από το επιστημονικό προσωπικό του Social Innovation Piraeus και ηλεκτρονική καταχώρηση στοιχείων των αιτήσεων
 - b. Εγκατάσταση συσκευής και εκπαίδευση στη χρήση για κάθε ωφελούμενο
2. ΠΕ.2 Προμήθεια ειδικού εξοπλισμού. Το πακέτο εργασίας ολοκληρώνεται σε 2 μήνες από την έναρξη του έργου και ολοκληρώνεται πριν την έναρξη του Π.Ε.3. Περιλαμβάνει την υλοποίηση των ακόλουθων εργασιών:
- a. Προμήθεια εξοπλισμού υπηρεσίας αυτόνομης διαβίωσης για την υποστήριξη ευάλωτων ομάδων
 - b. Προμήθεια εξοπλισμού υπηρεσίας αυτόνομης διαβίωσης και ανίχνευση πτώσης για την υποστήριξη ευάλωτων ομάδων
3. ΠΕ.3 Υπηρεσία παρακολούθησης και υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας. Αφορά την επιχειρησιακή λειτουργία της υπηρεσίας 24ωρης παρακολούθησης και τηλεφωνικής υποστήριξης η οποία ξεκινάει με τη λήξη του ΠΕ.1 και Π Ε 2 και διαρκεί 12 μήνες. Περιλαμβάνει την υλοποίηση των ακόλουθων εργασιών:
- a. Υπηρεσία 24ώρης τηλεφωνικής υποστήριξης ωφελούμενων με συσκευή αυτόνομης διαβίωσης για την υποστήριξη ευάλωτων ομάδων και πρόσβασης στην επιστημονική ομάδα του αναδόχου (νοσηλεύτη, γενικό ιατρό ή παθολόγο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό)
 - b. Υπηρεσία 24ώρης τηλεφωνικής υποστήριξης ωφελούμενων με συσκευή αυτόνομης διαβίωσης και ανίχνευση πτώσης για την υποστήριξη ευάλωτων ομάδων και πρόσβασης στην επιστημονική ομάδα του αναδόχου (νοσηλεύτη, γενικό ιατρό ή παθολόγο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό)

Η προτεινόμενη κοινωνική παρέμβαση θα περιλαμβάνει τα ακόλουθα παραδοτέα ανά πακέτο εργασίας:

1. Π.Ε.1 Υπηρεσίες οργάνωσης και διαμόρφωσης της υπηρεσίας. Παραδοτέα:
 - a. Π.1.1: Κατάλογος ωφελούμενων
 - b. Π.1.2: Πρωτόκολλα παρακολούθησης και παρέμβασης ωφελούμενων
 - c. Π.1.3: Κατάλογος εγκαταστάσεων
2. Π.Ε.2 Προμήθεια ειδικού εξοπλισμού. Περιλαμβάνει την υλοποίηση των ακόλουθων εργασιών. Παραδοτέα:
 - a. Π.2.1 Εξοπλισμός υπηρεσίας με συσκευή αυτόνομης διαβίωσης για την υποστήριξη ευάλωτων ομάδων (συσκευή ελέγχου, κουμπί) – 250 τεμάχια.
 - b. Π.2.2 Εξοπλισμός υπηρεσίας με συσκευή αυτόνομης διαβίωσης και ανίχνευση πτώσης για την υποστήριξη ευάλωτων ομάδων (συσκευή ελέγχου, κουμπί με ανίχνευση πτώσης) -50 τεμάχια
3. Π.Ε.3 Υπηρεσία παρακολούθησης και υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης με συσκευή αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας για την υποστήριξη ευάλωτων ομάδων. Παραδοτέα:
 - a. Π.3.1 Υπηρεσία 24ώρης τηλεφωνικής υποστήριξης ωφελούμενων με υπηρεσίες τηλεφροντίδας για 12 μήνες (12 μηνιαίες αναφορές ωφελούμενων και συμβάντων υποστήριξης).
 - b. Π.3.2 Υπηρεσία 24ώρης τηλεφωνικής υποστήριξης ωφελούμενων με υπηρεσίες τηλεφροντίδας και με ανίχνευση πτώσης για 12 μήνες (12 μηνιαίες αναφορές ωφελούμενων και συμβάντων υποστήριξης).

Λειτουργικότητα και αξιοποίηση αποτελεσμάτων της δράσης

Οι επιπτώσεις της προτεινόμενης κοινωνικής παρέμβασης είναι σημαντικές τόσο για την κοινωνική ομάδα που περιλαμβάνει άτομα που ζουν μόνα και είναι χρόνιοι πάσχοντες σε συνθήκες οικονομικής δυσκολίας και κοινωνικής αποξένωσης, όσο και για τους συγγενείς αυτών που λαμβάνουν μία σημαντική υποστήριξη στην φροντίδα των ανθρώπων τους. Οι επιπτώσεις του έργου αφορούν και τον ίδιο τον Δήμο Πειραιά και τον τρόπο που παρέχει προνοιακές υπηρεσίες αφού ενσωματώνονται στον επιχειρησιακό σχεδιασμό του σύγχρονα τεχνολογικά εργαλεία και εφαρμογές υποστήριξης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

Πιο συγκεκριμένα οι βασικές επιπτώσεις του έργου είναι:

- η βελτίωση της ψυχικής υγείας και της ασφαλούς διαβίωσης ηλικιωμένων , δημοτών με προβλήματα υγείας ή ατόμων με ειδικές ανάγκες που κατοικούν μόνοι τους μέσω της κατάλληλης αντιμετώπισης των πιθανών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν
- η ενίσχυση των υπηρεσιών που παρέχουν σήμερα οι δομές του Δήμου με νέες σύγχρονες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και πρόνοιας
- η έγκαιρη και πλήρης ενημέρωση των φροντιστών του Βοήθεια στο Σπίτι, για τις ανάγκες των ωφελούμενων των οποίων είναι φροντιστές
- η τήρηση ηλεκτρονικού και ιατρικού και κοινωνικού ιστορικού
- η ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων στην ψυχική υγεία των μοναχικών ατόμων της πανδημίας COVID-19 μέσω της παροχής απομακρυσμένης και άμεσης ψυχολογικής στήριξης
- η βελτίωση του επιχειρησιακού μηχανισμού προνοιακής φροντίδας των ευπαθών ομάδων και η εξοικονόμηση ανθρώπινων πόρων από την ελαχιστοποίηση των μη απαραίτητων μετακινήσεων.

Διαδικασία προμήθειας συσκευών

Για την υλοποίηση του όλου εγχειρήματος της προτεινόμενης κοινωνικής παρέμβασης, η ΚΟ.Δ.Ε.Π. ως δικαιούχος της Πράξης θα προβεί στην εκπόνηση των τευχών δημοπράτησης για την προμήθεια των συσκευών για την υλοποίηση της πιλοτικής κοινωνικής παρέμβασης ανάπτυξης μηχανισμού παροχής υπηρεσιών υποστήριξης αυτόνομης διαβίωσης και τηλεφροντίδας για τους ηλικιωμένους και άλλες ειδικές ευάλωτες ομάδες στον Δήμο Πειραιά, σύμφωνα με το Ν. 4412/2016 και τις λοιπές ισχύουσες διατάξεις της σχετικής νομοθεσίας με προτεινόμενους crn 33195100-4 - Συστήματα παρακολούθησης/72253100-4 - Υπηρεσίες γραμμής άμεσης βοήθειας. Η ομάδα έργου σε συνεργασία με τις μελετήτριες συγγραφής της μελέτης, έχει ήδη πραγματοποιήσει μία προκαταρκτική έρευνα αγορά και επικοινωνία με τρεις εταιρείες που δραστηριοποιούνται στον χώρο προμήθειας, εγκατάστασης και τεχνικής υποστήριξης έξυπνων συσκευών για την υποστήριξη της αυτόνομης διαβίωσης ευάλωτων ατόμων.

Από την προκαταρκτική έρευνα αγοράς έχει προκύψει το ζήτημα ότι η συγκεκριμένα κοινωνική παρέμβαση, δεδομένου του διττού της χαρακτήρα: α) προμήθεια των απαραίτητων συσκευών και β) παροχή υπηρεσιών τηλεφροντίδας, απαιτεί την εύρεση του κατάλληλου προμηθευτή για την παροχή του συνόλου του προς προμήθεια εξοπλισμού, αλλά και των σχετικών υποστηρικτικών υπηρεσιών.

Ακολουθεί ο συνοπτικός πίνακας κόστους βάσει της πραγματοποιηθείσας έρευνας αγοράς.

Αναλυτικά οι προσφορές της έρευνας αγοράς δίνονται στο Παράρτημα 6 της παρούσης.

Πίνακας 41: Εκτίμησης κόστους προμήθειας

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ (ΜΗΝΕΣ)	ΕΤΑΙΡΕΙΑ 1	ΕΤΑΙΡΕΙΑ 2	ΕΤΑΙΡΕΙΑ 3	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ (ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ)
					ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΕ ΦΠΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΕ ΦΠΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΕ ΦΠΑ	
Α. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΚΑΙ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΣΥΣΚΕΥΩΝ								
Προμήθεια εξοπλισμού συσκευών παρακολούθησης αυτόνομης διαβίωσης και υποστήριξης ευάλωτων ομάδων	Οι συσκευές θα διαθέτουν κουμπί πανικού με το πάτημα του οποίου ο ωφελούμενος, όποτε ο ίδιος κρίνει απαραίτητο - π.χ. μία ξαφνική αδιαθεσία - να μπορεί να μεταδίδει ασύρματα (ώστε να μπορεί ο ωφελούμενος να την φοράει συνέχεια) μέσω καθιερωμένων πρωτοκόλλων επικοινωνίας, συναγερμό μέσω της απομακρυσμένης συσκευής ελέγχου και επικοινωνίας, στο τηλεφωνικό κέντρο παρακολούθησης και εξυπηρέτησης ηλικιωμένων. Επίσης οι συσκευές (πομπός) θα είναι φορητές ώστε να μπορεί ο ωφελούμενος να την φοράει συνέχεια και να μπορεί να φορεθεί στο λαιμό και στο χέρι ανάλογα με την επιλογή του ωφελούμενου (να περιλαμβάνεται περιλαίμιο και περιβραχιόνιο). Όσο αφορά την μετάδοση δεδομένων θα υπάρχει η δυνατότητα μετάδοσης του σήματος ειδοποίησης που λαμβάνουν από τη συσκευή πομπό ασύρματα μέσω PSTN ή GSM για την αυτόματη ενημέρωση του κέντρου της 24ώρης τηλεφωνικής εξυπηρέτησης. Επιπλέον θα υπάρχει η δυνατότητα επιλογής μέσω κατάλληλης παραμετροποίησης του πρωτοκόλλου επικοινωνίας ανάλογα με το αν ο χρήστης διαθέτει ή όχι σταθερή τηλεφωνική σύνδεση.	Τεμάχια	250	Κατ' αποκοπή	97.500,00 €	24.769,00 €	31.000,00 €	51.089,67 €
Προμήθεια εξοπλισμού συσκευών παρακολούθησης αυτόνομης διαβίωσης και υποστήριξης ευάλωτων ομάδων με δυνατότητα ανίχνευσης πτώσης	Η συσκευή εκτός των λειτουργιών που θα έχει για την κατ' οίκον παρακολούθηση με κουμπί πανικού που περιγράφονται παραπάνω, θα έχει και την δυνατότητα ανίχνευσης της πτώσης του κατόχου του ώστε να μεταδίδει μέσω καθιερωμένων πρωτοκόλλων επικοινωνίας, συναγερμό μέσω της απομακρυσμένης συσκευής ελέγχου και επικοινωνίας, στο τηλεφωνικό κέντρο παρακολούθησης και εξυπηρέτησης.	Τεμάχια	50	Κατ' αποκοπή	22.500,00 €	4.953,80 €	9.300,00 €	12.251,27 €
Εγκατάσταση συσκευών και πληροφοριακού συστήματος παρακολούθησης κλήσεων και ιατρικού φακέλου & επίδειξη συσκευής στους ωφελούμενους	Εγκατάσταση συσκευής και εκπαίδευση στη χρήση για κάθε ωφελούμενο. Η υπηρεσία περιλαμβάνει την επίτοπια (on-site) επίσκεψη από εξειδικευμένο τεχνικό και/ή φροντιστή του Βοήθεια στο Σπίτι για την τοποθέτηση και εγκατάσταση των ειδικών συσκευών στους ωφελούμενους. Στη διάρκεια της εγκατάστασης γίνονται οι απαιτούμενες δοκιμές ελέγχου, ώστε να εξασφαλίζεται η ορθή λειτουργία και επικοινωνία της συσκευής. Επιπλέον γίνεται αναλυτική επίδειξη της χρήσης της συσκευής στον ωφελούμενο και εκπαίδευση στη χρήση της. Συλλογή και ηλεκτρονική καταχώρηση αιτήσεων και διαδικασίας επιλογής ωφελούμενων. Περιλαμβάνονται οι απαιτούμενες εργασίες για την συλλογή από το προσωπικό των Κοινωνικών Δομών του Δήμου και η ηλεκτρονική καταχώρηση των στοιχείων αιτήσεων των ωφελούμενων, στους οποίους θα παρασχεθούν οι κοινωνικές υπηρεσίες. Επίσης περιλαμβάνεται και η ανάπτυξη των πρωτοκόλλων παρακολούθησης και παρέμβασης ωφελούμενων.	Ωφελούμενοι	300	Κατ' αποκοπή	130.200,00 €	0,00 €	130.200,00 €	86.800,00 €
Β. ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΛΕΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ								
Υπηρεσία 24ώρης τηλεφωνικής υποστήριξης ωφελούμενων με υπηρεσίες τηλεφροντιδας	Παροχή υπηρεσίας 24/7 για 12 μήνες με αυτόματη σύνδεση της συσκευής με ομάδα επιστημονικού προσωπικού (είτε εξοικονομημένα είτε μέσω call center επαγγελματιών υγείας) με τις ακόλουθες ειδικότητες: νοσηλεύτρις, γενικός ιατρός ή παθολόγος, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος.	Ωφελούμενοι / μήνα	300	12	333.594,72 €	446.400,00 €	352.075,68 €	377.356,80 €
ΤΕΛΙΚΑ ΚΟΣΤΗ (συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ 24%)					583.794,72 €	476.122,80 €	522.575,68 €	527.497,73 €

Πηγή: Έρευνα αγοράς ΚΟΔΕΠ, 2021

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πρόταση πιλοτικής κοινωνικής παρέμβασης μέσω απομακρυσμένης υπηρεσιών ιατρο-νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε χρόνια πάσχοντες 65 ετών και άνω καθώς και ΑμεΑ, αποτελεί μια πρωτοπόρα, καινοτόμα δράση η οποία αποσκοπεί στην άρση των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων, στην ενίσχυση της σωματικής και ψυχικής υγείας των πολιτών του Πειραιά και θέτει τις βάσεις για την επέκταση αντίστοιχων μελλοντικών παρεμβάσεων, οι οποίες θα στοιχειοθετήσουν μία τοπική κοινωνία, πιο ανοιχτή, πιο ανθρώπινη, που θα δύναται να ευημερεί και που προάγεται μέσω αυτής, το αναφαίρετο δικαίωμα όλων στη Νοσηλευτική φροντίδα και Πρωτοβάθμια Υγεία.

Έτσι, ο Δήμος Πειραιά και η ΚΟ.Δ.Ε.Π., πρωτοπορώντας και με γνώμονα τον πολίτη του σήμερα, αλλά και του χθες, προτείνει την παροχή των εργαλείων εκείνων που θα προάγουν την ευδόκιμη γήρανση, την ποιότητα ζωής ατόμων με προβλήματα σωματικής, ψυχικής υγείας και κινητικότητας και εν τέλει την άρση των ανισοτήτων και του κοινωνικού αποκλεισμού, αποσκοπώντας όχι μόνο στην κάλυψη των παροχών υγείας των πολιτών του αλλά και στην προσωπική ανέλιξη, η οποία με την σειρά της θα οδηγήσει στο όφελος του συνόλου της τοπικής κοινωνίας.

Η κοινωνία μας, είναι απαραίτητο να αξιοποιήσει με τον καλύτερο τρόπο την δυναμική των ηλικιωμένων, την πολύτιμη εμπειρία τους και την ενεργό συμμετοχή τους και σε πολιτικό, νομοθετικό και ουσιαστικό επίπεδο, οφείλει να προάγει και να διατηρεί τις προϋποθέσεις που συμβάλλουν στα κατοχυρωμένα δικαιώματά τους, όπως: σύνταξη, ιατρική περίθαλψη, συμμετοχή στα κοινά ώστε να μπορούν να δώσουν βάρος στην προσωπική τους εξέλιξη, στην απόκτηση ενδιαφερόντων, στην σύναψη και διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Αμίτσης, Γ. (1993). Το θεσμικό πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής σε σχέση με τις λιγότερο ευνοημένες ομάδες. Αθήνα: Πράξις
2. Δαρδαβέσης, Θ. , Ι., Κωσταρίδου- Ευκλείδη, Α. και Χουσιάδας, Λ. Β.(1999). Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
3. Δόντας, Α. (1981). Η Τρίτη ηλικία-προβλήματα και δυνατότητες. Αθήνα: Γ.Κ. Παρισιάνος
4. «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus»: Έτησια Δημοτική Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης για το 2020', Πειραιάς, Μάρτιος-Απρίλιος 2021.
5. ΕΚΚΕ-ΙΚΠ - Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών – Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής, (2015). Ερευνητικό πρόγραμμα Σύσταση Παρατηρητηρίου Καταπολέμησης των διακρίσεων, Το Θεσμικό πλαίσιο καταπολέμησης των διακρίσεων, σελ. 8-9. [http://www.eif.gov.cy/mlsi/dl/genderequality.nsf/0/24C8142C925A4A5CC2257A750029F715/\\$file/Framework_el.pdf](http://www.eif.gov.cy/mlsi/dl/genderequality.nsf/0/24C8142C925A4A5CC2257A750029F715/$file/Framework_el.pdf) (πρόσβαση 03.12.21)
6. Έμκε- Πουλοπούλου, Η. (1999). Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον. Αθήνα: Έλλην
7. ΕΣΑμεΑ, (2020). 8ο Δελτίο Στατιστικής Πληροφόρησης του Παρατηρητηρίου Θεμάτων Αναπηρίας. <https://www.esamea.gr/publications/others/5099-8o-deltio-statistikis-pliroforisis-ftoxeia-kai-koinonikos-apokleismos-sta-atoma-me-anapiria> (πρόσβαση 03.12.21)
8. Ζαϊμάκης, Γ. και Κανδυλάκη, Α. (2015). Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας. Μορφές

- παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες. Αθήνα: Εκδόσεις: Κριτική
9. Καλλινικάκη, Θ. (1998). Εισαγωγή στην θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
 10. Καινοτόμα επιχειρηματικά δίκτυα ανάπτυξης, (2021), Σχέδιο του “Μοντέλου Ενεργειών Παρέμβασης” του Social Innovation Piraeus, στο πλαίσιο του Έργου με τίτλο «Παροχή εξειδικευμένων συμβουλευτικών υπηρεσιών» της Πράξης «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus» με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5060900, Μάιος 2021.
 11. Καυταντζόγλου, Ι. (2006). Κοινωνικός αποκλεισμός: Εκτός, εντός και υπό. Αθήνα: εκδ. Σαββάλα, σελ.12.
 12. Κολυζά, Α. (2019). Βελτίωση ποιότητας και καλές πρακτικές σε δομές για άτομα Τρίτης ηλικίας. ΠΜΣ Δημόσια Διοίκηση, Τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
 13. Κονταξάκης, Χ. (2000). Η τρίτη Ηλικία. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα
 14. Κονταξάκης, Β. (2000). Ψυχιατρική. Συλλογικό έργο, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις
 15. Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α., (1999). Γήρας και υγεία στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
 16. Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999). Ψυχολογία κινήτρων. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
 17. Λασιθιωτάκη, Μ. «Ο φαύλος κύκλος των διακρίσεων : άγχος και ματαίωση από τον κοινωνικό αποκλεισμό και το trafficking», <http://www.2search.gr/psychology/view.asp?> (πρόσβαση 08.12.21).
 18. Μαδιανός, Μ. (2000). Κοινωνική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη
 19. Μαδιανός, Μ. (2000). Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις

Καστανιώτη

20. Μαλγαρινού, Μ., Γούλια, Ε. (1986). Η Νοσηλεύτρια κοντά στον Υπερήλικα. Αθήνα
21. Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2003). Η ψυχολογία της γήρανσης. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
22. Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2003). Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση. Ψυχολογία. 10, 2 & 3, 295-309.
23. Μάρδας Γεώργιος επιμ., Κοινωνική πολιτική εκπαίδευση και οικονομία. Θεωρία – Διοικητική – Εθνικό και διεθνές πεδίο, ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ, 2000
24. Μεταξάς, Σ. (μτφρ). Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
25. Ματσαγγάνης, Μ., Λεβέντη, Χ., Καναβίτσα, Ε. (2013). Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα της κρίσης. Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής. http://www.paru.gr/files/newsletters/NewsLetter_01.pdf (πρόσβαση 03.12.21)
26. Ματσαγγάνης, Μ., Λεβέντη Χ. (2014). Η ανατομία της φτώχειας στην Ελλάδα του 2013. Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής, Ενημερωτικό Δελτίο 5/2013. σελ. 6-7. http://www.paru.gr/files/newsletters/NewsLetter_05.pdf (πρόσβαση 03.12.21)
27. Μπαμπινιώτης, Γ. (2011). Λεξικό Συνωνύμων και Αντωνύμων της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, Αθήνα: Κέντρο λεξικολογίας
28. Ξωχέλλης Παναγιώτης, Εισαγωγή στην παιδαγωγική/θεμελιώδη προβλήματα της παιδαγωγικής επιστήμης, ΑΦΟΙ ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ, 2018
29. ΟΚΕ -Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδος, (2014). Γνώμη πρωτοβουλίας: Το κοινωνικό δίκτυ ασφαλείας για τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής. Προτάσεις και μέτρα πολιτικής, σελ. 2. http://www.oke.gr/opinion/op_301.pdf (πρόσβαση 04.12.21)
30. Πλατή, Χ. (2000). Γεροντολογική Νοσηλευτική. Αθήνα: Εκδόσεις Παπανικολάου
31. Ρουπακιώτης, Χ. (2015). Με τη Λόπη. Αθήνα: Εκδόσεις Σύγχρονη Εποχή

32. Σιορίκη, Π. (2021). Η μοναχικότητα στους ηλικιωμένους. Διπλωματική Εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Διαπανεπιστημιακό ΜΠΣ «Διαχείριση γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων». <https://apothesis.eap.gr/bitstream/repo/50988/1> Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (πρόσβαση 07.12.21).
33. Slater, R. (2003). Γηρατειά θλιμμένος χειμώνας ή δεύτερη Άνοιξη; Η ψυχολογία της γήρανσης
34. Σταθόπουλος, Π. (2015). Κοινωνική Πρόνοια. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης
35. Στασινοπούλου Ο., (1996), Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής. Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμό. Φροντίδα και γήρανση. Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg
36. Τσαούσης Δημήτριος, Χρηστικό λεξικό κοινωνιολογίας, Σειρά Κοινωνιολογική και ανθρωπολογική βιβλιοθήκη 11, GUTENBERG, 1989
37. Τεπέρογλου Α., (1994), Ο θεσμός Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων: στασιμότητα ή εξέλιξη;, στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ. (επιμ.), Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας
38. Τεπέρογλου, Α. (2004). Ο ηλικιωμένος και η οικογένειά του. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg
39. Τζημουράκης, Α. (1989). Τα γηρατειά και τα προβλήματά τους. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις: Μέλισσα
40. ΦΕΚ 16 Α΄/27.1.2015. 52 Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών – Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής (ΕΚΚΕ-ΙΚΠ), Ερευνητικό πρόγραμμα «Σύσταση Παρατηρητηρίου Καταπολέμησης των διακρίσεων». Ν. Σαρρής, σελ. 8-9.
41. Χριστοδουλοπούλου, Δ. (2021). Η παραμέληση και η εγκατάλειψη ως ένα «Κοινωνικό Δημιούργημα». <https://www.lifelinehellas.gr/> (πρόσβαση 07.12.21).

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), e256.
2. Chen, D., Yang, X., & Aagard, S. D. (2012). The empty nest syndrome: Ways to enhance quality of life. *Educational Gerontology*, 38(8), 520-529.
3. Biggs, S., Fredvang, M. & Haapala, I., (2013). Not in Australia Migration, work, and age discrimination. *Australasian Journal on Ageing*, 32(2), 125- 129
4. Bloom, S. Engelhart, D., Furst, J., Hill, H., Krathwohl, R. (1956). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay Company.
5. Bloom, M. and Monro, A., (1972). Social Work and the Aging Family. *The Family Coordinator* [Online], 21(Aging and the Family), 103-115. Διαθέσιμο από: <http://www.jstor.org/s> (πρόσβαση 02.12.21)
6. Dziechciaz, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age.
7. Foster, L. & Walker, A. (2014, May 20). Active and Successful Aging:A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, 1(55), σσ. 83-90 <https://doi.org/10.1093/geront/gnu028> (πρόσβαση 04.12.21)
8. Gaspar,T., Rebelo,C., Matos,G. (2017). Psychological and Social Factors That Influence Quality of Life: Gender, Age and Professional Status Differences. *Psychological Research*, 7(9), σσ. 489-498.
9. Griffin, J.J., (1945). The Growing Problem of the Aged. *Social Service Review*, 19(4), 506-515
10. Hayflick, L. (1985). Theories of biological aging. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0531556585900324> (02/12/21)

11. Judge, L. (2008). The Rights of Older People: International Law, Human Rights Mechanisms and the Case for New Normative. <http://globalag.igc.org/elderrights/world/2008/internationallaw.pdf>. (02.12.21)
12. Martin,P. et al. (2015). Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? The Gerontologist, 1(55), 14-25 <https://doi.org/10.1093/geront/gnu044> (03.12.21)
13. Moody,H.R. (2015). From successful aging to consious aging . New York : Springer.
14. Morrow-Howell,N et al. (2001). Productive Aging in historical perspective . Στο W. Achenbaum, Productive Aging:Concepts and Challenges (σσ. 19-36). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
15. Parlapani, E., Holeva, V., Nikopoulou, V. A., Sereslis, K., Athanasiadou, M., Godosidis, A., & Diakogiannis, I. (2020). Intolerance of uncertainty and loneliness in older adults during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 11, 842.
16. Parsons Talcott, The School Class as a Social System: Some of its Functions in American Society, in *Harvard Educational Review*: 29 (4), pp297-318, 1959
17. Rodney, T., Josiah, N., & Baptiste, D. L. (2021). Loneliness in the time of COVID-19: Impact on older adults. *Journal of advanced nursing*.
18. Rowe, W. & Kahn, L. (1997). Successful Aging. *The Gerontological Society of America*, 4(37), σσ. 433-440.
19. Spielman, P. (1986). Psychoanalysis and Infant Research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. <https://doi.org/10.1177/000306518603400113> (πρόσβαση 03.12.21)
20. Spielman, B.J., 1986. Rethinking paradigms in geriatric ethics. *Journal of Religion & Health*, 25(2), 142-148
21. Sung, K. and Dunkle, R.E., 2009. How Social Workers Demonstrate Respect for Elderly Clients. *Journal of Gerontological Social Work*, 52(3), 250-260
22. Shuja, K. H., Aqeel, M., Khan, E. A., & Abbas, J. (2020). Letter to highlight the effects of

- isolation on elderly during COVID-19 outbreak. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(12), 1477-1478.
23. Walker, A & Maltby, T. (2012). Active Ageing: A strategic Policy solution to demographic Ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, doi:10.1111/j.1468-2397.201200871.x(17), σσ. 117-130.
24. World Health Organization, (2020, 03 09). who.int. Ανάκτηση από <https://www.who.int/ageing/en/> (03.12.2021)
25. Wykle, M. et al. (2015). *Successful aging through the life span: Intergenerational issues in Health*. New York: Springer.
26. United Nations Population Fund (2020). *Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights for Women and Young Persons with Disabilities*. <https://www.unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities>
27. Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443-449.
28. Yip, P. S. F., Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Law, Y. W. (2010). The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(2), 86–92.

Πηγές από το διαδίκτυο

1. Βολίκας, Κ. (2004) Ανθρώπινη Μακροβιότητα. <http://helios-eie.ekt.gr/> (πρόσβαση 02.12.21)
2. Δελτίο τύπου: Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών: Έτος 2020 (Περίοδος αναφοράς στοιχείων της μελέτης εισοδήματος: Έτος 2019)

- <https://www.statistics.gr/documents/20181/e944c120-8160-e879-8ca6-203c8f298156>
3. Δήμος Αθηναίων, <http://www.cityofathens.gr/> (πρόσβαση 02.12.21)
 4. Διάπλασις, <https://www.diaplasis.eu/> (πρόσβαση 04.12.21)
 5. Κοσμοϊατρική, <https://kosmoiatriki.com/i-monaksia-tis-tritis-ilikias/> (03.12.21)
 6. Παπαδημητρίου, Κ. (2004) Οι συνέπειες από τη γήρανση του πληθυσμού <http://news.kathimerini.gr/> (πρόσβαση 02.12.21)
 7. Πάγνη, <http://www.pagni.gr:8081/> (πρόσβαση 02.12.21)
 8. Παπάνης, Ε. (2007) «Η Τρίτη ηλικία». <http://epapanis.blogspot.gr/> (πρόσβαση 02.12.21)
 9. Τσακρακλίδης, Β. (2007) «Η Βιολογία του Γήρατος». <http://www.hygeia.gr/> (02.12.21)
 10. Συνεργάζομαι: συμβουλευτικό κέντρο ενηλίκων και παιδιών, <http://www.synergazomai.gr/> (πρόσβαση 02.12.21)
 11. Alzheimer's Association International Conference (2021). Article assessable at: <https://www.alz.org/aaic/overview.asp> (πρόσβαση 07.12.21).
 12. ESC European Society of Cardiology (2020). https://www.escardio.org/static-file/Escardio/EducationGeneral/Topic%20pages/Covid19/Documents/Patient%20Q_A-a4-Greek-HD.pdf (πρόσβαση 08.12.21).
 13. AGE Platform Europe, <http://www.age-platform.eu/> (πρόσβαση 02.12.21)
 14. Ertnews.gr (2021): στη διαδικτυακή διεύθυνση: <https://www.ertnews.gr/eidiseis/mono-sto-ertgr/monaxia-kai-apomonosi-stin-triti-hlikia-eimai-moni-niotho-oti-vriskomai-se-ena-erimo-nisi/> (07.12.21).
 15. Eurostat, Real GDP growth rate – volume <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tec00115> (πρόσβαση 04.12.21)
 16. Greek Affair, <https://www.greekaffair.news/triti-ilikia-i-monaxia-kai-i-koinoniki-apomonosi-oi-simantikotes-dyskolies/> (πρόσβαση 03.12.21)
 17. Judge, L. (2007). The Rights of Older People: International Law, Human Rights

- Mechanisms and the Case for New Normative Standards». <http://www.globalaging.org>
(πρόσβαση 02.12.21)
18. Gerontologist, 1(55), σσ. 83-90 <https://doi.org/10.1093/geront/gnu028>. (πρόσβαση 04.12.21)
19. Marketing Lexicon, <http://marketing-lexicon.pblogs.gr/> (πρόσβαση 02.12.21)
20. OHCHR, <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/GreekGuidance.pdf>
(πρόσβαση 03.12.21)
21. Oasis, <https://www.oasishome.gr/monaksia-sti-triti-ilikia/> (πρόσβαση 03.12.21)
22. Prolepsis, (2020) <https://www.prolepsis.gr/assets/uploads/COVID-19-ΗΛΙΚΙΟΜΕΝΟΙ.pdf>
(πρόσβαση 07.12.21).
23. Prolepsis, (2021): <https://www.prolepsis.gr/gr/programs/programma-filia-se-kathe-ilikia-gia-tin-katapolemisi-tis-monaxias-kai-koiononikis-αρομονosis-ton-ilik> (πρόσβαση 07.12.21).
24. United States Census Bureau, <http://www.census.gov/> (πρόσβαση 02.12.21)
25. Unesco, Λεξικό κοινωνικών επιστημών, ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ, 1972
26. Wikipedia, <http://el.wikipedia.org/wiki/> (πρόσβαση 02.12.21)
27. Wikipedia, <http://wikipedia.gwika.com/> (πρόσβαση 02.12.21)
28. [http://www.eif.gov.cy/mlsi/dl/genderequality.nsf/0/24C8142C925A4A5CC2257A750029F715/\\$file/ Framework_el.pdf](http://www.eif.gov.cy/mlsi/dl/genderequality.nsf/0/24C8142C925A4A5CC2257A750029F715/$file/Framework_el.pdf) (πρόσβαση 04.12.21)
29. who.int. (2020), <https://www.who.int/ageing/en/> (πρόσβαση 03.12.21)



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1-Ερωτηματολόγιο έρευνας πεδίου

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ (65+) ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ

Το παρόν ερωτηματολόγιο εντάσσεται στα πλαίσια διερεύνησης των αναγκών της τρίτης ηλικίας (65+) Δήμου Πειραιά, με σκοπό την αποτύπωσή τους και χρήση τους σε περαιτέρω μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων γίνεται διατηρώντας την πλήρη ανωνυμία των συμμετεχόντων και οι απαντήσεις θα αναλυθούν ποσοτικά και ποιοτικά.

Τα δεδομένα συλλέγονται από την ομάδα έργου της Πράξης «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά –Social Innovation Piraeus» με mis 5060900, η οποία υλοποιείται από την ΚΟ.Δ.Ε.Π. και στόχο έχει τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των δράσεων κοινωνικής ένταξης και καταπολέμησης της φτώχειας και των διακρίσεων, μέσω της μεθοδολογικής και λειτουργικής ενοποίησης των παρεμβάσεων, του συντονισμού και της παρακολούθησης των δράσεων κοινωνικής συνοχής που συντελούνται στο Δήμο Πειραιά, τόσο από τον ίδιο το Δήμο, όσο και από άλλους φορείς και κοινωνικά δίκτυα. Τα δεδομένα αυτά θα αναλυθούν από το επιστημονικό προσωπικό της Πράξης.

Με το παρόν οι συμμετέχοντες δίνουν την συγκατάθεσή τους για την επεξεργασία των δεδομένων που θα παρέχουν, από την Ομάδα Έργου, έχοντας διασφαλίσει την πλήρη ανωνυμία τους.

Κοινωνικός Λειτουργός:.....

Ημερομηνία:.....

Κωδικός SIP:

Δημοτική Κοινότητα:

Ο συμμετέχων ενημερώθηκε και συμφώνησε για την επεξεργασία των δεδομένων, καθώς οι συνεντεύξεις γίνονται τηλεφωνικά:

<input type="checkbox"/>	Ναι
<input type="checkbox"/>	Όχι

[Εάν η απάντηση είναι όχι, δεν συνεχίζετε την διαδικασία και, ευχαριστείτε.]

Πρόλογος Κοινωνικού Λειτουργού:

Σας καλούμε από το Δήμο Πειραιά και πιο συγκεκριμένα από την ΚΟ.Δ.Ε.Π.

Τηλεφωνούμε γιατί κάνουμε μία έρευνα με σκοπό το σχεδιασμό δράσεων για άτομα που έχουν ηλικία 65 και άνω, με χρόνια νόσημα ή μη.

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Οικογενειακή κατάσταση;

<input type="checkbox"/>	Άγαμος /η
<input type="checkbox"/>	Έγγαμος/η
<input type="checkbox"/>	Σε διάσταση
<input type="checkbox"/>	Διαζευγμένος/η
<input type="checkbox"/>	Χήρος/α

Έχετε τέκνα;

Ναι. Αν ναι πόσα; ___

Όχι

Στο διαμέρισμα που είστε, ζείτε:

Με την σύζυγο.

Με την σύζυγο και τα τέκνα/ προστατευόμενα μέλη

Μόνος/η

Αν συγκατοικείτε με τα τέκνα, ποιος είναι ο βασικός λόγος συγκατοίκησης;

Ανεργία/ Οικονομικοί Λόγοι του ατόμου ή τέκνων.

Λόγοι υγείας του ίδιου (Δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης)

Άλλο: _____

Το εισόδημα μας προέρχεται:

Σύνταξη

Επίδομα Αναπηρίας (με ποσοστό αναπηρίας >67%)

Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α)

Εργασία με ένσημα

Μεροκάματα (Εργασία χωρίς ένσημα)

Άλλο _____

2. ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

Πως κρίνεται την κατάσταση υγείας σας;

Καθόλου καλή

- Λίγο καλή
- Μέτρια
- Πολύ καλή
- Εξαιρετική

Έχετε την δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης;

- Ναι
- Όχι

Έχετε κάποιο χρόνιο νόσημα, τους τελευταίους 6 μήνες ή περισσότερο;

- Ναι.
- Όχι

Αν ναι, ονομάστε το:

- Καρδιαγγειακές Παθήσεις** (συμπεριλαμβάνονται και τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Νοσήματα, οι Καρδιακές Ανεπάρκειες, οι Ισχαιμικές Καρδιοπάθειες κ.ά.)
- Καρκίνοι – Κακοήθεις Νεοπλασίες**
- Χρόνιες Πνευμονοπάθειες** (Χρόνια Νοσήματα των Πνευμόνων, όπως το Βρογχικό Άσθμα (Β.Α.) και η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.)
- Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου - 2**
- Άλλο** _____

Αν ναι, έχετε πιστοποίηση αναπηρίας (με ποσοστό >65%), τους τελευταίους 6 μήνες ή περισσότερο;

- Ναι.
- Όχι

Αν ναι, έχετε την οικονομική δυνατότητα ιατρικής παρακολούθησης και αγοράς φαρμάκων

Ναι

Όχι

Σε σύγκριση με πριν από ένα έτος πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας σήμερα ;

Χειρότερη

Ίδια

Καλύτερη

3. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Έχετε κάποιο άτομο να μοιράζεστε τις ανησυχίες και τους φόβους σας;

Ναι

Όχι

Αν ναι, τι σχέση έχετε μαζί του;

Τέκνο

Συγγενής

Γείτονας

Φίλος

Άλλο: _____

Οι συνθήκες πανδημίας που επέφερε ο covid19 (π.χ.: lockdown), σας δημιούργησε αρνητικά συναισθήματα;

- Ναι
 Όχι

Το χρονικό διάστημα των 2 τελευταίων ετών, οι επιπτώσεις της πανδημίας μάς έχουν απομονώσει όλους, εσείς καταφέρατε μέσω των κοινωνικών δράσεων της ΚΟ.Δ.Ε.Π. και του Δήμου Πειραιά εν γένει να καλύψετε το κενό της επικοινωνίας είτε με οικεία πρόσωπα είτε με εξειδικευμένους επιστήμονες (π.χ. ψυχολόγους κλπ), προκειμένου να βελτιωθεί η μοναξιά στην καθημερινότητά σας;

- Ναι
 Όχι

Θα σας βοηθούσε να υπήρχαν υπηρεσίες και μια γραμμή επικοινωνίας για ώρα ανάγκης;

- Ναι
 Όχι¹⁰⁴

¹⁰⁴Αναρτημένο στο διαδίκτυο:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfwCDoLGZE825CXNf6gbnvDgBk0_AsbeQbGGqcoVg-eaC8fmw/viewform

Παράρτημα 2-Προσκλήσεις δράσεων σχετιζόμενες με ΟΧΕ/ΒΑΑ Πειραιά

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ 1Η

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «Αττική»

ΑΞΟΝΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ: 09 «Πρώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής» Ο ΟΠΟΙΟΣ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) ΜΕ ΤΙΤΛΟ «Βελτίωση Δεξιοτήτων Ανέργων που ανήκουν σε Ευπαθείς Ομάδες μέσω Κατάρτισης που οδηγεί σε Πιστοποίηση και συνοδευτικές δράσεις προώθησης στην απασχόληση και την επιχειρηματικότητα»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ

Η Πρόσκληση αφορά την υλοποίηση της Δράσης με κωδικό 9.1.2.Ε.Φ.Δ ΠΕΙΡΑΙΑ με αντικείμενο τη βελτίωση των δεξιοτήτων Ανέργων που ανήκουν σε Ευπαθείς Ομάδες, μέσω Κατάρτισης που οδηγεί σε Πιστοποίηση και εντάσσεται στην Παρέμβαση με κωδικό Π-17 της εγκεκριμένης ΒΑΑ/ΟΧΕ του Δήμου Πειραιά.

Σκοπό της προτεινόμενης Δράσης αποτελεί η παροχή δέσμης συνεκτικών υποστηρικτικών ενεργειών σε 200 ωφελούμενους ανέργους ειδικών κοινωνικών ομάδων της Πόλης του Πειραιά από 30 ετών και άνω (π.χ. μακροχρόνια άνεργοι, οικονομικά μη-ενεργά άτομα και ευάλωτες ομάδες, με έμφαση στους δικαιούχους του Κοινωνικού Εισοδήματος Αλληλεγγύης), με στόχο την ενίσχυση και ανάπτυξη των επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων τους και την προώθησή τους στην απασχόληση, οι οποίες θα περιλαμβάνουν:

- εξατομικευμένη επαγγελματική συμβουλευτική, mentoring κ.λπ.
- υλοποίηση εξειδικευμένων προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης
- πιστοποίηση των γνώσεων και δεξιοτήτων των ωφελουμένων

Η Δράση συμβάλλει:

- στη συμπλήρωση, ενίσχυση και αναβάθμιση γενικών και ειδικών επαγγελματικών δεξιοτήτων των ανέργων που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες στην Πόλη του Πειραιά, ώστε να οδηγηθούν σε πιστοποίηση και απόκτηση προσόντων και έτσι να διασφαλισθεί η προώθηση, πρόσβαση και επανένταξή τους στην αγορά εργασίας,
- στη διεύρυνση των δυνατοτήτων απασχόλησης των ωφελούμενων,
- στην πρόληψη και καταπολέμηση των διακρίσεων και στην ομαλή κοινωνική ένταξη των ωφελούμενων της Δράσης.

Η εκπόνηση του Σχεδίου Δράσης για τη στοχοθέτηση και το περιεχόμενο της κατάρτισης στηρίζεται:

- στην αξιολόγηση του δυναμισμού των κλάδων της Πόλης του Πειραιά, με βάση την επεξεργασία και αξιολόγηση επίκαιρων στοιχείων που προέρχονται από τον Εθνικό Μηχανισμό Διάγνωσης των Αναγκών της Αγοράς Εργασίας (ΕΜ ΔΑΑΕ, www.eiead.gr),
- στις ανάγκες των επιχειρήσεων του Πειραιά, με βάση στοιχεία του ΕΜ ΔΑΑΕ, Επιμελητηρίων, άλλων μελετών κ.λπ.
- στα χαρακτηριστικά των ομάδων των ανέργων και τις ανάγκες τους, όπως αυτές προκύπτουν από στοιχεία ερευνών της ΕΛΣΤΑΤ και άλλων ερευνών που έχει διενεργήσει ο Δήμος Πειραιά και συνεργαζόμενοι φορείς,
- στην αξιολόγηση στατιστικών στοιχείων του ΟΑΕΔ και άλλων εξειδικευμένων οργανισμών και φορέων
- στη στρατηγική του Πειραιά για τη «Γαλάζια Ανάπτυξη», καθώς και στα λουπά πλεονεκτήματα των παραγωγικών τομέων της RIS3 για την Πόλη του Πειραιά

Ειδικότερα, η δράση περιλαμβάνει τις παρακάτω ενέργειες:

1. Εξατομικευμένη επαγγελματική συμβουλευτική και Mentoring που περιλαμβάνει τα εξής:
 - a. Προσέλκυση - Υποδοχή – καταγραφή και διερεύνηση αναγκών των ωφελούμενων,
 - b. Προσωπικός και επαγγελματικός απολογισμός,
 - c. Διαδικασία προσωπικής κι επαγγελματικής ανάπτυξης
 - d. Ανάπτυξη και επεξεργασία του ατομικού σχεδίου δράσης
 - e. Διερεύνηση και επιλογή κατάλληλου προγράμματος επαγγελματικής κατάρτισης.

2. Υλοποίηση εξειδικευμένων προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης σε επιλεγμένες ειδικότητες / θεματικά αντικείμενα βάσει :
 - a. των αναπτυξιακών προοπτικών του Δήμου Πειραιά
 - b. του δυναμισμού των παραγωγικών κλάδων της οικονομίας σύμφωνα με τα δεδομένα του Εθνικού Μηχανισμού Διάγνωσης των Αναγκών της Αγοράς Εργασίας,
 - c. της Στρατηγικής ΟΧΕ/ΒΑΑ του Δήμου Πειραιά
 - d. της Στρατηγικής του Δήμου Πειραιά για τη «Γαλάζια Ανάπτυξη», και
 - e. της εφαρμογής των αποκτηθεισών γνώσεων και δεξιοτήτων είτε μέσω πρακτικής άσκησης σε συνδεδεμένες επιχειρήσεις της περιοχής, είτε μέσω εφαρμογής των αποκτηθεισών γνώσεων και δεξιοτήτων σε παραδείγματα/υποθέσεις (cases), στην αίθουσα διδασκαλίας.
3. Πιστοποίηση των αποκτηθέντων γνώσεων και δεξιοτήτων από τα παραπάνω προγράμματα μέσω αξιολόγησης γνώσεων και ικανοτήτων από διαπιστευμένους φορείς πιστοποίησης προσώπων, σύμφωνα με το διεθνές πρότυπο ISO/IEC 17024 ή ΕΟΠΠΕΠ. Η πιστοποίηση θα παρέχεται με βάση τυποποιημένες διαδικασίες που είναι ελεγμένες από τους αρμόδιους φορείς πιστοποίησης ή τον ΕΟΠΠΕΠ.
4. Εκ των Υστέρων (ex post) αξιολόγηση της Δράσης, η οποία έπεται της ολοκλήρωσης του συνόλου της πράξης (συμπεριλαμβανομένης και της διαδικασίας πιστοποίησης).
5. Ενέργειες Διαχείρισης και Συντονισμού του έργου, Δράσεις δημοσιότητας και Προσέλκυσης ωφελουμένων που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες καθώς και επιχειρήσεων (για την υλοποίηση της πρακτικής άσκησης των καταρτιζομένων) – Επιλογή ωφελουμένων – Καταβολή επιδομάτων.

Ως προς τη μεθοδολογία υλοποίησης της Δράσης, οι παραπάνω ενέργειες θα προκύψουν υποχρεωτικά μέσω διαγνωστικών διαδικασιών σύναψης Δημοσίων Συμβάσεων, σύμφωνα με το Ν. 4412/2016 και τις λοιπές ισχύουσες διατάξεις της σχετικής νομοθεσίας.

Σχετικά με την υλοποίηση των ενεργειών Διαχείρισης, Συντονισμού του έργου, Δράσεις δημοσιότητας και Προσέλκυσης ωφελουμένων που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες καθώς και επιχειρήσεων (για την υλοποίηση της πρακτικής άσκησης των καταρτιζομένων) – Επιλογή

ωφελουμένων – Καταβολή Επιδομάτων δίνεται η δυνατότητα να επιλεγεί ως μεθοδολογία/ τρόπος υλοποίησης υποέργο αυτεπιστασίας. Αυτό όμως θα αφορά μόνο το συντονισμό του έργου, την προσέλευση ωφελούμενων, την καταβολή των επιδομάτων στους ωφελούμενους, κλπ, ενώ το κυρίως υποέργο παροχής υπηρεσιών συμβουλευτικής, επαγγελματικής κατάρτισης και πιστοποίησης θα εκτελεστεί υποχρεωτικά μέσω δημόσιας σύμβασης (4412/2016).

Ωφελούμενοι από τη δράση εκτιμάται ότι θα είναι 200 Άνεργοι ειδικών κοινωνικών ομάδων άνω των 30 ετών, με έμφαση στους νέους άνεργους, σε άνεργους άνω των 50 ετών, μακροχρόνια άνεργους, τις άνεργες γυναίκες καθώς και όσους βρίσκονται στο όριο της φτώχειας. Για το σχεδιασμό της δράσης θα ληφθεί υπόψη η υπ' αριθμ. 79732/27-7-2020 ((ΑΔΑ: 6ΨΠΨΜΤΛΡ-ΘΞΔ)) της Ειδικής Υπηρεσίας Συντονισμού & Παρακολούθησης Δράσεων ΕΚΤ «Πλαίσιο ποιοτικών προδιαγραφών για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση συγχρηματοδοτούμενων από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΣΕΚ)».

Προκειμένου να διασφαλίζεται ότι δε χορηγείται οικονομικό πλεονέκτημα στους δικαιούχους, θα πρέπει να ισχύουν οι εξής προϋποθέσεις υλοποίησης της πράξης :

- Η τήρηση χωριστού λογαριασμού, ώστε να αποκλείεται κάθε ενδεχόμενη χρήση του ποσού που δίδεται στον δικαιούχο για την κάλυψη άλλων δαπανών, πλην αυτών που αφορούν ειδικά τη συγκεκριμένη δράση (παρ. 212 της Ανακοίνωσης της Επιτροπής σχετικά με την έννοια της κρατικής ενίσχυσης όπως αναφέρεται στο άρθρο 107 παράγραφος 1 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2016/C 262/01).
- Η μη παράλληλη χρήση των χώρων, του εξοπλισμού, του διδακτικού υλικού κλπ. που ενδεχομένως θα χρησιμοποιηθούν/επιδοτηθούν στο πλαίσιο υλοποίησης της πράξης και για άλλες ανάγκες του δικαιούχου,
- Η μη αγορά εξοπλισμού, για την παροχή υπηρεσιών στο πλαίσιο της πράξης,

- Η πρόβλεψη πρόσληψης προσωπικού με σύμβαση ορισμένου χρόνου διάρκειας όσο και η παροχή της εξεταζόμενης υπηρεσίας και με όρους όχι ευνοϊκότερους των ισχυόντων για το υφιστάμενο προσωπικό του φορέα.

Οι προτάσεις που θα υποβληθούν θα πρέπει να εμπίπτουν στον (στους) ακόλουθο (ους) θεματικό (ούς) στόχο (ους), επενδυτική (ές) προτεραιότητα (ες), ειδικό (οι) στόχο (οι), κατηγορία (ες) περιφέρειας (ών) ανά Άξονα Προτεραιότητας ή και ανά Επιχειρησιακό Πρόγραμμα.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: Αττική			ΚΩΔ: 16
ΑΞΟΝΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ: Προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής			ΚΩΔ: 09
ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ / ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ: 09 / 9i			
ΠΕΔΙΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΔΡΑΣΗ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ:	ΣΥΓΧΡΗΜ/ΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΑΠΑΝΗ
(2)	(3)	(4)	(5)
109 Ενεργητική ένταξη, μεταξύ άλλων και με σκοπό την προώθηση των ίσων ευκαιριών και της δραστηριότητας συμμετοχής και τη βελτίωση της απασχολησιμότητας	9.1.2.ΕΦΔΠ:Βελτίωση Δεξιοτήτων Ανέργων που ανήκουν σε Ευπαθείς Ομάδες μέσω Κατάρτισης που οδηγεί σε Πιστοποίηση και Συνοδευτικές Δράσεις Προώθησης στην Απασχόληση και στην Επιχειρηματικότητα	Περισσότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες	2.000.000,00
ΣΥΝΟΛΟ			2.000.000,00

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ 2Η

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «Αττική»

ΑΞΟΝΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ: 10 «Ανάπτυξη - Αναβάθμιση Στοχευμένων Κοινωνικών Υποδομών και Υποδομών Υγείας» Ο ΟΠΟΙΟΣ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) ΜΕ ΤΙΤΛΟ «Αναβάθμιση των Κοινωνικών Υποδομών του Δήμου Πειραιά και των



Νομικών του Προσώπων, που προάγουν την Κοινωνική Φροντίδα, την Κοινωνική Ένταξη και την Κοινωνική Καινοτομία στην Πόλη του Πειραιά»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ

Σκοπός της προτεινόμενης Δράσης αποτελεί η συμπλήρωση και βελτίωση των Κοινωνικών Υποδομών που προάγουν την Κοινωνική Φροντίδα, την Κοινωνική Ένταξη και την Κοινωνική Καινοτομία στην Πόλη του Πειραιά, ώστε να επιτευχθεί η διασφάλιση της Ισότιμης Πρόσβασης των Ευπαθών Ομάδων στο ενιαίο «Τοπικό Δίκτυο Κοινωνικής Ασφάλειας και Προώθησης στην Κοινωνική Ένταξη, στην Ενδυνάμωση και στην Απασχόληση»,

Στην Παρέμβαση Π-15 της ΟΧΕ του Δήμου Πειραιά, προβλέπονται στοχευμένες παρεμβάσεις διαμόρφωσης κοινωνικών υποδομών και υποδομών υγείας για την υποστήριξη της Κοινωνικής Φροντίδας και της Κοινωνικής Ένταξης ώστε να βελτιωθούν οι όροι πρόσβασης των ευπαθών ομάδων σε αυτές, στο πλαίσιο του διευρυμένου «Τοπικού Δικτύου Κοινωνικής Ασφάλειας και Προώθησης στην Κοινωνική Ένταξη, στην Ενδυνάμωση και στην Απασχόληση» του Δήμου Πειραιά.

Στόχος της προτεινόμενης παρέμβασης είναι η βελτίωση των όρων

- της ισότιμης προώθησης της κοινωνικής ένταξης,
- της πρόληψης και αντιμετώπισης των διακρίσεων,
- της πρόσβασης των ευπαθών και ευάλωτων ομάδων σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας
- της διασφάλισης των προϋποθέσεων για την ένταξη των ωφελουμένων (που βρίσκονται σε εργασιακή ηλικία) στην αγορά εργασίας ή/και σε πρωτοβουλίες επιχειρηματικότητας

Στο πλαίσιο αυτό, και με γνώμονα το ΠΔ 99/2017 (ΦΕΚ 141 τ.Α' 28-9-2017) που αφορά τον καθορισμό προϋποθέσεων αδειοδότησης και λειτουργίας των παιδικών και βρεφονηπιακών σταθμών που λειτουργούν εντός νομικών προσώπων των δήμων ή υπηρεσιών των δήμων και προκειμένου να διασφαλιστούν, αφενός η καθολικότητα και η εγγύτητα στην παροχή στοχευμένης

κοινωνικής φροντίδας και αφετέρου οι προϋποθέσεις ένταξης στην αγορά εργασίας του ενεργού εργασιακά πληθυσμού, αποτρέποντας τον κοινωνικό αποκλεισμό και διευρύνοντας την δυνατότητα πρόσβασης στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού του Δήμου Πειραιά, και με στόχο την ισότιμη προσωπική ανάπτυξη των ωφελούμενων ταυτόχρονα με την τοπική ανάπτυξη του Πειραιά, προκρίνονται οι εξής ενδεικτικές Δράσεις:

1. Αναβάθμιση – Συμπλήρωση Υποδομών Παιδικών και Βρεφονηπιακών Σταθμών Δήμου Πειραιά
2. Αναβάθμιση – Συμπλήρωση Υποδομών και Εξοπλισμού Κτηριακών Εγκαταστάσεων Δήμου Πειραιά και των Νομικών του Προσώπων, για την υποδοχή, φιλοξενία και λειτουργία Δράσεων Κοινωνικής Φροντίδας, Κοινωνικής Ένταξης και Κοινωνικής Καινοτομίας που παρέχονται ήδη ή που θα παρασχεθούν με την υλοποίηση νέων δράσεων από τον Δήμο Πειραιά και τα Νομικά Πρόσωπα του Δήμου Πειραιά, ΚΟΔΕΠ και ΟΠΑΝ.
3. Αξιοποίηση πρώην Στρατοπέδου Παπαδογιώργη ως «Διευρυμένου Κόμβου Υπηρεσιών Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Κοινωνικής Ένταξης» (Piraeus Social Inclusion Hub)

Σκοπός των προτεινόμενων δράσεων είναι η αναβάθμιση των υφιστάμενων και η δημιουργία νέων υποδομών (ενδεικτικά: Βρεφονηπιακοί/Παιδικοί Σταθμοί, ΚΔΑΠ, ΚΔΑΠ ΑΜΕΑ, Ξενώνες Αστέγων, κλπ) του Δήμου Πειραιά και των Νομικών του Προσώπων, με στόχο την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, και την αύξηση της δυναμικότητας των δομών. Επίσης, η αναβάθμιση των υποδομών που στεγάζουν τις Κοινωνικές Υπηρεσίες του Δήμου, καθώς και η αγορά εξοπλισμού για την λειτουργία τους με προτεραιότητα τη βελτίωση της προσβασιμότητας και της ποιότητας υποδοχής των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού του Πειραιά, είναι στις κατηγορίες δαπανών που θα είναι επιλέξιμες για χρηματοδότηση.

Ενδεικτικά προβλέπονται οι ακόλουθες Δράσεις:

Αναβάθμιση – Συμπλήρωση Υποδομών Παιδικών και Βρεφονηπιακών Σταθμών Δήμου Πειραιά

Οι ανάγκες φιλοξενίας βρεφών, νηπίων και παιδιών στον Δήμο Πειραιά, καλύπτονται σήμερα οριακά από τους 17 Δημοτικούς Βρεφονηπιακούς Σταθμούς και το 1 Κέντρο Φιλοξενίας που λειτουργούν,

ενώ μετά το 2022, με την πλήρη εφαρμογή του νέου νομοθετικού πλαισίου όπως περιγράφεται στο ΠΔ 99/2017, αρκετές από τις υφιστάμενες δομές θα χρειαστεί να κλείσουν αν δεν γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες εναρμόνισης - ανακατασκευής, με αποτέλεσμα την δραματική μείωση των προσφερόμενων θέσεων.

Στόχος είναι, κάθε παιδί του Πειραιά να μπορεί να φιλοξενηθεί στους Βρεφονηπιακούς Σταθμούς του Δήμου, να λαμβάνει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες από εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο προσωπικό, σε κατάλληλα διαμορφωμένους, σύγχρονους και ασφαλείς χώρους, ώστε να καλυφθούν πλήρως οι ανάγκες Δημοτών και κατοίκων της πόλης του Πειραιά και να μπορούν να εξυπηρετηθούν όσο το δυνατόν περισσότερες οικογένειες.

Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται, αφενός η αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στις υποδομές Παιδικών και Βρεφονηπιακών Σταθμών, ενώ αφετέρου, απελευθερώνονται από την ανάγκη παραμονής στο σπίτι για την φροντίδα των προστατευόμενων μελών τους, οι γονείς και κυρίως οι μητέρες, προκειμένου να ενταχθούν στην αγορά εργασίας .

Οι πράξεις που θα προκριθούν για χρηματοδότηση, θα πρέπει να περιγράφουν παρεμβάσεις στην κατεύθυνση της εναρμόνισης με τις προδιαγραφές που θέτει η ισχύουσα νομοθεσία για τις υποδομές παιδικών και βρεφονηπιακών σταθμών και θα αφορούν την επέκταση, την αναμόρφωση και την ανακατασκευή τόσο υφιστάμενων όσο και ανέγερση νέων βρεφικών, παιδικών, ή βρεφονηπιακών σταθμών στον Δήμο Πειραιά, με σκοπό τουλάχιστον τη διατήρηση των προσφερόμενων θέσεων φροντίδας βρεφών και νηπίων – οι οποίες αλλιώς θα μειωθούν δραματικά μετά την εφαρμογή του νέου νομοθετικού πλαισίου όπως περιγράφεται στο Π.Δ. 99/2017 – αλλά και τη δημιουργία νέων.

Αναβάθμιση – Συμπλήρωση Υποδομών και Εξοπλισμού Κτιριακών Εγκαταστάσεων για την υποδοχή, φιλοξενία και λειτουργία Δράσεων Κοινωνικής Φροντίδας, Κοινωνικής Ένταξης και Κοινωνικής Καινοτομίας που θα παρέχονται από τον Δήμο Πειραιά και τα Νομικά Πρόσωπα του Δήμου Πειραιά, ΚΟΔΕΠ και ΟΠΑΝ.

Στο πλαίσιο της παρούσας, προβλέπεται η αναβάθμιση και συμπλήρωση των υποδομών και του εξοπλισμού για την υποδοχή, φιλοξενία και λειτουργία νέων δράσεων Κοινωνικής Φροντίδας, Κοινωνικής Ένταξης και Κοινωνικής Καινοτομίας στην Πόλη του Πειραιά. Οι προτεινόμενες πράξεις που θα προκρίνονται για χρηματοδότηση, θα πρέπει να αφορούν σε κτήρια είτε ιδιοκτησίας του Δήμου Πειραιά, είτε που προκύπτουν από μακροχρόνια παραχώρηση ή μακροχρόνια μίσθωση (με λήξη το νωρίτερο 5 έτη μετά τη λήξη της τρέχουσας Προγραμματικής Περιόδου 2014-2020) είτε ακόμη και αγορά- απόκτηση νέων κτηρίων-οικοπέδων για ανάπτυξη σχετικών δράσεων και που, είτε ήδη φιλοξενούν κοινωνικές, πολιτιστικές ή αθλητικές δραστηριότητες, είτε αποκτούνται από τον Δήμο για τον σκοπό αυτό.

Στόχος της αναβάθμισης και συμπλήρωσης των υποδομών παροχής κοινωνικών υπηρεσιών του Δήμου είναι, τόσο η υποστήριξη της υλοποίησης των δράσεων που εξειδικεύονται στο πλαίσιο της Στρατηγικής της ΟΧΕ/ΒΑΑ Πειραιά στους Άξονες Προτεραιότητας 8 και 9, όσο και ο εμπλουτισμός της πολυκαναλικής πρόσβασης των ευπαθών ομάδων στην Πόλη του Πειραιά σε δράσεις κοινωνικής ένταξης. Από σχετική έρευνα πεδίου (2017, Δωρεά του Ιδρύματος Πολιτισμού «Σταύρος Νιάρχος»), έχει αναδειχθεί το ζήτημα της χωροθέτησης στο Δήμο Πειραιά ικανών Δομών Κοινωνικής Προστασίας και Ένταξης (από άποψη πλήθους, συγκρότησης και παροχής ειδικών υπηρεσιών) στις Δημοτικές Κοινότητες 1 (Πειραιϊκή Χερσόνησος) και 2 (Κέντρο / Καστέλα). Στις λοιπές Δημοτικές Κοινότητες (Νέο Φάληρο, Καμίνια / Παλιά Κοκκινιά και Ταμπούρια), υπάρχουν ελάχιστες Κοινωνικές Δομές, τόσο του Δήμου Πειραιά, όσο και άλλων Κοινωνικών Φορέων.

Για να αντιμετωπισθεί πρακτικά και με βιώσιμο τρόπο το έλλειμμα αυτό, σχεδιάζεται κατ' αρχήν η ενδυνάμωση των λειτουργιών των τοπικών κοινωνικών υπηρεσιών σε επίπεδο Δημοτικής Κοινότητας, με την ανάπτυξη δράσεων και υπηρεσιών εκ του σύνεγγυς υποστήριξης των ωφελουμένων.



Αξιοποίηση πρώην Στρατοπέδου Παπαδογιώργη ως «Διευρυμένου Κόμβου Υπηρεσιών Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Κοινωνικής Ένταξης» (Piraeus Social Inclusion Hub)

Προβλέπεται η δημιουργία ενός πρότυπου και καινοτόμου «Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Συνεργασίας και Δημιουργικής Κοινωνικής Ένταξης», με τη μορφή «Κόμβου Αλληλεγγύης», με στόχο την υποστήριξη της κοινωνικής ένταξης των ευπαθών ομάδων της Πόλης του Πειραιά, μέσω πολιτιστικών, δημιουργικών, αθλητικών, συλλογικών και ενεργητικών δράσεων, στοχεύοντας καταρχήν στις Δημοτικές Κοινότητες 3, 4 και 5 τη Πόλης του Πειραιά που χαρακτηρίζονται από αστική και κοινωνική υποβάθμιση, αλλά και στην υποστήριξη του συνόλου των ευπαθών ομάδων της Πόλης του Πειραιά που χρήζουν ανοιχτής, ενεργητικής και δημιουργικής υποστήριξης για τη βελτίωση των συνθηκών, των εργαλείων και της ποιότητας της Κοινωνικής Ένταξης

Ο «Κόμβος» θα εγκατασταθεί και θα αξιοποιήσει το πρώην στρατόπεδο Παπαδογιωργή, το οποίο διαθέτει επαρκή αριθμό μικρών και μεγαλύτερων κτισμάτων και περιβάλλοντος χώρου και έχει παραχωρηθεί από το ΥΕΘΑ στο Δήμο Πειραιά. Ταυτόχρονα, ο «Κόμβος Αλληλεγγύης», θα συμβάλλει στην αναζωογόνηση και την αναγέννηση μιας περιοχής με έντονα σημάδια υποβάθμισης, αναβαθμίζοντας και αξιοποιώντας το κτιριακό απόθεμα που βρίσκεται εντός των γεωγραφικών της ορίων και «ανοίγοντας» στους κατοίκους το πρώην στρατόπεδο Παπαδογιωργή.

Οι προτάσεις που θα υποβληθούν θα πρέπει να εμπίπτουν στον (στους) ακόλουθο (ους) θεματικό (ούς) στόχο (ους), επενδυτική (ές) προτεραιότητα (ες), ειδικό (οι) στόχο (οι), κατηγορία (ες) περιφέρειας (ών) ανά Άξονα Προτεραιότητας ή και ανά Επιχειρησιακό Πρόγραμμα.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: Αττική			ΚΩΔ: 16
ΑΞΟΝΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ: Ανάπτυξη – Αναβάθμιση Στοχευμένων Κοινωνικών Υποδομών και Υποδομών Υγείας			ΚΩΔ: 10
ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ / ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ: 09 / 9a			
ΠΕΔΙΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΔΡΑΣΗ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ:	ΣΥΓΧΡΗΜ/ΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΑΠΑΝΗ
(2)	(3)	(4)	(5)
055 Άλλες κοινωνικές υποδομές που συμβάλλουν στην περιφερειακή και τοπική ανάπτυξη	10.9a1.ΕΦΔΠ:Αναβάθμιση των Κοινωνικών Υποδομών του Δήμου Πειραιά και των Νομικών του Προσώπων, που προάγουν την Κοινωνική Φροντίδα, την Κοινωνική Ένταξη και την Κοινωνική Καινοτομία στην Πόλη του Πειραιά	Περισσότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες	7.420.000,00
ΣΥΝΟΛΟ			7.420.000,00

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ 3Η

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «Αττική»

ΑΞΟΝΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ: 09 «Πρώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής» Ο ΟΠΟΙΟΣ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) ΜΕ ΤΙΤΛΟ ««Δίκτυο Υπηρεσιών Πρόληψης και Αντιμετώπισης των Διακρίσεων και Βελτίωσης της Ποιότητας Ζωής των Ευάλωτων και Ειδικών Ομάδων (μεταξύ των οποίων ΑΜΕΑ, Έφηβοι-Νέοι με υψηλό κοινωνικό κίνδυνο κ.λπ.),στο Δήμο Πειραιά»»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ

Η προσφάτως ανακύψασα κρίση της πανδημίας του CoVid-19, δημιούργησε ένα νέο και ασφυκτικό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών, επιτάσσοντας την άμεση ενεργοποίηση όλων των διαθέσιμων εργαλείων και πόρων, στην κατεύθυνση επίτευξης των στόχων της ΟΧΕ. Η πανδημική κρίση δημιούργησε επιπτώσεις οι οποίες παρότι δεν είναι ακόμα δυνατόν να υπολογιστούν σε όλο τους το εύρος, έχουν ήδη αφήσει το αποτύπωμα τους στην οικονομική και κοινωνική δραστηριότητα.

Με δεδομένο το νέο αυτό πλαίσιο όπως διαμορφώθηκε λόγω της πανδημικής κρίσης, η προτεινόμενη Δράση στοχεύει στην εφαρμογή πλέγματος ενεργειών για την πρόληψη και αντιμετώπιση των διακρίσεων καθώς και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των Ευάλωτων και Ειδικών Ομάδων που αποτελούν ομάδες με υψηλό κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού και διακρίσεων (μεταξύ των οποίων ΑΜΕΑ, Έφηβοι-Νέοι με υψηλό κοινωνικό κίνδυνο κ.λπ.) στο Δήμο Πειραιά, όπως:

- ενέργειες ανοιχτής κοινωνικής ένταξης και άμβλυνσης των διακρίσεων ανήλικων και ενηλίκων αυτοεξυπηρετούμενων ΑΜΕΑ και των οικογενειών τους,
- ενέργειες πρόληψης της νεανικής παραβατικότητας και αντιμετώπισης του κοινωνικού στίγματος στις γειτονιές του Πειραιά.
- ενέργειες ανοιχτής φροντίδας και βοήθειας, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και της έγκαιρης αντιμετώπισης των διακρίσεων και στήριξης ηλικιωμένων ατόμων που ανήκουν σε ευάλωτες και ειδικές κοινωνικά ομάδες

Ειδικότερα στο πλαίσιο της παρούσας, θα υλοποιηθούν παρεμβάσεις και θα παρασχεθούν αντίστοιχες υπηρεσίες, στα ακόλουθα πεδία:

Αντιμετώπιση των Διακρίσεων, Στήριξη της Οικογένειας με παιδιά ΑΜΕΑ, Προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης ενήλικων ΑΜΕΑ και προετοιμασία σύνδεσης τους με την αγορά εργασίας μέσω δράσεων κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ενδυνάμωσης.

Στόχο της παρέμβασης αποτελεί η καταπολέμηση των εν δυνάμει διακρίσεων που υφίστανται οι ΑΜΕΑ, ώστε σε συνδυασμό με θετικά μέτρα δράσης να επιτευχθεί η κοινωνική ένταξη των ιδίων και των οικογενειών τους. Για τον σκοπό αυτό θα αναγνωρίζονται, χαρτογραφούνται και επικαιροποιούνται οι ανάγκες των Οικογενειών με παιδιά ΑΜΕΑ και των ενηλίκων ΑΜΕΑ και θα συνδέονται με τις υπηρεσίες που θα τους παρασχεθούν (π.χ. φροντίδας υγείας, κοινωνικής ενδυνάμωσης, ψυχολογικής υποστήριξης, κ.ά.). Οι υπηρεσίες θα είναι εξατομικευμένες και θα επιλέγονται μεν, μέσα από ένα συνολικό προσφερόμενο πλέγμα υπηρεσιών, αλλά θα εξειδικεύονται

ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ωφελούμενου. Θα παρέχονται είτε σε υφιστάμενη δομή-κτίριο-υπηρεσία που λειτουργεί ο δικαιούχος, είτε κατ' οίκον, είτε εξ αποστάσεως όπου είναι απαραίτητο και εφικτό. Επιπρόσθετα, θα προωθηθούν δράσεις δημιουργικότητας, κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ενσωμάτωσης, τόσο των ενηλίκων όσο και των ανηλίκων ΑΜΕΑ και των οικογενειών τους.

Οι δράσεις αυτές θα λειτουργήσουν, αφενός ως πρώτη φάση προετοιμασίας και ψυχολογικής και κοινωνικής ενδυνάμωσης των ενηλίκων ΑΜΕΑ στην κατεύθυνση της εξασφάλισης ίσων ευκαιριών πρόσβασής τους στην αγορά εργασίας, με ταυτόχρονη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση όλης της κοινωνίας και αφετέρου, ως ενέργειες μείωσης του «στίγματος» και των διακρίσεων που αντιμετωπίζουν οι ανήλικοι και ενήλικες ΑΜΕΑ και οι οικογένειές τους.

Πιο συγκεκριμένα, οι προτάσεις που θα προκριθούν θα πρέπει να περιλαμβάνουν ενδεικτικά και κατ' ελάχιστον:

- Αρχική χαρτογράφηση και τακτική επικαιροποίηση των ωφελούμενων και ειδικών αναγκών φροντίδας υγείας των ανηλίκων και ενηλίκων αυτοεξυπηρετούμενων ΑΜΕΑ
- Υπηρεσίες παροχής εξειδικευμένης φροντίδας υγείας σε αυτοεξυπηρετούμενους ΑΜΕΑ .Η επιλογή των ως άνω ωφελούμενων θα γίνεται με ανοιχτή Πρόσκληση και η μοριοδότησή τους θα προκύπτει βάσει κοινωνικοοικονομικών κριτηρίων που θα προταθούν από τους δυνητικούς δικαιούχους και θα εγκριθούν από τον ΕΦΔ κατά την υποβολή των Προτάσεων (ΤΔΠ).
- Ενέργειες ψυχολογικής υποστήριξης και συμβουλευτικής των αυτοεξυπηρετούμενων ΑΜΕΑ και των οικογενειών τους (μπορεί εκτός από εξατομικευμένη ψυχολογική υποστήριξη να προβλεφθεί και ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή)
- Δραστηριότητες ψυχαγωγίας, δημιουργικότητας, ανάπτυξης δεξιοτήτων και κοινωνικοποίησης των ενηλίκων και ανηλίκων ΑΜΕΑ
- Εξασφάλιση της δυνατότητας συμμετοχής των ΑΜΕΑ σε κοινωνικές δραστηριότητες, με μέσα υποβοήθησης και εξάλειψης των φυσικών εμποδίων μετακίνησης κλπ (υπηρεσίες μεταφοράς, οπτικοακουστικά μέσα κ.ά.)

- Δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού τόσο σε συνολικό επίπεδο όσο και ανά κατηγορίες (σχολικό περιβάλλον, επιχειρηματικό περιβάλλον, κ.ά.) στην κατεύθυνση της εξάλειψης του κοινωνικού στίγματος και της εξασφάλισης ίσων ευκαιριών πρόσβασης των ΑΜΕΑ στην εκπαίδευση και την αγορά εργασίας
- Αναζήτηση σχετικών Προγραμμάτων και παραπομπή των ενηλίκων ΑΜΕΑ σε προγράμματα ενδυνάμωσης των ικανοτήτων τους με στόχο την προετοιμασία τους για την ένταξη στην αγορά εργασίας

Ενδυνάμωση παιδιών και εφήβων για τη πρόληψη της νεανικής παραβατικότητας και αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος στις γειτονιές του Πειραιά

Στόχο της παρέμβασης αποτελεί η ενίσχυση των παιδιών και των εφήβων μέχρι και την ηλικία των 15 ετών μέσα από ολοκληρωμένες δράσεις ψυχοεκπαίδευσης και δημιουργικής απασχόλησης στις πέντε δημοτικές κοινότητες του Πειραιά. Η παρέμβαση απευθύνεται στο σύνολο των παιδιών και εφήβων έως 15 ετών που διαβιούν στο Πειραιά, με έμφαση σε αυτά που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες.

Σκοπός της είναι η ενδυνάμωση των νέων ως προς τις διαδικασίες κοινωνικοποίησης, η πρόληψη των φαινομένων της σχολικής διαρροής, του ενδοσχολικού εκφοβισμού, της νεανικής παραβατικότητας και του κοινωνικού στίγματος. Επιπρόσθετα για τα παιδιά τα οποία θα αξιολογούνται ως πιο ευάλωτα προς τον κοινωνικό κίνδυνο, θα υπάρχει δυνατότητα εξατομικευμένης προσέγγισης καθώς και επικοινωνίας και συμβουλευτικής με το οικογενειακό περιβάλλον.

Πιο συγκεκριμένα οι προτάσεις που θα υποβληθούν θα πρέπει να περιλαμβάνουν ενδεικτικά και κατ' ελάχιστον:

- Ενέργειες δικτύωσης και συνεργασίας με τις κοινωνικές υπηρεσίες, την εκπαιδευτική κοινότητα και λοιπούς κοινωνικούς φορείς σε τοπικό επίπεδο, για τον εντοπισμό τόσο συγκεκριμένων περιστατικών

όσο και διαμορφούμενων τάσεων σχολικής διαρροής και νεανικής παραβατικότητας και διαμόρφωση σχετικού σχεδίου δράσης

- Δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης κυρίως της εκπαιδευτικής κοινότητας (μαθητές, εκπαιδευτικοί, γονείς κλπ) αλλά και της τοπικής κοινωνίας συνολικά, σχετικά με τα φαινόμενα του bullying, του κοινωνικού στίγματος και της νεανικής παραβατικότητας.
- Σχεδιασμός και εφαρμογή δράσεων κοινωνικοποίησης των νέων έως 15 ετών με στόχο την αποτροπή της κοινωνικής περιθωριοποίησης και την υγιή κοινωνική ενσωμάτωση.
- Ομαδικές και εξατομικευμένες υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο σε ανηλικούς εφήβους έως 15 ετών που εμπλέκονται στο φαινόμενο είτε ως θύματα είτε ως θύτες όσο και σε γονείς. Οι υπηρεσίες αυτές θα παρέχονται είτε για την εξάλειψη ήδη αναγνωρισμένων περιστατικών, είτε για την αποτροπή τους, στο πλαίσιο της πρόληψης, μετά από διάγνωση της σχετικής ανάγκης από εξειδικευμένους επιστήμονες (ψυχολόγο, κοινωνικό επιστήμονα κλπ). Επίσης μπορεί να προβλεφθεί και ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης.

Υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης και Φροντίδας Ημέρας σε ηλικιωμένους, που ανήκουν σε ευάλωτες και ειδικές κοινωνικά ομάδες

Στόχος της παρέμβασης είναι η κάλυψη των αναγκών ηλικιωμένων ατόμων χρόνια πασχόντων και ευάλωτων κοινωνικά, μοναχικών ηλικιωμένων ατόμων με προβλήματα καθημερινής ομαλής διαβίωσης και ηλικιωμένων με χρόνιες παθήσεις, ή θυμάτων κάθε μορφής βίας, (σωματικής, ψυχολογικής, εκφοβισμού ενδοοικογενειακής βίας) στην περιοχή του Δήμου Πειραιά, μέσα από την παροχή είτε ολοκληρωμένων είτε αποσπασματικών και εστιασμένων υπηρεσιών κάλυψης βασικών βιοτικών αναγκών, υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Οι υπηρεσίες δύνανται να παρέχονται κατ' οίκον ή εξ' αποστάσεως, τόσο ομαδικά όσο και εξατομικευμένα, με το μείγμα και την μέθοδο ενεργειών που θα κρίνεται απαραίτητο από εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό που θα σχεδιάζει τις Δράσεις (Ψυχολόγο, Κοινωνικό Επιστήμονα, Ιατρό, Ψυχίατρο, νοσηλεύτη κ.ά).

Πιο συγκεκριμένα οι προτάσεις που θα υποβληθούν θα πρέπει να περιλαμβάνουν ενδεικτικά και κατ' ελάχιστον:

- Αρχική χαρτογράφηση και τακτική επικαιροποίηση τόσο των δυνητικά ωφελούμενων ηλικιωμένων που ανήκουν σε ευάλωτες και ειδικές ομάδες, όσο και των αναγκών φροντίδας τους, των οποίων οι ανάγκες αυτές, δεν καλύπτονται από άλλα προγράμματα κοινωνικής φροντίδας και φροντίδας υγείας.
- Παροχή υπηρεσιών ολοκληρωμένης κατ' οίκον ημερήσιας κοινωνικής φροντίδας σε τακτική βάση (καθημερινά ή 2-3 φορές την εβδομάδα κλπ) σε μοναχικά ηλικιωμένα άτομα που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως και οι οποίοι θα επιλέγονται με βάση εισοδηματικά-οικονομικά και κοινωνικά κριτήρια. Οι υπηρεσίες θα αφορούν τόσο τη διάθεση ειδών πρώτης ανάγκης (τρόφιμα, είδη ατομικής υγιεινής, φαρμακευτικό υλικό κ.ά), όσο και την συνολική και εξατομικευμένη φροντίδα από εκπαιδευμένους και πιστοποιημένους φροντιστές προκειμένου να εξασφαλιστεί η αξιοπρεπής διαβίωση των ωφελούμενων στο σπίτι τους.
- Διάθεση ειδών πρώτης ανάγκης (τρόφιμα, είδη ατομικής υγιεινής, φαρμακευτικό υλικό κλπ) σε ευάλωτα ηλικιωμένα άτομα.
- Υπηρεσίες φροντίδας υγείας κατ' οίκον, σε ευάλωτους ηλικιωμένους ωφελούμενους που αδυνατούν να μετακινηθούν για να λάβουν ιατρικές και ή παραϊατρικές υπηρεσίες.
- Υπηρεσίες εξ' αποστάσεως φροντίδας υγείας και υπηρεσίες άμεσης παρέμβασης (με τηλε-ειδοποίηση και χρήση νέων τεχνολογιών)

Όλες οι παραπάνω υπηρεσίες θα πρέπει να εξασφαλίζεται ότι θα παρέχονται σε ωφελούμενους οι οποίοι δεν λαμβάνουν τις σχετικές υπηρεσίες από το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» ως εξυπηρετούμενοι. Η επιλογή των ως άνω ωφελούμενων θα γίνεται με ανοιχτή Πρόσκληση και η μοριοδότησή τους θα προκύπτει βάσει κοινωνικοοικονομικών κριτηρίων που θα προταθούν από τους δυνητικούς δικαιούχους και θα εγκριθούν από τον ΕΦΔ κατά την υποβολή των Προτάσεων (ΤΔΠ), στην κατεύθυνση που δίνεται από την Πρόσκληση και τα κριτήρια που ισχύουν σε αυτήν για τους εξυπηρετούμενους του Προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», σε συνδυασμό με πρόσθετες, τυχόν, ειδικές ή/ και τοπικές ανάγκες (π.χ. λόγω της πανδημίας COVID-19)

- Ψυχολογική υποστήριξη και μείωση του αισθήματος απομόνωσης των ηλικιωμένων είτε κατ' οίκον δια ζώσης, είτε με υπηρεσίες τηλε-εξυπηρέτησης (δημιουργία τηλεφωνικής γραμμής ψυχολογικής υποστήριξης)
- Δράσεις ενδυνάμωσης της κοινωνικοποίησης των μοναχικών ηλικιωμένων με αδυναμία μετακίνησης και δράσεις ψυχαγωγίας είτε με φυσική παρουσία τους είτε με εξ' αποστάσεως μεθόδους (με ηλεκτρονικά μέσα παρακολούθηση θεατρικών παραστάσεων, ταινιών, εικαστικών εκθέσεων, ηχογραφημένων βιβλίων κ.ά.)

Όλες οι υπηρεσίες των παραπάνω περιγεγραμμένων Δράσεων, δύνανται να παρέχονται ή/και σε υποδομή που θα εξασφαλιστεί από τον Ανάδοχο ή/και με τη σύσταση κινητών κλιμακίων για παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον ή/και με την παροχή τηλε-φροντίδας με τη χρήση νέων τεχνολογιών. Οι προτάσεις που θα προκριθούν για χρηματοδότηση θα πρέπει να περιλαμβάνουν ανάλογα την Δράση για την οποία υποβάλλεται η Πρόταση εξειδικευμένη ομάδα έργου στελεχωμένη με το κατάλληλο επιστημονικό και επικουρικό προσωπικό (διοικητικό προσωπικό, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, ψυχιάτρους, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς φροντιστές, εργο-θεραπευτές, κνησιοθεραπευτές, γενικό ιατρό, νοσηλεύτη, προσωπικό γενικών καθηκόντων και καθαρισμού κ.ά)

Οι εν λόγω Ομάδες Έργου θα προτείνονται στο/στα Σχέδια Τευχών Δημοπράτησης (υπ.αριθμ.31 συνημμένο δικαιολογητικό αναπόσπαστο του ΤΔΠΠ)

Ωφελούμενοι/ες της πράξης, είναι:

- Για την 1η δράση: ΑΜΕΑ, ενήλικες και ανήλικοι και οι οικογένειές τους,
- για την 2η δράση: Παιδιά και έφηβοι έως 15 ετών που χαρακτηρίζονται ευάλωτοι ως προς τον κοινωνικό κίνδυνο σχολικής διαρροής, παραβατικότητας και κοινωνικού στίγματος και αποκλεισμού,
- για την 3η δράση: Ηλικιωμένοι, χρόνια πάσχοντες, που ανήκουν σε ευάλωτες και ειδικές κοινωνικές ομάδες.



Η Δράση θα υλοποιηθεί ως Δημόσια Σύμβαση. Κατά τη διαδικασία ταυτοποίησης των ωφελουμένων και την υποδοχή, παραπομπή, παρακολούθηση κ.λπ. αυτών, θα διασφαλισθεί η συνεργασία με το Διευρυμένο Κέντρο Κοινότητας (με Παράρτημα ΚΕΜ) του Δήμου Πειραιά, τις Κοινωνικές Υπηρεσίες, καθώς και η διαλειτουργικότητα και συμπληρωματικότητα με τις άλλες κοινωνικές δράσεις που υλοποιούνται από το Δήμο Πειραιά, (Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», Κοινωνικό Παντοπωλείο, Κοινωνικό Φαρμακείο, Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Αστέγων κλπ) .

Ο Δικαιούχος πρέπει, σε συνεργασία με τυχόν αρμόδιες Υπηρεσίες, Διευθύνσεις του Δήμου, φορείς, κ.λπ., να μεριμνήσει για την τήρηση των όρων προσβασιμότητας, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η προσβασιμότητα των ατόμων ΑΜΕΑ (τόσο σε όρους φυσικής πρόσβασης όσο και σε όρους πληροφόρησης), σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό εθνικό και κοινοτικό πλαίσιο.

Οι υπηρεσίες προβλέπεται να παρέχονται ανάλογα με τη φύση των περιστατικών και των δράσεων, τόσο σε υποδομές που θα εξασφαλιστούν από το Δικαιούχο, όσο και κατ' οίκον, ή σε κατάλληλους χώρους που θα περιγραφούν ενδεικτικά από τον Δικαιούχο. Σε κάθε περίπτωση θα ληφθεί μέριμνα για την αποφυγή άσκοπων μετακινήσεων για την μείωση της διασπορά της νόσου CoVid-19.

Οι προτάσεις που θα υποβληθούν θα πρέπει να εμπίπτουν στον (στους) ακόλουθο (ους) θεματικό (ούς) στόχο (ους), επενδυτική (ές) προτεραιότητα (ες), ειδικό (οι) στόχο (οι), κατηγορία (ες) περιφέρειας (ών) ανά Άξονα Προτεραιότητας ή και ανά Επιχειρησιακό Πρόγραμμα.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: Αττική			ΚΩΔ: 16
ΑΞΟΝΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ: Προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής			ΚΩΔ: 09
ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ / ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ: 09 / 9iii			
ΠΕΔΙΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΔΡΑΣΗ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ:	ΣΥΓΧΡΗΜ/ΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΑΠΑΝΗ
(2)	(3)	(4)	(5)
111 Καταπολέμηση κάθε μορφής διακρίσεων και προώθηση των ίσων ευκαιριών	9.3.1.ΕΦΔΠ:Δίκτυο Υπηρεσιών Πρόληψης και Αντιμετώπισης των Διακρίσεων και Βελτίωσης της Ποιότητας Ζωής των Ευάλωτων και Ειδικών Ομάδων (μεταξύ των οποίων ΑΜΕΑ, Έφηβοι-Νέοι με υψηλό κοινωνικό κίνδυνο κ.λπ.), στο Δήμο Πειραιά	Περισσότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες	2.100.000,00
ΣΥΝΟΛΟ			2.100.000,00

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ 4Η

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «Αττική»

ΑΞΟΝΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ: 09 «Προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων –

Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής» Ο ΟΠΟΙΟΣ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ)

ΜΕ ΤΙΤΛΟ «Δέσμη Καινοτόμων Δράσεων Κοινωνικοποίησης και Κοινωνικής Ένταξης των Ανέργων του Δήμου Πειραιά που ανήκουν σε Ευπαθείς Ομάδες, με έμφαση στους νέους «εκτός αγοράς εργασίας και εκπαίδευσης» (ΕΑΕΚ) και

Διασύνδεση όλων με την Αγορά Εργασίας»

ΠΕΡΙΧΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ

Η προκηρυσσόμενη παρέμβαση emπίπτει στην άμεση περιοχή ευθύνης του Δήμου Πειραιά, στην περιοχή εφαρμογής της εγκεκριμένης Ολοκληρωμένης Χωρικής Επένδυσής του με τίτλο: «Ολοκληρωμένη Χωρική Επένδυση Βιώσιμης Αστικής Ανάπτυξης (ΟΧΕ/ΒΑΑ) Πειραιά».

Ο σκοπός της παρέμβασης, είναι διττός :

- Αφενός, η διαρκής αναζήτηση, ταυτοποίηση και η προώθηση της κοινωνικοποίησης και της κοινωνικής ένταξης 300 μη ενεργών οικονομικά νέων ηλικίας 15 έως 29 ετών που βρίσκονται σε παρατεταμένη χρονικά κατάσταση «εκτός αγοράς εργασίας και εκπαίδευσης» (ΕΑΕΚ) ή/και τείνουν σε αυτά τα χαρακτηριστικά και, εν γένει, διακατέχονται από αρνητική στάση έναντι της κοινωνίας (αποκοινωνικοποίηση) και τα οποία πλήττονται από φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό.
- Αφετέρου, η υλοποίηση δέσμης συνεκτικών ενεργειών ενδυνάμωσης, διασύνδεσης με την Αγορά Εργασίας και κατάλληλης προετοιμασίας για την πρόσβαση σε θέση απασχόλησης ή/και την προώθηση σε επιλογές επιχειρηματικής δραστηριότητας, 400 ατόμων όλων των ηλικιών τα οποία βρίσκονται εκτός αγοράς εργασίας και πλήττονται από φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό, με έμφαση σε άτομα που έχουν την ευθύνη της φροντίδας παιδιών σε νοικοκυριά που απειλούνται από φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό.

Ειδικότερα, η προτεινόμενη παρέμβαση, περιλαμβάνει ενδεικτικά και όχι περιοριστικά :

Σχετικά με τη Δράση για τους μη ενεργούς οικονομικά νέους από 15 έως 29 ετών:

- δραστηριότητες έρευνας, αποτύπωσης, ταυτοποίησης, των νέων «τύπου» ΕΑΕΚ που διαβιούν σε οικογένειες με χαμηλά εισοδήματα, που χαρακτηρίζονται από υψηλό κίνδυνο φτώχειας και αποκλεισμού και δυνητικά, είναι μέλη οικογενειών ευπαθών και ευάλωτων ομάδων,
- αναγνώριση και αξιολόγηση ικανοτήτων και αδυναμιών των νέων ΕΑΕΚ
- κατάρτιση «ατομικών πλάνων κοινωνικής ένταξης» (με καινοτόμες μεθόδους, ώστε να αποφεύγονται τυπικές συνεδρίες κλειστού τύπου κ.λπ.), και ανάπτυξη εξατομικευμένου σχεδίου δράσης
- ενέργειες κινητοποίησης, ενδυνάμωσης, ατομικής και ομαδικής υποστήριξης των νέων «τύπου» ΕΑΕΚ, με συμμετοχικές δραστηριότητες δημιουργικότητας, πολιτισμού, αθλητισμού, εθελοντισμού, αριστείας κ.λπ.,
- ενέργειες εμβάθυνσης της κοινωνικής ένταξης με mentoring, δραστηριότητες ανάπτυξης κοινωνικών ικανοτήτων, εθελοντικής εργασίας, συμμετοχής σε βιωματικά εργαστήρια κ.λπ.,
- ενέργειες κοινωνικής αλληλεπίδρασης με άλλες ομάδες νέων, εργοδότες, εθελοντικές και καλλιτεχνικές ή δημιουργικές ομάδες κ.λπ.,

- παρακολούθηση και αξιολόγηση της κοινωνικής ενδυνάμωσης των νέων ΕΑΕΚ και διατύπωση σχετικών προτάσεων για την πρόληψη, εστίαση και θεραπεία αντίστοιχων φαινομένων.

Σχετικά με τη δράση των ανέργων όλων των ηλικιών:

- εξατομικευμένη προσέγγιση (διάγνωση και καταγραφή των αναγκών των ανέργων),
- υποστήριξη στη σύνταξη Βιογραφικού Σημειώματος,
- πληροφόρηση σχετικά με τις προκηρύξεις θέσεων εργασίας από το Α.Σ.Ε.Π.
- ενημέρωση για τη διαδικασία συμμετοχής στις προκηρύξεις (κριτήρια, απαραίτητα δικαιολογητικά, μοριοδότηση, βοήθεια στη συμπλήρωση της ανάλογης αίτησης, κλπ.),
- εκμάθηση Τεχνικών Αναζήτησης Εργασίας στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα,
- τεχνικές υποστήριξης για τη διαδικασία της συνέντευξης,
- πληροφόρηση σχετικά με θέματα Επαγγελματικού Προσανατολισμού και υλοποίηση δράσεων Επαγγελματικού Προσανατολισμού με τη χρήση των κατάλληλων εργαλείων,
- ενημέρωση για προγράμματα εκπαίδευσης Ενηλίκων (δια βίου μάθηση),
- ενημέρωση για ευκαιρίες κατάρτισης, εκπαίδευσης και μεταπτυχιακών σπουδών,
- αναζήτηση μεθόδων πιστοποίησης-επικύρωσης προηγούμενης μη τυπικής/άτυπης μάθησης
- ανάλυση του χάσματος μεταξύ του ελλείμματος των τυπικών προσόντων των ανέργων και εκείνων που απαιτούνται από την αγορά σε πραγματικό χρόνο
- ενέργειες πληροφόρησης και διασύνδεσης ανάμεσα στην αγορά και τις αναδυόμενες ανάγκες της (διαθέσιμα επαγγέλματα, θέσεις εργασίας, κλπ.) και τους νέους άνεργους (συμπεριλαμβανομένης της δημιουργίας σχετικής ηλεκτρονικής πλατφόρμας)
- αξιοποίηση δικτύου επαφών και επικοινωνίας με τους εργοδότες (πηγές αναζήτησης εργασίας)

Οι ενέργειες γενικής και ειδικής συμβουλευτικής θα παρέχονται σε ατομικό και σε ομαδικό επίπεδο, καθώς και στο οικογενειακό ή/και στο φιλικό περιβάλλον των νέων. Για την αναζήτηση και ταυτοποίηση των ΝΕΕΤs (ΕΑΕΚ) από 15 έως 29 ετών, κρίνεται σκόπιμο, να αξιοποιηθούν καινοτόμες δίοδοι προσέγγισης και ευαισθητοποίησης, όπως τα social media, επισκέψεις σε χώρους συνάθροισης, ψυχαγωγίας και άθλησης των νέων κ.α., τηρουμένων των πρωτοκόλλων αποφυγής διασποράς της νόσου CoVid-19.

Η παρέμβαση λειτουργεί συμπληρωματικά με τις υπηρεσίες των Κέντρων Προώθησης της Απασχόλησης (ΚΠΑ) του ΟΑΕΔ, καθόσον αφορά στην «προετοιμασία» των ωφελουμένων για την είσοδο στην αγορά εργασίας, μέσω της αντιμετώπισης των υστερήσεων και των διακρίσεων που συνεπάγεται η «θέση» τους στις ευπαθείς ομάδες, η μακροχρόνια αποχή από την αγορά εργασίας, η αδιαφορία / αποφυγή της συμμετοχής τους στην τοπική κοινωνία κ.λπ. και όχι η ενίσχυση γνώσεων και δεξιοτήτων.

Βασική προϋπόθεση είναι η διαρκής συνεργασία του τελικού δικαιούχου με το Κέντρο Προώθησης της Απασχόλησης (ΚΠΑ) Πειραιά, ώστε αφενός να μην προκύπτουν αλληλοεπικαλύψεις και αφετέρου η Δράση να ενισχύει και να συνδράμει στην εφαρμογή ενεργητικών πολιτικών προώθησης της απασχόλησης σε τοπικό επίπεδο

Η Δράση αποσκοπεί στην κοινωνική και ψυχολογική ενδυνάμωση των ανέργων όλων των κατηγοριών των κοινωνικά ευπαθών ομάδων στον Δήμο Πειραιά και περιλαμβάνει ενέργειες ταυτοποίησης, επικοινωνίας, κινητοποίησης και ανάληψης πρωτοβουλιών στην κατεύθυνση της αναχαίτισης/διόρθωσης του αισθήματος αποκοπής από την κοινωνία και συνακόλουθα, στην κοινωνική ένταξη των νέων, με ειδικό βάρος να αποδίδεται στον εντοπισμό, την κινητοποίηση, την ενδυνάμωση τόσο ψυχολογικά όσο και σε δεξιότητες, την αναζήτηση επαγγελματικών διεξόδων και στην συνεχιζόμενη και συστηματική καταγραφή των νέων τύπου «NEET's (ΕΑΕΚ).

Ωφελούμενοι της Παρέμβασης είναι συνολικά 700 άνεργοι του Δήμου Πειραιά, με χαρακτηριστικά ευπαθών κοινωνικών ομάδων, με έμφαση στους νέους άνεργους και ανέργους τύπου NEETs (ΕΑΕΚ), τους μακροχρόνια άνεργους, τις άνεργες γυναίκες καθώς και όσους βρίσκονται στο όριο της φτώχειας ή κάτω από αυτό. Η παρέμβαση θα υλοποιηθεί ως Δημόσια Σύμβαση. Η διάρκεια υλοποίησης θα είναι έως τρία (3) έτη. Ο χρόνος ολοκλήρωσης συναρτάται με το περιεχόμενο του Σχεδίου Δράσης που θα κατατεθεί από τον Δικαιούχο.

Ο Δικαιούχος πρέπει, σε συνεργασία με τυχόν αρμόδιες Υπηρεσίες, Διευθύνσεις του Δήμου, φορείς, κ.λπ., να μεριμνήσει για την τήρηση των όρων προσβασιμότητας, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η προσβασιμότητα των ατόμων ΑΜΕΑ (τόσο σε όρους φυσικής πρόσβασης όσο και σε όρους πληροφόρησης), σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό εθνικό και κοινοτικό πλαίσιο.

Ο Δικαιούχος, κατά την υποβολή των Προτάσεων θα πρέπει να μεριμνήσει για την κατάλληλη τεκμηρίωση και περιγραφή του Σχεδίου Δράσης του και εκπόνησης πλαισίων συνεργασίας τόσο με το ΚΠΑ του ΟΑΕΔ Πειραιά όσο και με την ΕΥΔ ΕΠΑΝΑΔΕΔΒΜ εφόσον προκύψει ανάγκη συνεργασίας με την τελευταία βάση της Πρότασης που θα καταθέσει και των Δράσεων της ΕΥΔ ΕΠΑΝΑΔ ΕΔΒΜ που τυχόν λειτουργούν συμπληρωματικά για την ομάδα των νέων τύπου NEETs (ΕΑΕΚ).

Ο Δικαιούχος, κατά την υποβολή των Προτάσεων θα πρέπει να λάβει υπόψη τα σχετικά προγράμματα της ΕΥΔ ΕΠΑΝΑΔΕΔΒΜ που είναι ενεργά, έχουν προκηρυχθεί, χρηματοδοτούνται και αφορούν τον Δήμο Πειραιά και να φροντίσει να μην υπάρχουν αλληλοεπικαλύψεις στην Πρόταση που θα καταθέσει. Οι προτάσεις που θα υποβληθούν θα πρέπει να εμπίπτουν στον (στους) ακόλουθο (ους) θεματικό (ούς) στόχο (ους), επενδυτική (ές) προτεραιότητα (ες), ειδικό (οι) στόχο (οι), κατηγορία (ες) περιφέρειας (ών) ανά Άξονα Προτεραιότητας ή και ανά Επιχειρησιακό Πρόγραμμα.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: Αττική			ΚΩΔ: 16
ΑΞΟΝΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ: Προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής			ΚΩΔ: 09
ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ / ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ: 09 / 9i			
ΠΕΔΙΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΔΡΑΣΗ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ:	ΣΥΓΧΡΗΜ/ΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΑΠΑΝΗ
(2)	(3)	(4)	(5)
109 Ενεργητική ένταξη, μεταξύ άλλων και με σκοπό την προώθηση των ίσων ευκαιριών και της δραστηρίας συμμετοχής και τη βελτίωση της απασχολησιμότητας	9.1.1.ΕΦΔΠ: Δέσμη Καινοτόμων Δράσεων Κοινωνικοποίησης και Κοινωνικής Ένταξης των Ανέργων του Δήμου Πειραιά που ανήκουν σε Ευπαθείς Ομάδες, με έμφαση στους νέους «εκτός αγοράς εργασίας και εκπαίδευσης» (ΕΑΕΚ) και Διασύνδεση όλων με την Αγορά Εργασίας	Περισσότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες	1.700.000,00
ΣΥΝΟΛΟ			1.700.000,00



ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ 5Η

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «Αττική»

ΑΞΟΝΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ: 06- Βελτίωση της Ποιότητας Ζωής στο Αστικό Περιβάλλον Ο ΟΠΟΙΟΣ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) ΜΕ ΤΙΤΛΟ «Δράσεις για την προώθηση του πολιτιστικού αποθέματος του Δήμου Πειραιά»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ

Στο πλαίσιο της παρούσας Πρόσκλησης θα χρηματοδοτηθούν παρεμβάσεις που συνδέονται με την υλοποίηση της Ολοκληρωμένης Χωρικής Επένδυσης του Δήμου Πειραιά. Ο Στόχος της παρέμβασης είναι η υποστήριξη καθιερωμένων εκδηλώσεων πολιτισμού στο Δήμο Πειραιά που πλέον έχουν αναδειχθεί σε θεσμό ή εκδηλώσεων που δυνητικά θα μπορούσαν να αποτελέσουν τέτοιου ανάλογου είδους θεσμοί, στο μέλλον. Η ενίσχυση αυτών των δράσεων αναμένεται να έχει σαν αποτέλεσμα την εύρυθμη διοργάνωση πολιτιστικών εκδηλώσεων που θα προβάλλουν το πολιτιστικό προϊόν στο ευρύτερο κοινό.

Ταυτόχρονα εξαιτίας της σπουδαιότητας, του υψηλού επιπέδου των διοργανώσεων καθώς και της διεθνούς εμβέλειας των, αναμένεται να προσδώσουν προστιθέμενη αξία στο πολιτιστικό απόθεμα του Δήμου Πειραιά επιτυγχάνοντας έτσι την ανάδειξη και προβολή του. Οι παρεμβάσεις που θα υλοποιηθούν συνδράμουν στην περαιτέρω αξιοποίηση της πολιτιστικής κληρονομιάς του Δήμου Πειραιά καθώς και της συμβολής του στη παραγωγή δράσεων πολιτισμού, με απώτερο σκοπό την ανάδειξη των εν λόγω δράσεων σε πολιτιστικό και τουριστικό κεφάλαιο για την περιοχή.

Προτείνεται η στοχευμένη ενίσχυση, μέσω της υποστήριξης των φορέων, που δραστηριοποιούνται στον τομέα του πολιτισμού κι έχουν καταφέρει να καθιερώσουν τις επαναλαμβανόμενες εκδηλώσεις τις οποίες διοργανώνουν σε θεσμό για τα πολιτιστικά δρώμενα του Δήμου Πειραιά αλλά και της Περιφέρειας. Ενδεικτικές και όχι περιοριστικές δράσεις είναι η διοργάνωση εικαστικών, κινηματογραφικών, θεατρικών, μουσικών και καλλιτεχνικών εκδηλώσεων, οι εκθέσεις, τα φεστιβάλ

και άλλες συναφείς δραστηριότητες. Λόγω της αβεβαιότητας εξέλιξης της υγειονομικής κρίσης και της εφαρμογής μέτρων για τον περιορισμό της νόσου Sars – CoV – 2 προβλέπεται η ανάπτυξη υποδομής κατάλληλου τεχνολογικού εξοπλισμού για τη ψηφιακή μετάδοση των εν λόγω εκδηλώσεων.

Στους σκοπούς της δράσης είναι και η μεγιστοποίηση της δυνατότητας διάχυσης του θεατρικού - καλλιτεχνικού - ψυχαγωγικού προϊόντος υπερ-πολλαπλασιάζοντας τους εν δυνάμει κοινωνούς. Η ανάπτυξη υποδομής ψηφιακής μετάδοσης θα ενισχύσει την επικοινωνία και επαφής δημιουργών και καλλιτεχνών με το ευρύτερο κοινό. Με την αξιοποίηση των σύγχρονων τεχνολογιών, εφαρμογών και υπηρεσιών στα έργα, παραστάσεις, συναυλίες και κάθε είδους εκδηλώσεις που οργανώνονται ή φιλοξενούνται, θα έχουν πρόσβαση δημοτικές κοινωνικές δομές (Κέντρα Αγάπης και Αλληλεγγύης), σχολεία, ευάλωτες – ειδικές κοινωνικές ομάδες, άτομα που αδυνατούν ή δεν επιτρέπεται να μετακινηθούν από τις οικίες τους κ.ά

Επισημαίνεται πως οι υπηρεσίες που θα παρέχονται θα είναι δωρεάν – ελεύθερες προς όλους και σε καμία περίπτωση δεν θα διαφημίζονται άμεσα ή/και έμμεσα επιχειρήσεις ή εμπορικά προϊόντα. Οι προτάσεις που θα υποβληθούν θα πρέπει να εμπίπτουν στον (στους) ακόλουθο (ους) θεματικό (ούς) στόχο (ους), επενδυτική (ές) προτεραιότητα (ες), ειδικό (οι) στόχο (οι), κατηγορία (ες) περιφέρειας (ών) ανά Άξονα Προτεραιότητας ή και ανά Επιχειρησιακό Πρόγραμμα.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: Αττική			ΚΩΔ: 16
ΑΞΟΝΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ: Βελτίωση της Ποιότητας Ζωής στο Αστικό Περιβάλλον			ΚΩΔ: 06
ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ / ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ: 06 / 6c			
ΠΕΔΙΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΔΡΑΣΗ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ:	ΣΥΓΧΡΗΜ/ΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΑΠΑΝΗ
(2)	(3)	(4)	(5)
094 Προστασία, ανάπτυξη και προβολή στοιχείων δημόσιας πολιτιστικής κληρονομιάς	6.3 Ανάπτυξη και προβολή δημόσιων τουριστικών και πολιτιστικών κεφαλαίων μέσω δράσεων σύγχρονου πολιτισμού	Περισσότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες	1.200.00,00
ΣΥΝΟΛΟ			1.200.00,00

Παράρτημα 3 - Ευρωπαϊκή χάρτα δικαιωμάτων και υποχρεώσεων ηλικιωμένων

Ο Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων

Ο Οδηγός αυτός αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των αρχών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αφορά όλους του Ευρωπαίους ανεξάρτητα από την κοινωνική τους θέση και τη χώρα που κατοικούν <http://www.age-platform.eu> (πρόσβαση 02.12.21)

ΑΡΘΡΟ 1: ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ, ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ, ΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ.

Πιο συγκεκριμένα, δικαιούνται:

- Σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, τη σωματική και πνευματική ευεξία, ανεξάρτητα από την ηλικία, τη φυλή, την εθνική ή κοινωνική καταγωγή, την οικονομική τους κατάσταση, τη θρησκεία, το φύλο, τον σεξουαλικό προσανατολισμό ή την ταυτότητά τους.
- Σεβασμό και προστασία της σωματικής, σεξουαλικής, ψυχολογικής, συναισθηματικής, οικονομικής και υλικής ευεξίας.

Αναφορικά με τη σωματική ευεξία:

- Σεβασμό και προστασία της σωματικής ακεραιότητας και προστασία από κάθε μορφής σωματική κακοποίηση, κακομεταχείριση και παραμέληση, από τον υποσιτισμό και την αφυδάτωση, την εξάντληση, το υπερβολικό κρύο ή ζέστη και από κάθε αποτρέψιμο πρόβλημα υγείας.
- Σεβασμό και προστασία από κάθε μορφής σεξουαλική κακοποίηση και κακομεταχείριση.

Αναφορικά με την ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία:

- Σεβασμό και προστασία της ψυχολογικής και συναισθηματικής ευεξίας, καθώς και προστασία από κάθε μορφής ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση και κακομεταχείριση.
- Την απαίτηση ότι οι άλλοι δεν θα σας προκαλέσουν εσκεμμένα αναστάτωση, ταλαιπωρία, αρνητικά συναισθήματα ή κατάθλιψη.
- Προστασία από κάθε απόπειρα να τους απομακρύνουν από άτομα με τα οποία επιθυμούν να είναι μαζί, ανεξάρτητα από τον βαθμό φροντίδας καιβοήθειας που χρειάζονται.

Αναφορικά με την οικονομική και υλική ασφάλεια:

- Προστασία από κάθε μορφής οικονομική ή υλική κακοποίηση.
- Απαίτηση ότι τα άτομα που μεριμνούν για τα οικονομικά και υλικά αγαθά τους θα έχουν κατά νου το συμφέρον των ηλικιωμένων.
- Δικαίωμα να διατηρούν μαζί τους τα προσωπικά τους υπάρχονταμέχρι τον θάνατό τους ή μέχρις ότου αυτοί αποφασίσουν να τα αποχωριστούν (καθώς και να έχουν πρόσβαση σε αυτά ανά πάσα στιγμή). Δικαιούνται προστασία ενάντια σε κάθε εξαναγκασμό για αλλαγή της διαθήκης ή εκχώρηση οικονομικών ή υλικών αγαθών που τους ανήκουν.

Αναφορικά με την ιατρική και φαρμακευτική κακοποίηση:

- Προστασία από κάθε ιατρική και φαρμακευτική κακοποίηση,κακομεταχείριση ή παραμέληση, καθώς και από ακατάλληλη ή υπερβολική ιατρική περίθαλψηή χρήση φαρμάκων.

Αναφορικά με την παραμέληση:

- Προστασία από παραμέληση, έλλειψη υποστήριξης, φροντίδας ήθεραπείας.
- Προστασία από απειλές οποιασδήποτε φύσης. Δικαιούνται τις κατάλληλες συνθήκες, ώστε να αισθάνονται ασφαλείς στον χώρο τους και με τους ανθρώπους που τους περιβάλλουν.
- Πρόσβαση σε κοινωνική ασφάλιση και βοήθεια.

ΑΡΘΡΟ 2: ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΥΤΟΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ

Ελευθερία επιλογής

- Έχουν το δικαίωμα να ζουν αυτοπροσδιοριζόμενοι και ανεξάρτητοι, στον βαθμό που τους το επιτρέπει η σωματική και πνευματική τους κατάσταση, καθώς και να λαμβάνουν συμβουλές και υποστήριξη προς επίτευξη αυτού.
- Έχουν το δικαίωμα να απαιτούν οι απόψεις, οι επιθυμίες και οι επιλογές τους να γίνονται σεβαστές από τους γύρω τους. Έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων που τους αφορούν. Επίσης δικαιούνται να επιλέγουν το μέρος που θα ζουν, ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους, είτε πρόκειται για το σπίτι τους είτε για χώρους επίσημης φροντίδας.
- Έχουν το δικαίωμα να διατηρούν τον έλεγχο της περιουσίας τους και των εισοδημάτων τους, να διαχειρίζονται οι ίδιοι τις οικονομικές και νομικές υποθέσεις και συναλλαγές με το κράτος. Δικαιούνται υποστήριξη προς επίτευξη αυτού.

Υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων

- Έχουν το δικαίωμα να ορίζουν οι ίδιοι το άτομο που επιθυμούν να τους εκπροσωπεί και να παίρνει αποφάσεις εξ ονόματος τους.
- Έχουν το δικαίωμα να ζητάνε δεύτερη γνώμη για την κατάσταση της υγείας τους, πριν ακολουθήσουν κάποια θεραπευτική αγωγή.

- Έχουν το δικαίωμα να απαιτήσουν επαρκή χρόνο, ώστε να εκτιμήσουν προσεκτικά τις λύσεις που τους προτείνονται, να αξιολογήσουν τα σχετικά έγγραφα και να πάρουν αποφάσεις, αφού λάβουν ανεξάρτητες συμβουλές και υποστήριξη.
- Έχουν το δικαίωμα να αφήνουν οδηγίες και αποφάσεις εκ των προτέρων όσον αφορά τη φροντίδα τους, οι οποίες θα εκτελεστούν από άτομο της δικής τους επιλογής, στην περίπτωση που αδυνατούν να λάβουν αποφάσεις οι ίδιοι. Οι επιθυμίες θα πρέπει να γίνονται σεβαστές ανά πάσα στιγμή, ακόμη και όταν τις επικοινωνούν μη λεκτικά ή μέσω άλλου ατόμου της επιλογής τους.

Περιορισμοί στον αυτοπροσδιορισμό

- Δεν επιτρέπεται να υποβάλλονται σε οποιαδήποτε μορφή φυσικού ή πνευματικού περιορισμού εκτός και αν αυτό αποτελεί αντιμετώπιση πιθανού κινδύνου για την ακεραιότητά τους.
- Σε μία τέτοια περίπτωση οποιοσδήποτε τρόπος αντιμετώπισης θα πρέπει να τους διασφαλίζει διαφανή και αξιόπιστη διαδικασία η οποία μπορεί να αντιστραφεί σε περίπτωση παρενόχλησης ή ζημίας.
- Οι ορισμοί για το επίπεδο της πνευματικής τους ικανότητας να παίρνουν αποφάσεις δεν είναι απόλυτες ούτε οριστικές και πρέπει να επανεκτιμώνται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

ΑΡΘΡΟ 3: ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑ

Δικαίωμα στην προσωπική ζωή

- Δικαιούνται σεβασμό της ανάγκης για ιδιωτικότητα. Πρέπει να απολαμβάνουν τη δυνατότητα να έχουν χρόνο και χώρο για τους ίδιους ή με άτομα της επιλογής τους, όταν το επιθυμούν.
- Η προσωπική τους ζωή πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό ανεξάρτητα από το πού

διαμένουν. Σε πρέπει να αποσκοπούν όλοι όσοι ασχολούνται με την υποστήριξή τους, τη φροντίδα και την ιατρική τους περίθαλψη έτσι ώστε να αποφεύγεται κάθε περιορισμός της ιδιωτικότητάς τους, ανεξάρτητα από τον βαθμό φροντίδας και βοήθειας που χρειάζονται.

- Ο σεβασμός της ιδιωτικότητάς τους τεκμαίρεται επίσης από τον βαθμό που λαμβάνονται υπόψη οι απόψεις τους περί σεμνότητας. Δικαιούνται να απαιτούν από τα άτομα που τους φροντίζουν να τους συμπεριφέρονται με ευαισθησία και διακριτικότητα.

Δικαίωμα σε ιδιωτικές πληροφορίες και επικοινωνία

- Δικαιούνται το απαραβίαστο της αλληλογραφίας τους. Κανείς δεν έχει δικαίωμα να λαμβάνει, να ανοίγει ή να διαβάζει τα γράμματά ή το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο τους χωρίς τη συγκατάθεσή τους. Έχουν το δικαίωμα να κάνουν τηλεφωνήματα κατ' ιδίαν.
- Δικαιούνται σεβασμό της ιδιωτικότητάς και στον τρόπο χειρισμού των προσωπικών τους στοιχείων και εγγράφων. Τα προσωπικά τους στοιχεία προστατεύονται από το νόμο.
- Δικαιούνται να απαιτούν οι συζητήσεις για την κατάστασή τους, τη φροντίδα και την ιατρική αγωγή τους – είτε διεξάγονται ενώπιον τους είτε όχι– να γίνονται με ευαισθησία, διακριτικότητα και σεβασμό της ιδιωτικότητάς τους.

ΑΡΘΡΟ 4: ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΕ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΨΗΛΗΣΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ποιότητα φροντίδας

- Δικαιούνται να λαμβάνουν έγκαιρη, υψηλής ποιότητας και οικονομικά προσιτή υγειονομική περίθαλψη και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, οι οποίες θα είναι προσαρμοσμένες στις εξατομικευμένες ανάγκες και επιθυμίες τους, χωρίς καμιά απολύτως διάκριση.

- Δικαιούνται να τους περιθάλπουν άτομα που έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις ώστε να αντιστοιχούν στις ανάγκες τους. Είτε τους φροντίζουν επαγγελματίες είτε συγγενείς είτε άλλα έμπιστα άτομα, πρέπει να έχουν λάβει – και να συνεχίζουν να λαμβάνουν– εξειδικευμένη εκπαίδευση και καθοδήγηση που θα τους επιτρέπει να φέρνουν σε πέρας το έργο τους.
- Δικαιούνται να λαμβάνουν τις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας και βοήθειας που χρειάζονται χωρίς καμιά απολύτως διάκριση.
- Δικαιούνται να λαμβάνουν υποστήριξη για τις καθημερινές τους ανάγκες τη στιγμή που χρειάζονται βοήθεια.
- Αν και όταν εισαχθούν σε ίδρυμα φροντίδας, οι συνθήκες και το κόστος της διαμονής τους πρέπει να εξηγούνται ρητά σε αναλυτικό συμβόλαιο. Οι πληροφορίες για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους πρέπει να είναι σαφείς και εύληπτες. Δικαιούνται να λαμβάνουν συμβουλές πριν και κατά τη διάρκεια της εισαγωγής τους. 4.6 Δικαιούνται να απαιτούν όλα τα άτομα, οι φορείς και οι ομάδες επαγγελματιών που ασχολούνται με τη φροντίδα, την υποστήριξη και την ιατρική περίθαλψή τους να επικοινωνούν, να συνεργάζονται μεταξύ τους και να συντονίζουν προσεχτικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ποιότητα ζωής

- Δικαιούνται να επωφελούνται από μέτρα για την πρόληψη της επιδείνωσης ή μέτρα βελτίωσης της κατάστασής τους, καθώς και από μέτρα που προωθούν την ανεξαρτησία τους στο μέγιστο δυνατό βαθμό.
- Δικαιούνται να κινούνται ελεύθερα στον περιβάλλοντα χώρο τους. Απαγορεύεται να υφίστανται σωματικό ή πνευματικό περιορισμό οποιασδήποτε μορφής, εκτός αν είναι αντικειμενικά για το δικό τους συμφέρον. Τυχόν αποφάσεις για τον περιορισμό τους θα πρέπει να επαναξιολογούνται τακτικά. Δικαιούνται να λαμβάνουν υποστήριξη και ενθάρρυνση της κινητικότητάς τους, στον βαθμό που δεν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι που να την παρεμποδίζουν.
- Δικαιούνται να απαιτούν να λαμβάνονται υπόψη πτυχές του παρελθόντος τους και του μέχρι

τώρα τρόπου ζωής, που έχουν σημασία για τους ίδιους.

ΑΡΘΡΟ 5: ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΕ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ, ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Δικαίωμα πρόσβασης σε προσωπικές και εξατομικευμένες πληροφορίες

- Δικαιούνται να ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας τους και τις διαθέσιμες επιλογές περίθαλψης και φροντίδας. Δικαιούνται ενημέρωση για τις σωματικές ή πνευματικές επιπτώσεις ή τις παρενέργειες που ενδέχεται να προκύψουν από ιατρικές εξετάσεις, φάρμακα ή παρεμβάσεις στον οργανισμό τους και την καθημερινότητα τους. Τα άτομα που τους περιθάλπουν είναι υποχρεωμένα να τους ενημερώνουν για τις πιθανότητες επιτυχίας ή αποτυχίας κάθε ιατρικής παρέμβασης, όπως επίσης και για κάθε διαθέσιμη εναλλακτική λύση.
- Εξακολουθούν να δικαιούνται πρόσβαση στον προσωπικό τους ιατρικό φάκελο. Δικαιούνται να απαιτούν να εποπτεύουν όλα τα έγγραφα και τις εξετάσεις που αφορούν την υγεία τους. Οι νόμιμοι εκπρόσωποί τους έχουν επίσης δικαίωμα πρόσβασης στα εν λόγω έγγραφα, αν τους εξουσιοδοτήσουν, αρκεί να μπορούν να αποδείξουν ότι έχουν έννομο συμφέρον.
- Το δικαίωμα τους να αρνούνται να ενημερωθούν πρέπει επίσης να γίνεται σεβαστό.
- Δικαιούνται να τους απευθύνονται με τρόπο ξεκάθαρο, διακριτικό και κατανοητό σχετικά με τις ιατρικές διαγνώσεις, τη φροντίδα και την περίθαλψή, καθώς αυτό εντάσσεται στο δικαίωμα τους για ενημέρωση και συγκατάθεση πριν από τη λήψη αποφάσεων.
- Πριν από κάθε απόφαση που αφορά τη φροντίδα και την ιατρική τους περίθαλψη δικαιούνται να ενημερώνονται, πριν δώσουν τη συγκατάθεσή τους, όπως επίσης και για κάθε επίπτωση από συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα και κλινικές δοκιμές.
- Έχουν τη δυνατότητα και το δικαίωμα πρόσβασης σε νομικές συμβουλές, νομική υπεράσπιση και εκπροσώπηση, ενώ πρέπει να τους παρέχεται οικονομική βοήθεια, όταν δεν έχουν τους

απαιτούμενους οικονομικούς πόρους.

- Είτε οι ίδιοι είτε άτομο της επιλογής τους δικαιούνται να λαμβάνουν έγκαιρη, σαφή και περιεκτική ενημέρωση για όλες τις υπηρεσίες (καθώς και τις δυνατότητες προσαρμογής της διαμονής) που είναι διαθέσιμες, καθώς και για το ανάλογο κόστος τους.
- Πριν συνάψουν ή τροποποιήσουν οποιαδήποτε συμφωνία ή συμβόλαιο με κάποια υπηρεσία ή φορέα δικαιούνται πλήρη ενημέρωση για το περιεχόμενο της συμφωνίας και τη δυνατότητα να προβούν σε τροποποιήσεις της σε μελλοντική ημερομηνία όσον αφορά τους όρους, τις υπηρεσίες και τις δαπάνες. Η ενημέρωση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους πρέπει να είναι σαφής και εύληπτη.

ΑΡΘΡΟ 6: ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ, ΣΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

- Πρέπει να παρέχονται πληροφορίες και δυνατότητες να συμμετέχουν ελεύθερα και χωρίς εξαναγκασμό στην κοινωνική ζωή ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητές τους. Αυτό συμπεριλαμβάνει την ενημέρωση και τη συμμετοχή στις δουλειές του σπιτιού, σε κοινές δραστηριότητες, γιορτές και κοινωνικές εκδηλώσεις, καθώς και να έχουν τη δυνατότητα να κάνουν έμμισθη ή εθελοντική εργασία και να συμμετέχουν στη δια βίου μάθηση.
- Δικαιούνται κάθε υποστήριξη που απαιτείται, ώστε να είναι σε θέση να επικοινωνήσουν και δικαιούνται να λαμβάνονται υπόψη οι επικοινωνιακές ανάγκες και προσδοκίες σας,
- Δικαιούνται την ελεύθερη μετακίνηση. Αν η κινητικότητά τους είναι εμποδισμένη, δικαιούνται βοήθεια.
- Δικαιούνται ισότιμη πρόσβαση στις νέες τεχνολογίες και κατάλληλη βοήθεια για να τις χρησιμοποιούν.
- Δικαιούνται να συνεχίσουν να ασκούν όλα τα πολιτικά δικαιώματα τους, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος να συμμετέχουν σε πολιτικές εκλογές και, αν είναι απαραίτητο, να λαμβάνουν την απαιτούμενη βοήθεια για το πετύχουν. Το δικαίωμα στην

ελευθερία αποφάσεων πρέπει να γίνεται σεβαστό, όπως επίσης πρέπει να γίνεται σεβαστή από το άτομο που τους βοηθά η μυστικότητα της ψήφου.

ΑΡΘΡΟ 7: ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΗΣ

ΣΚΕΨΗΣ / ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ: ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ, ΔΟΞΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΙΑ

- Δικαιούνται σεβασμό των αξιών και των απόψεών, της φιλοσοφίας και της θρησκευτικής ελευθερίας τους, ανεξάρτητα από το αν τα άτομα που τους φροντίζουν συμμερίζονται τις εν λόγω αξίες και απόψεις.
- Δικαιούνται να συμμετέχουν σε θρησκευτικές τελετές και να λαμβάνουν πνευματική ή θρησκευτική συμπαράσταση και καθοδήγηση, όταν το επιθυμούν, καθώς και να την αρνούνται, όταν δεν την επιθυμούν. Αυτό το δικαίωμα συμπεριλαμβάνει την ελευθερία στο να αλλάξουν θρησκεία ή αντιλήψεις, καθώς και την ελευθερία να λατρεύουν είτε κατ' ιδίαν είτε δημόσια, με άλλους ή μόνοι τους, τη θρησκεία που επιθυμούν.
- Η πολιτιστική κληρονομιά, οι θρησκευτικές δοξασίες και οι λατρευτικές πρακτικές αξίζουν σεβασμό, στο πνεύμα της αμοιβαίας ανεκτικότητας.
- Δικαιούνται να συναναστρέφονται και να συναθροίζονται, όπως επίσης δικαιούνται να αρνηθούν να συναναστρέφονται.
- Δικαιούνται να αναπτύσσουν πλήρως την προσωπικότητά τους ως πολιτικά και κοινωνικά άτομα, καθώς και να διευρύνουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους.
- Δικαιούνται να αρνηθούν ανεπιθύμητες πιέσεις ιδεολογικού, πολιτικού, θρησκευτικού ή προκατελημμένου χαρακτήρα και δικαιούνται να ζητάνε προστασία από τέτοιου είδους πιέσεις.

ΑΡΘΡΟ 8: ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ, ΣΤΟΝ ΣΕΒΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ

- Δικαιούνται βοήθεια, υποστήριξη και αρωγή όταν φτάνουν στο τέλος της ζωής τους. Δικαιούνται μέτρα για την ανακούφιση του πόνου και άλλων βασανιστικών συμπτωμάτων, αν το επιθυμούν.
- Δικαιούνται να απαιτούν να γίνουν όλα όσα είναι εφικτά, ώστε η πορεία τους προς τον θάνατο να είναι αξιοπρεπής και υποφερτή. Τα άτομα που τους περιθάλπουν και τους συνοδεύουν στο τελευταίο στάδιο της ζωής πρέπει να σέβονται τις επιθυμίες τους και να τις λαμβάνουν υπόψη στο μέγιστο δυνατό βαθμό.
- Δικαιούνται να απαιτούν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να συμπεριλάβει και άλλα έμπιστα άτομα / οικείους στη φροντίδα τους κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής τους, καθώς και να τους παρέχει επαγγελματική στήριξη. Η επιθυμία τους να μη συμπεριληφθούν συγκεκριμένοι άνθρωποι πρέπει επίσης να γίνεται σεβαστή.
- Για όσο διάστημα είναι διανοητικά ικανοί έχουν το δικαίωμα να καθορίζουν αν και σε ποιον βαθμό πρέπει να ξεκινά ή να συνεχίζει η ιατρική περίθαλψη, ενόψει του πιθανού επικείμενου θανάτου, καθώς και αν πρέπει να ξεκινήσουν ή να παραληφθούν μέτρα παράτασης της ζωής.
- Κανείς δεν επιτρέπεται να πάρει μέτρα που θα τους οδηγήσουν συστηματικά στον θάνατο, εκτός αν αυτό είναι σύμφωνο με την εθνική νομοθεσία της χώρας διαμονής τους και έχουν δώσει ρητά σχετικές οδηγίες.
- Στην περίπτωση που δεν βρίσκονται σε θέση να εκφραστούν, δικαιούνται να γίνουν σεβαστές οι οδηγίες που έχουν αφήσει εκ των προτέρων όσον αφορά αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής.
- Δικαιούνται τον σεβασμό των επιθυμιών που εξέφρασαν κατά τη διάρκεια της ζωής τους σχετικά με το πώς θέλουν να τους μεταχειριστούν μετά τον θάνατό, το τι θα γίνει η σορός, όπως επίσης να γίνουν σεβαστά τα θρησκευτικά τους πιστεύω.

ΑΡΘΡΟ 9: ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΕΝΔΙΚΑ ΜΕΣΑ

- Δικαιούνται υποστήριξη όταν βρίσκονται σε καταστάσεις όπου υφίστανται κακοποίηση ή κακομεταχείριση είτε λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι είτε σε ίδρυμα.
- Δικαιούνται να απαιτούν οι επαγγελματίες που τους φροντίζουν να είναι εκπαιδευμένοι να αναγνωρίζουν σημάδια κακοποίησης και κακομεταχείρισης και να ενεργούν κατάλληλα για να τους προστατεύουν από άλλα μελλοντικά περιστατικά κακομεταχείρισης.
- Δικαιούνται να ενημερώνονται για τους διαθέσιμους διαύλους για να καταγγείλουν
- ενδεχόμενη κακοποίηση. Δικαιούνται να καταγγείλουν κακοποίηση ή κακομεταχείριση
- χωρίς να φοβούνται τυχόν αρνητικές συνέπειες, όπως επίσης δικαιούνται να απαιτούν ότι οι αρχές θα τους πάρουν στα σοβαρά, όταν προβαίνουν σε καταγγελία.
- Δικαιούνται να απαιτούν να παίρνουν στα σοβαρά την (αναφερόμενη) κατάσταση κακοποίησης ή κακομεταχείρισης όταν προβαίνουν σε καταγγελία, μέχρις ότου διερευνηθεί το θέμα πλήρως.
- Δικαιούνται περίθαλψη για κάθε σωματικό ή ψυχολογικό τραύμα που ενδεχομένως πάθανε εξαιτίας κακοποίησης ή κακομεταχείρισης, μέχρι την πλήρη αποκατάστασή του. Πρέπει επίσης να τους δίνεται χρόνος για να ανακάμψουν με τον δικό τους ρυθμό.

ΑΡΘΡΟ 10: ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

- Να σέβονται τα δικαιώματα και τις ανάγκες όλων των άλλων ανθρώπων που ζουν και εργάζονται στο περιβάλλον τους και να σέβονται τα ενδιαφέροντα και προτιμήσεις της κοινωνίας στην οποία διαβιούν. Τα δικαιώματα και οι ελευθερίες τους θα πρέπει μόνο να περιορίζονται από την ανάγκη να σέβονται παρόμοια δικαιώματα άλλων μελών της κοινωνίας.
- Να σέβονται τα δικαιώματα των ατόμων που τους παρέχουν φροντίδα και να συμπεριφέρονται στο προσωπικό που τους φροντίζει με ευγένεια για να έχει τη δυνατότητα

να εργάζεται σε περιβάλλον απαλλαγμένο από παρενοχλήσεις και κακοποίηση.

- Να σχεδιάζουν το μέλλον τους και να έχουν την ευθύνη των επιπτώσεων των πράξεών τους σε ότι αφορά αυτούς που τους φροντίζουν και τους συγγενείς τους, σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία.

Αυτό συμπεριλαμβάνει:

- Να ορίζεται κάποιο κατάλληλο τρίτο πρόσωπο το οποίο θα έχει το δικαίωμα να αποφασίζει και να συνηγορεί εκ μέρους τους
- Να αφήνουν σαφείς οδηγίες με λεπτομέρειες για τις επιλογές τους όσον αφορά θέματα της υγείας και την ευημερία τους συμπεριλαμβανομένης και της φροντίδας που έχουν ανάγκη. Επίσης απαραίτητες είναι οι διευθετήσεις για την ιδιοκτησία τους και γενικά για τις οικονομικές τους υποθέσεις. Αν δεν μπορούν να τακτοποιήσουν μόνοι τους τα παραπάνω ορίζουν κάποιον συγγενή ή άλλον αντιπρόσωπο ο οποίος θα έχει το δικαίωμα να παίρνει αποφάσεις εκ μέρους τους, σεβόμενος πάντα τις επιθυμίες τους όπου αυτό είναι δυνατό.
- Την ενημέρωση των αρμόδιων αρχών και όσους τους περιβάλλουν για τυχόν περίπτωση κακοποίησης, κακής συμπεριφοράς ή παραμέλησής τους.

Παράρτημα 4 – Αδειοδοτημένες μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων

A/A	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
1	«ΑΓΙΟΣ ΔΩΡΟΘΕΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
2	«ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
3	«ΑΥΡΑ-ΑΓ. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
4	«ΣΤΕΓΗ ΓΕΡΟΝΤΩΝ Ι.Ν. ΑΓ. ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΖΩΓΡΑΦΟΥ» Ενοριακό Φιλόπτωχο Ταμείο	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
5	«Ο ΚΑΛΟΣ ΣΑΜΑΡΕΙΤΗΣ» Ιεράς Μητρόπολης Ν.Ιωνίας & Φιλαδελφείας	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
6	«ΕΛΕΗΜΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ-ΠΤΩΧΟΚΟΜΕΙΟ» (ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ) Περίπτερο «Βασ. Όλγα»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
7	«ΕΛΕΗΜΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ-ΠΤΩΧΟΚΟΜΕΙΟ» (ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ) Περίπτερο «Κονσόλειο»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
8	«ΕΛΕΜΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ-ΠΤΩΧΟΚΟΜΕΙΟ» για την «Εστία Αθηνών»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
9	«ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
10	«ΑΤΤΙΚΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
11	«MAISON SOFOS»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
12	«ΕΛΠΙΣ Ε.Π.Ε.»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
13	«ΒΑΣΙΛΑΚΕΙΟΝ Μ.Ε.Π.Ε.»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
14	«ΑΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
15	«ILISIA CARE»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
16	«HAUS KORONAIOS»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
17	«ΣΤΕΓΗ ΚΑΤΑΚΟΙΤΩΝ ΓΕΡΟΝΤΩΝ» Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
18	«Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΘΕΟΤΟΚΟΥ»- Φιλανθρωπικό Ίδρυμα «Ο Ευαγγελισμός της Θεοτόκου»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
19	«ΣΤΕΓΗ ΓΕΡΟΝΤΩΝ Ι.Ν. ΑΓΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΥ» Ενοριακό Φιλόπτωχο Ταμείο	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
20	«ΚΕΝΤΡΟ ΕΝΟΡΙΑΚΗΣ ΑΓΑΠΗΣ ΑΓ.ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ» Ενοριακό Φιλόπτωχο Ταμείο	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
21	«ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ» ΙΔΡΥΜΑ ΤΗΣ ΙΕΡΑΣ ΑΡΧΙΕΠΙΣΚΟΠΗΣ ΑΘΗΝΩΝ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
22	"ΚΛΩΘΩ"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Κεντρικός Τομέας
23	D.K. FAMILY CARE LTD «ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
24	ΚΑΡΑΜΑΝΛΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ / ΕΥΖΩΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
25	Προσαλικά Ευαγγέλια «ΕΥ ΓΗΡΑΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
26	«ΟΙΚΟΣ ΕΥΓΗΡΙΑΣ ΤΙΜΙΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ» / ΙΕΡΑ ΜΟΝΗ ΤΙΜΙΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
27	«ΑΚΤΙΟΣ, ΜΟΝΑΔΑ ALZHEIMER» /ΑΚΤΙΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
28	ΣΠΑΝΟΣ Φ Δ ΚΑΙ ΣΙΑ ΕΕ/ΚΟΣΜΑΣ Ο ΑΙΤΩΛΟΣ 2	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
29	ΑΚΤΙΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΕ «ΑΚΤΙΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
30	ΟΑΣΙΣ ΟΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
31	ΟΜΟΡΦΗ ΙΡΙΔΑ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
32	«ΟΜΟΡΦΗ ΙΡΙΔΑ ΕΕ» Σαρρημανώλειο ΕΠΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
33	Ελληνικός Βιβλικός Σύνδεσμος «ΛΩΙΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
34	ΘΑΛΛΩ ΑΕ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΗ- ΟΙΚΟΔΟΜΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ «ΘΑΛΛΩ Α.Ε.»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
35	Κοτσιώνης Κων/νος «ΘΑΛΕΡΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
36	ΑΡΓΥΡΩ ΝΙΚΟΛΗ Ε.Π.Ε. «ΘΑΛΠΩΡΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
37	ΑΚΤΙΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΕ «ΑΚΤΙΟΣ ΑΡΤ ΠΑΛΑΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
38	Ροσιδάκης Αντ. «ΕΣΤΙΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ Α.Ε.»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
39	ΤΣΟΥΛΟΥΦΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ «Η ΑΓΑΠΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
40	ΣΠΑΝΟΣ Φ.Δ. ΚΑΙ ΣΙΑ ΕΕ «ΚΟΣΜΑΣ Ο ΑΙΤΩΛΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
41	ΟΡΘΟΔΟΞΗ ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΓΩΝΙΑ «ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΗΣ ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗΣ ΑΓΑΠΗΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
42	Ν. ΜΑΚΡΗΣ & ΣΙΑ ΕΕ «ΒΙΛΛΑΖ ΠΕΝΤΕΛΗΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
43	ΤΟΥΡΙΚΗΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ / ΧΑΡΙΣ CARE	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
44	Ιερά Αρχιεπισκοπή καθολικων αθηνων «Ο Καλός Σαμαρείτης»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
45	ΠΡΟΣΑΛΙΚΑΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ & ΣΙΑ "ΙΑΣΩ"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
46	Χριστιανική Αδελφότητα «ΕΙΡΗΝΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
47	Νικόλαος Λιακουτσής και ΣΙΑ ΕΕ «ΞΕΝΙΟΣ ΖΕΥΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
48	Φραγκάκης Βασίλειος «ΑΘΗΝΑΪΚΟ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
49	ΣΟΦΙΑ ΜΠΟΥΤΣΙΝΗ Ι.Κ.Ε. «RELAX PALACE Νο 4»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
50	ΟΙΚΟΣ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ & ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ Α.Δ. ΣΑΜΕΛΛΑΣ Α.Ε. «Το Θάλπος»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
51	IASIS GROUP CARE ΧΑΛΑΝΔΡΙ ΙΚΕ ΟΜΟΡΦΗ ΙΡΙΔΑΧΑΛΑΝΔΡΙ ΕΕ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
52	ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΟΛΔΑΤΟΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Ι.Κ.Ε. / FAMILY CARE Μ.ΙΚΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
53	Κλούρα Αικατερίνη «ΘΕΟΞΕΝΙΑ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
54	Δ&Π ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΟΕ / «AMERICAN REST HOME»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
55	Καλλίρη Ερωφύλλη «REST PALACE»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
56	ΙΑΣΙΣ GROUP CARE ΝΕΟ ΨΥΧΙΚΟ ΙΚΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
57	ΨΥΧΙΚΟ HOME CARE ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΙΚΕ/Σ.ΠΑΠΑΧΡΟΝΗΣ και ΣΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
58	Φούσα Ελένη «MAISON DE REPOS» ΠΡΟΤΥΠΟΣ ΜΟΝΑΔΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Ε.Π.Ε.	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
59	ΙΕΡΑ ΜΗΤΡΟΠΟΛΗ ΝΕΑΣ ΙΩΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΦΙΛΑΔΕΛΦΕΙΑΣ/ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΗ ΣΤΕΓΗ ΓΕΡΟΝΤΩΝ ΠΑΝΑΓΙΑ ΕΛΕΟΥΣΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
60	ΚΑΛΛΙΣΤΩ ΠΡΟΤΥΠΟ ΚΕΝΤΡΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΙΚΕ « ΚΑΛΛΙΣΤΩ ΙΚΕ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
61	«ΗΡΑΚΛΕΙΟΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΙΚΕ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
62	ΡΟΔΙ ΦΙΛΟΘΕΗ ΙΚΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
63	«Centaurea Seniors Care»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Βόρειος Τομέας Αθήνας
64	«ΒΙΛΛΑ ANNA ΜΑΡΙΑ» Σ.Κριταράκος ΑΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής
65	«ΚΟΡΑΛΙ ΕΠΕ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής
66	«ΑΝΑΡΡΩΤΗΡΙΟ ΑΓΙΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ» ΧΡ. ΣΤΑΦΥΛΑ - Μ. ΔΕΣΠΟΥ ΟΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής
67	«ΕΥ ΖΗΝ» Τοξότης ΑΞΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής

A/A	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
68	ATHENS GERONTOLOGIKO KENTRO BOYΛAΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής
69	«ΣΚΕΠΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ»-Ίδρυμα Σκέπη Πρόνοιας	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής
70	Σωματείο Στέγη Αγάπης «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής
71	I.M. Μεσόγαιας & Λαυρεωτικής Εκκλησιαστικό Γηροκομείο «Η ΑΝΑΣΤΑΣΙΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής
72	«ΑΡΗΤΗ» ΗΒΗ Ανώνυμη Εταιρεία Ανέγερσης και Εκμετάλλευσης ΜΦΗ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής
73	«ΝΕΑ ΘΑΛΠΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ- Δ. ΚΑΜΠΑΝΑΡΟΣ Α.Ε.»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής
74	«ΔΙΩΝΗ» Διώνη-Φροντίς Α.Ε.	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής
75	Φιλανθρωπικός Σύλλογος Ισραηλιτών Αθηνών «ΡΕΣΤΕΙΟΝ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής
76	Σωματείο Κωνστα/πολιτών «ΕΣΤΙΑ ΚΩΝΣΤ/ΠΟΛΕΩΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής
77	Χατζηελένη Χρυσούλα & ΣΙΑ Ο.Ε. «ΒΗΘΑΝΙΑ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής
78	ΑΚΤΙΟΣ ΟΔΗΓΟΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής
79	"ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Ανατολικής Αττικής

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
80	Α΄ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «ΜΕΡΟΠΕΙΟΥ» Φιλανθρωπικού Ιδρύματος	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
81	«Η ΑΓΙΑ ΤΡΙΑΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
82	«RIAL»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
83	«ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ ΑΓΩΝΙΣΤΗ» Ίδρυμα Περίθαλψης Ηλικιωμένων Αγωνιστών	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
84	«ΕΛΙΑ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
85	«ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΕΠΕ PERLA»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
86	“SIVILLA”	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
87	«ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ-ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΗΣ ΑΓΑΠΗΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
88	«Η ΜΕΓΑΛΟΧΑΡΗ ΙΚΕ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
89	«ΜΕΓΑΛΟΧΑΡΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
90	"Η ΜΕΓΑΛΟΧΑΡΗ ΙΚΕ"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
91	«OLIVIA HEALTH HOUSE»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
92	ΟΙΚΟΣ ΓΑΛΗΝΗΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟ «ΕΣΤΙΑ Ν. ΣΜΥΡΝΗΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
93	«ΡΕΓΓΙΝΕΙΟΝ »	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
94	«ΑΔΩΝΙΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας

A/A	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
95	«GRAND CARE»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
96	«OLD CARE»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
97	ΔΕΛΦΙΝΙ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
98	«ΕΛΕΥΘΕΡΩΤΡΙΑ ΙΚΕ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
99	« ΙΟΛΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
100	“GOLDEN CARE” ιδιοκτησίας ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
101	«ΕΚΑΒΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
102	«ΑΓΙΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Νότιος Τομέας
103	«Η ΣΤΟΡΓΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Δυτικός Τομέας Αθηνών
104	«MAX CARE»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Δυτικός Τομέας Αθηνών
105	"ΛΕΩΝΙΑ"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	Δυτικός Τομέας Αθηνών
106	ΜΦΗ του Φιλανθρωπικού Σωματείου «Πανελλήνιος Ένωσις Ορθοδόξων Χριστιανών ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΦΑΝΕΡΩΜΕΝΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Δυτικής Αττικής
107	«Η ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ» (πρώην Αρμενίων)	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
108	«Ο ΛΥΤΡΩΤΗΣ» Ορθόδοξη Χριστιανική Αδελφότητα	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
109	Πειραϊκό Οικοτροφείο «ΜΑΡΕΠΗ» Ε.Π.Ε.	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
110	Ρούσης Σ. «ΟΛΥΜΠΙΟΝ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
111	«ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ» (ΣΤΟΡΓΗ ΓΕΡΟΝΤΩΝ)	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
112	ΠΑΤΣΟΥΡΕΑΣ 1	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
113	ΠΑΤΣΟΥΡΕΑΣ 2	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
114	«ΑΓΙΑ ΜΑΡΙΝΑ» Ψαρράς Β.	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
115	«ΑΓΙΑ ΕΙΡΗΝΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
116	«ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
117	«ΓΑΛΗΝΟΣ» Ε.Π.Ε	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
118	Άσυλο Πενήτων Β. Αθανασίου Πρωθιερέως «ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
119	"ΑΓ. ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ"-Α. Μπαλτσαβιά και ΣΙΑ ΟΜΟΡΡΥΘΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
120	Π. Νικητίδης & ΣΙΑ Ο.Ε «ΕΥΓΗΡΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
121	Ταμπακάκη Ε.Π.Ε «ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
122	ΑΓΚΑΛΗ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
123	ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ ΕΥΣΤΑΘΙΑΔΗΣ – ΖΑΙΡΑ ΤΣΕΦΛΙΚΑ ΕΠΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
124	"ΟΛΙΒΙΑ HOUSE" ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΙΚΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Πειραιά
125	«SANS SOUCI»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Νήσων
126	Γηροκομείο Φανερωμένης «ΑΓΙΟΣ ΛΑΥΡΕΝΤΙΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Νήσων
127	Οίκος Ευγηρίας «ΚΑΣΙΜΑΤΕΙΟΝ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕ Νήσων
128	«Ο ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Λέσβου
129	«ΜΙΧΑΛΕΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΣ ΕΥΓΗΡΙΑΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Λέσβου
130	«ΑΚΤΗ ΜΙΣΤΕΓΝΩΝ ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΗ Α.Ε.»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Λέσβου
131	«Ζαχάρειος Πρότυπος ΜΦΗ Η ΑΓΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Λέσβου
132	Σωματείο-Αδελφότης «Ο ΚΑΛΟΣ ΣΑΜΑΡΕΙΤΗΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Λήμνου
133	Γηροκομείο ΧΙΟΥ «ΖΩΡΖΗ Γ. ΜΙΧΑΛΗΝΟΥ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Χίου
134	ΟΙΚΟΣ ΕΥΓΗΡΙΑΣ ΚΑΡΔΑΜΥΛΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΜΑΡΙΝΑ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Χίου
135	ΟΙΚΟΣ ΕΥΓΗΡΙΑΣ «ΛΕΜΟΝΙΑ ΚΟΛΛΙΑ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Χίου
136	Εκκλησιαστικό Γηροκομείο Καρλοβάσου «Ευγηρίας Πρόνοια»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Σάμου

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
137	«Η ΜΕΓΑΛΟΧΑΡΗ ΤΗΝΟΥ» του Πανελληνίου Ιερού Ιδρύματος Ευαγγελιστρίας Τήνου	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Τήνου
138	«ΠΤΩΧΟΚΟΜΕΙΟ-ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΦΙΛΟΠΤΩΧΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΜΟΥΠΟΛΗΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Σύρου
139	«Ησυχαστήριο ΠΑΝΑΓΙΑ ΤΗΣ ΕΛΠΙΔΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Σύρου
140	Οίκος Ευγηρίας Ποιμαντικής Μέριμνας «ΠΑΝΑΓΙΑ ΕΚΑΤΟΝΤΑΠΥΛΙΑΝΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Πάρου
141	«ΣΟΛΩΝΕΙΟΝ ΕΥΓΗΡΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ ΚΑΛΥΜΝΟΥ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Καλύμνου
142	"ΟΙΚΟΣ ΕΥΓΗΡΙΟΣ Ι.Μ. ΚΩ ΚΑΙ ΝΙΣΥΡΟΥ, Ο ΑΓΙΟΣ ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ "	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕ Κω
143	ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ ΔΑΓΚΛΗΣ ΑΕ «ΑΓΙΑ ΚΥΡΙΑΚΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
144	«ΔΙΑΜΑΝΤΙΔΕΙΟΣ ΣΤΕΓΗ»της Μέριμνας Ποντίων Κυριών	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
145	ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ «ΣΑΟΥΛ ΜΟΔΙΑΝΟ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
146	Αρχοντικό Γερόντων-Σωματείο Αγίος Βασιλείος -«ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΑ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
147	«ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ 2»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
148	«ΑΓΙΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
149	“ΕΣΤΙΑ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ-ΣΤΕΓΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ-ΜΚ ΤΗΣ Ι.Μ. & ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΕΩΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
150	ΜΦΗ Έδεσσας «ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ & ΑΜΑΛΙΑ ΔΙΖΑ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Πέλλας
151	«ΣΩΣΣΙΔΕΙΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Ημαθίας
152	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΟΥΣΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Ημαθίας
153	Χριστιανικό Σπίτι Ηλικιωμένων «Ο ΚΑΛΟΣ ΣΑΜΑΡΕΙΤΗΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Πιερίας
154	Εκκλησιαστικό Γηροκομείο της Ιεράς Μητροπόλεως Κίτρους Κατερίνης & Πλαταμώνος	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Πιερίας

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
155	Ι.Μ. Ιερισσού- Αγίου Όρους – Αρδαμερίου-ΙΔΡΥΜΑ ΑΓΑΠΗΣ-ΟΙΚΟΣ ΕΥΓΗΡΙΑΣ «Η ΠΑΝΑΓΙΑ ΤΟΥ ΑΚΑΘΙΣΤΟΥ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Χαλκιδικής
156	«ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΕΙΟΣ ΣΤΕΓΗ» (Πτέρυγα Α. Άντζελας Μωυσιάδου)	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Σερρών
157	«ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΕΙΟΣ ΣΤΕΓΗ» Πτέρυγα Β. Γεωργίου & Σουζάνας Γεωργιάδου του Στεργίου	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Σερρών
158	«ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΕΙΟΣ ΣΤΕΓΗ» Πτέρυγα Αφροδίτης & Φωτεινής Νικολάου Κυρατζοπούλου	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Σερρών
159	ΑΛΚΜΗΝΗ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Σερρών
160	«ΜΥΡΤΙΑ Α.Ε.»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
161	Πρότυπα Γηροκομεία Α.Ε. «Ευ Ζην»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
162	«ΧΑΡΙΣΕΙΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
163	«Ο ΚΑΛΟΣ ΣΑΜΑΡΕΙΤΗΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
164	«ΚΡΕΟΥΖΙΟΣ ΟΙΚΟΣ ΕΥΓΗΡΙΑΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
165	«ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ Α.Ε»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
166	Ι. Πασχαλέρης Α.Ε. «ΦΡΟΝΤΙΖΩ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
167	«ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ» Οικοτροφείο Ηλικιωμένων	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
168	Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων "Άγιος Νικόλαος" Α.Ε	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
169	«Άγιος Γεώργιος 1»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
170	«ΑΓΗΡΩ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕ Θεσσαλονίκης
171	«ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΙΑΣ» ιδιοκτησίας Βουγιουκλή Ηλία του Γεωργίου	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ	ΠΕ Δράμας

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
		ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	
172	Χριστιανικός Σύλλογος Κομοτηνής «Η ΟΡΘΟΔΟΞΙΑ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΠΕ Ροδόπης
173	«Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ» ΙΕΡΑΣ ΜΗΤΡΟΠΟΛΗΣ ΞΑΝΘΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΕΩΡΙΟΥ ΞΑΝΘΗΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΠΕ Ξάνθης
174	ΜΦΗ Ξάνθης «Ο ΜΕΓΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΠΕ Ξάνθης
175	«ΙΩΑΚΕΙΜΕΙΟ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΠΕ Έβρου
176	Σταυρίδειο Εκκλησιαστικό Ίδρυμα Περίθαλψης Χρονίως Πασχόντων «ΑΓΙΟΣ ΚΥΠΡΙΑΝΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΠΕ Έβρου
177	Πολίτειο Γηροκομείο «Η ΑΓΙΑ ΑΝΘΟΥΣΑ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΠΕ Καβάλας

A/A	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
178	«ΠΟΥΛΙΔΕΙΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ» Φιλόπτωχος Αδελφότης Κυριών Καβάλας	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΠΕ Καβάλας
179	«ΚΩΝΣΤΑΝΤΕΙΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ» Φιλανθρωπικό Σωματείο «Ο ΜΕΓΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΠΕ Καβάλας
180	Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων & Χρονίως Πασχόντων «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΙΛΑΣ» «ΠΡΟΚΟΠΕΙΟΝ» Ιερά Μητρόπολη Νεαπόλεως και Θάσου	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΠΕ Καβάλας
181	«ΡΑΧΟΥΤΕΙΟΝ ΙΔΡΥΜΑ» Ιεράς Μητρόπολης Φθιώτιδας	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Φθιώτιδας
182	ΜΠΑΡΛΑ ΕΠΕ «ΓΩΝΙΑ ΣΤΟΡΓΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Φθιώτιδας
183	ΙΔΡΥΜΑ ΠΕΤΡΗ - ΣΤΕΓΗ ΓΕΡΟΝΤΩΝ Ι Μ ΦΘΙΩΤΙΔΟΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Φθιώτιδας
184	Μέρμνα Γήρατος «ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ & ΜΑΙΡΗ ΑΚΡΙΔΑ» Ιεράς Μητρόπολης Φθιώτιδας	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Φθιώτιδας
185	Αφοί Ιωάννου Μακρή Ο.Ε. «ΘΑΛΠΩ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Φθιώτιδας
186	Θωμάη Μπακοπούλου-Κυρίτση Ο.Ε. «ΧΑΡΑ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Φθιώτιδας

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
187	ΜΑΚΡΗ ΜΑΡΙΑ-ΑΓΓΕΛΙΚΗ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Φθιώτιδας
188	ΡΟΛΑΤΣΙΔΙΣ CARE Ε.Ε.	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Φθιώτιδας
189	ΜΗΤΕΡΑ ΙΚΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Φθιώτιδας
190	«ΕΣΤΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Βοιωτίας
191	ΚΕΝΤΡΟ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΓ. ΠΟΡΦΥΡΙΟΣ ΙΕΡΑΣ ΑΡΧΙΕΠΙΣΚΟΠΗΣ ΑΘΗΝΩΝ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Βοιωτίας
192	Ίδρυμα Χρονίως Πασχόντων «ΔΙΑΚΟΝΙΑ ΑΓΑΠΗΣ» Ιερά Μητρόπολη Θηβών & Λεβαδειάς	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Βοιωτίας
193	Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων «Ο ΑΓΙΟΣ ΒΛΑΣΙΟΣ» ΙΜΘΛ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Βοιωτίας
194	Γηροκομείο Ο.Χ.Ε.Κ.	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Βοιωτίας
195	ΕΝΟΡΙΑΚΗ ΣΤΕΓΗ ΓΕΡΟΝΤΩΝ ΜΦΗ «ΑΓΙΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Ο ΜΕΓΑΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Βοιωτίας
196	«ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ» Μονοπρόσωπη Ι.Κ.Ε.	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Βοιωτίας
197	ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ «Ο ΟΣΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ο ΡΩΣΟΣ» ΙΜΧ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Εύβοιας

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
198	«ΑΝΘΕΜΙΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Εύβοιας
199	«ΕΡΑΤΩ» - «Γαληνός Α.Ε.» Χρήστου και Όλγας Γεροβασίλη	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	ΠΕ Μαγνησίας & Σποράδων
200	«ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	ΠΕ Μαγνησίας & Σποράδων
201	Δημοτικό Γηροκομείο Λάρισας	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	ΠΕ Λάρισας
202	ΠΑΝΑΓΙΑ ΑΡΜΕΝΙΩΤΙΣΣΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	ΠΕ Λάρισας
203	«ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΖΩΣΙΜΑΔΩΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	ΠΕ Ιωαννίνων
204	«ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΥ ΖΩΣΙΜΑΔΩΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	ΠΕ Ιωαννίνων
205	«VILLA VERDE» Χρήστου Κ. Ζαμπίρα	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	ΠΕ Ιωαννίνων
206	Γηροκομείο «ΓΕΩΡΓΙΟΥ & ΣΟΦΙΑΣ ΜΑΤΣΟΥ» Ιεράς Μητροπόλεως Άρτας	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	ΠΕ Άρτας
207	«ΕΥΓΗΡΙΑΣ ΙΔΡΥΜΑ» Ιεράς Μητροπόλεως Νικοπόλεως και Πρεβέζης	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	ΠΕ Πρέβεζας
208	«ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΣ Οίκος Ευγηρίας & Χρονίων Παθήσεων Πατρών» (τέως πτωχοκομείο « Ο Απόστολος Ανδρέας»)	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Αχαΐας

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
209	«Αγάπης Μέλαθρον Ο ΑΓΙΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΕΝ ΑΙΓΙΩ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Αχαΐας
210	«ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» ΑΦΟΙ Τακόπουλοι ΑΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Αχαΐας
211	«ΚΑΛΛΙΜΑΝΟΠΟΥΛΕΙΟ Εκκλησιαστικό Διακονικό Κέντρο»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Αχαΐας
212	«Η ΑΓΙΑ ΣΚΕΠΗ» Χριστιανική Εστία Πατρών	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Αχαΐας
213	Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα «ΑΦΡΟΔΙΤΗ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Αχαΐας
214	«ΣΕΛΙΒΕΙΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Αιτωλοακαρνανίας
215	«ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Αιτωλοακαρνανίας
216	Άσυλον Αναπήρων-Γηροκομείο «ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΚΑΘΟΛΙΚΗ» Γαστούνη	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Ηλείας
217	Άσυλο Ανιάτων & κατάκοιτων γερόντων «Η ΝΕΑ ΒΑΣΙΛΕΙΑΣ ΛΑΣΤΕΪΚΩΝ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Ηλείας
218	Ίδρυμα Χρονίως Πασχόντων & Κατάκοιτων Γερόντων «ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΛΑΧΕΡΝΑ» Κάτω Παναγιά Κυλλήνης	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Ηλείας
219	«ΑΙΝΕΙΑΣ Ι.Κ.Ε.»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕ Ηλείας

A/A	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
220	Χριστιανικός Φιλανθρωπικός Όμιλος «Η ΑΓΙΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ» Γηροκομείο Άργους	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕ Αργολίδας
221	Οίκος Ευγηρίας-Πρόνοια «ΜΑΡΙΑΣ Κ. ΡΑΔΟΥ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕ Αργολίδας
222	Ίδρυμα Περιθάλψεως Ηλικιωμένων & Χρονίως Πασχόντων ατόμων «Ο ΑΓΙΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕ Αρκαδίας
223	ΔΕΚΑΖΕΙΟ Γηροκομείο Τρίπολης «ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕ Αρκαδίας
224	Εκκλησιαστικό Γηροκομείο Κορίνθου «ΤΟ ΕΡΓΟΝ ΤΟΥ ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ ΠΑΥΛΟΥ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕ Κορινθίας
225	Εκκλησιαστικό Γηροκομείο «ΟΙΚΟΣ ΑΓΙΑΣ ΕΛΕΝΗΣ» της Ιεράς Μονής Οσίου Παταπίου Λουτρακίου	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕ Κορινθίας
226	«Γηροκομείο Σπάρτης ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕ Λακωνίας
227	ΜΟΝΑΔΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΑΜΕΝΩΝ «ΜΥΣΤΡΑΛ ΜΕΛΑΘΡΟΝ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕ Λακωνίας
228	«ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΚΕΙΟΝ ΙΔΡΥΜΑ (ΠΤΩΧΟΚΟΜΕΙΟΝ-ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΝ)»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕ Μεσσηνίας
229	«Η ΣΤΕΓΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕ Μεσσηνίας
230	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΣ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ Α.Ε.	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕ Μεσσηνίας

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
231	ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ (ΟΙΚΟΣ ΕΥΓΗΡΙΑΣ ΑΡΓΟΣΤΟΛΙΟΥ)	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	ΠΕ Κεφαλληνίας
232	"ΜΟΝΑΔΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	ΠΕ Κεφαλληνίας
233	ΙΔΡΥΜΑ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ 'Η ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ'	ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	ΠΕ Κέρκυρας
234	Γηροκομείο - Πτωχοκομείο Κέρκυρας	Ιονίων Νήσων	ΠΕΚέρκυρας
235	«ΟΙΚΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΛΕΥΚΑΔΑΣ» Ιερά Μητρόπολη Λευκάδας & Ιθάκης	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	ΠΕ Λευκάδας
236	"ΗΡΑ 1"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΕ Ηρακλείου
237	Πρότυπος Ξενώνας Ηλικιωμένων "ΗΛΙΑΧΤΙΔΑ"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΕ Ηρακλείου
238	"ΝΗΣΤΙΚΑΚΕΙΟΣ ΜΦΗ"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΕ Ηρακλείου
239	"ΖΕΣΤΗ ΑΓΚΑΛΙΑ"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΕ Ηρακλείου
240	"ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΓΟΡΓΟΕΠΗΚΟΟΣ"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΕ Ηρακλείου
241	ΜΦΗ Ενορίας ΑΓΙΑΣ ΤΡΙΑΔΟΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΕ Λασιθίου

Α/Α	Επωνυμία	Περιφέρεια	Περ. Ενότητα
242	"ΚΕΝΤΡΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΓΕΡΟΝΤΙΣΣΑ"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΕ Λασιθίου
243	ΜΦΗ Ιεράς Μητροπόλεως Πέτρας & Χερρονήσου «Η ΜΕΓΑΛΗ ΠΑΝΑΓΙΑ»	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΕ Λασιθίου
244	"ΓΕΡΑΚΑΡΙ ΑΓΚΑΛΗ HOMES"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΕ Ρεθύμνου
245	"Η ΑΓΙΑ ΑΝΝΑ"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΕ Χανίων
246	"Η ΑΓΙΑ ΤΡΙΑΣ"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΕ Χανίων
247	"Η ΑΓΙΑ ΣΚΕΠΗ"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΕ Χανίων
248	"ΓΑΛΗΝΗ HOME"	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΕ Χανίων

Παράρτημα 5 – Ανάλυση χρονίων νοσημάτων ηλικιωμένων

Υπέρταση

Πάνω από το 50% των ανθρώπων άνω των 65 ετών έχουν υπέρταση και όσο ανεβαίνει η ηλικία αυξάνεται και η συχνότητα. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων, εμφανίζεται η μεμονωμένη συστολική υπέρταση. Η αρρυθμιστη αρτηριακή πίεση θα οδηγήσει σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σε νεφρική και καρδιακή ανεπάρκεια και σε στεφανιαία νόσο. Χρειάζεται λοιπόν υπολιπιδαιμική δίαιτα, με κατανάλωση λιγότερου αλατιού, καλό σωματικό βάρος, διακοπή του καπνίσματος και άσκηση. Οι τιμές – στόχοι είναι οι ίδιες με αυτές των νεότερων ατόμων, δηλαδή πίεση κάτω από 140 με 90 mmHg. Όλες οι κατευθυντήριες οδηγίες συμφωνούν ότι στον ηλικιωμένο θα χορηγήσουμε τα αντιυπερτασικά πρώτης γραμμής όπως ακριβώς και στους νεότερους, με ιδιαίτερη προσοχή βέβαια στη δοσολογία, στην πολυφαρμακία και στη συμμόρφωση. Οι ηλικιωμένοι έχουν διαταραχές στη νεφρική και ηπατική λειτουργία και μπορεί να έχουν διαταραχές μνήμης και συμπεριφοράς. Επίσης προσοχή χρειάζεται στα πιθανά επεισόδια ορθοστατικής υπότασης.

Στεφανιαία νόσος

Η στεφανιαία νόσος οφείλεται σε πολλούς παράγοντες κινδύνου όπως η αθηροσκλήρωση, η υπέρταση, ο διαβήτης, το κάπνισμα, η παχυσαρκία. Η νοσηρότητα και η θνητότητα της νόσου αυξάνει με την ηλικία και μάλιστα απότομα σε ηλικίες άνω των 75 ετών. Λόγω της μειωμένης κινητικότητας των ηλικιωμένων, τα συμπτώματα της στεφανιαίας νόσου δεν είναι πάντα εμφανή. Επίσης η εξασθενημένη μνήμη μπορεί να περιορίσει την ακρίβεια του ιστορικού. Στο 20 έως 50% των ασθενών ηλικίας άνω των 65 ετών έχει αναφερθεί έλλειψη συμπτωμάτων στη διάρκεια ισχαιμίας όπως φάνηκε στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (σιωπηλή ισχαιμία). Διαγνωστικά η δοκιμασία κόπωσης, συνήθως με τη χρησιμοποίηση τροποποιημένων πρωτοκόλλων, προσφέρει πληροφορίες για τη διάγνωση ή την εκτίμηση της ήδη γνωστής στεφανιαίας νόσου, καθώς και για την λειτουργική

ικανότητα και την ανοχή στην κόπωση του ηλικιωμένου. Για τα άτομα που δεν μπορούν να ασκηθούν χρησιμοποιούνται δοκιμασίες φαρμακευτικής κόπωσης όπως η ηχοκαρδιογραφία φόρτισης (stressechocardiography) και το πυρηνικό σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου. Για την εκτίμηση της καρδιάς σε ηρεμία είναι χρήσιμο το ηχοκαρδιογράφημα. Στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση του κινδύνου και η ανακούφιση των συμπτωμάτων. Σε γενικές γραμμές δεν υπάρχει διαφοροποίηση της θεραπείας σε σχέση με τους νεότερους σε ηλικία ασθενείς. Καταπολέμηση των παραγόντων κινδύνου και φαρμακευτική αγωγή είναι η βάση της αντιμετώπισης. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στη μυοπάθεια που μπορεί να εμφανισθεί ως παρενέργεια των στατινών και του συνδυασμού φαρμάκων, καθώς και στη χρήση νιτρωδών παραγόντων λόγω της πιθανής ορθοστατικής υπότασης που προκαλούν.

Ο ηλικιωμένος έχει μικρότερο σκελετό, λιγότερη μυϊκή μάζα και έχει συχνά πολυσυστηματική νόσο (όπως η νεφρική ανεπάρκεια και κυρίως αυτή που σχετίζεται με το διαβήτη). Η επαναγγείωση με την τοποθέτηση stents ή με την αορτοστεφανιαία παράκαμψη χρησιμοποιούνται συχνά στους ηλικιωμένους, αφού ανακουφίζουν από τη στηθάγχη και προσφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Η ηλικία όμως αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών (όπως το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, οι αιμορραγίες, η λοίμωξη, το περιεγχειρητικό έμφραγμα, η νεφρική ανεπάρκεια).

Καρωτιδική νόσος και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Ο κίνδυνος για εγκεφαλικό επεισόδιο αυξάνεται πολύ με την ηλικία, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν παράγοντες κινδύνου (υπέρταση, αθηροσκλήρωση, διαβήτης). Η στένωση των καρωτίδων ευθύνεται για το 25% των εγκεφαλικών επεισοδίων και αναγνωρίζεται από την παρουσία στένωσης 70-80% στο triplex καρωτίδων. Η αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου και η χορήγηση αντιαιμοπεταλιακής ή αντιπηκτικής αγωγής προλαμβάνουν το εγκεφαλικό επεισόδιο και είναι απαραίτητα κυρίως σε ασθενείς με προηγούμενο επεισόδιο, κολπική μαρμαρυγή, στεφανιαία νόσο ή καρδιακή ανεπάρκεια.

Περιφερική αρτηριοπάθεια

Συχνή πάθηση των ηλικιωμένων. Η παρουσία της αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακά αίτια. Συχνότερο σύμπτωμα είναι η διαλείπουσα χλωρότητα, με ένα ποσοστό 20% της νόσου να διαδράμει ασυμπτωματικά. Χρειάζεται αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου, απώλεια σωματικού βάρους, άσκηση και εάν είναι απαραίτητο φαρμακευτική και χειρουργική θεραπεία.

Βαλβιδοπάθειες

Είναι πιο συχνές στους ηλικιωμένους εξαιτίας της σκλήρυνσης που παθαίνουν οι καρδιακές βαλβίδες, της εκφύλισης τους και της ασβέστωσης τους. Η σκλήρυνση οφείλεται στις μεταβολές στον ινομυϊκό σκελετό της καρδιάς λόγω ηλικίας, με την μυξωματώδη εκφύλιση και την διήθηση του κολλαγόνου. Απαντά στο 30% των ηλικιωμένων. Η ασβέστωση συναντάται κυρίως στις γλαχίνες της αορτής, στον αορτικό δακτύλιο, στη βάση των μηνοειδών πτυχών και στον μιτροειδικό δακτύλιο. Συχνότερη βαλβιδοπάθεια είναι η στένωση της αορτικής βαλβίδας εξαιτίας της σκλήρυνσης και ακολουθούν η ανεπάρκεια της αορτής (συνήθως ως μικτή νόσος αορτής), η στένωση και η ανεπάρκεια μιτροειδούς. Άλλα συχνά αίτια βαλβιδοπάθειας στους ηλικιωμένους είναι η υπέρταση, η ισχαιμία, η λοίμωξη (πχ. λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα λόγω παρουσίας καλωδίου βηματοδότη). Το υπερηχογράφημα καρδιάς αποτελεί την εξέταση εκλογής για την αναγνώριση και την παρακολούθηση της νόσου. Η ιατρική αντιμετώπιση είναι ανεξάρτητη της ηλικίας και περιλαμβάνει την θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας, της στεφανιαίας νόσου και των παραγόντων κινδύνου της, της υπέρτασης, καθώς και την χειρουργική διόρθωση της βλάβης.

Αρρυθμίες

Η αύξηση της ηλικίας οδηγεί σε απώλεια κυττάρων και σε διήθηση κολλαγόνου στην περιοχή του φλεβοκόμβου, στους κόλπους, στο κεντρικό ινώδες σώμα και στον κυτταροσκελετό της καρδιάς. Έτσι στο ηλεκτροκαρδιογράφημα του ηλικιωμένου συναντάμε συχνά πρώτου βαθμού κολλοκοιλιακό αποκλεισμό, μείωση της καρδιακής συχνότητας, σκελικούς αποκλεισμούς, έκτακτες συστολές, ευρήματα από τη δυσλειτουργία του φλεβοκόμβου και βέβαια κολπική μαρμαρυγή. Συχνά χρειάζεται έλεγχος του ρυθμού με την 24ωρη καταγραφή του με το Holter. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει την αντιαρρυθμική αγωγή, την αντιπηκτική θεραπεία και εφόσον είναι απαραίτητο την τοποθέτηση μόνιμου βηματοδότη.

Καρδιακή ανεπάρκεια

Ευθύνεται για το 20% των εισαγωγών στα νοσοκομεία ασθενών ηλικίας άνω των 65 ετών και σχετίζεται με μείωση της διάρκειας και της ποιότητας ζωής και με επανειλημμένες νοσηλείες. Σε ποσοστό 40-80% η καρδιακή ανεπάρκεια είναι διαστολική, με διατηρημένη τη συστολική λειτουργία του μυοκαρδίου. Τα συμπτώματα ενδέχεται να είναι μη ειδικά στον ηλικιωμένο ασθενή. Η διάγνωση βασίζεται στη συνολική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή και των συνοδών παθήσεων με τη συμβολή του υπερηχογραφήματος και των βιοδεικτών καρδιακής ανεπάρκειας στον ορό¹⁰⁵.

Τρίτη ηλικία και Αλτσχάιμερ

Η νόσος Alzheimer είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική νόσος και η πιο συχνή μορφή άνοιας. Ονομάστηκε έτσι προς τιμή του γερμανού νευρολόγου Alois Alzheimer, που πριν από εκατό περίπου χρόνια παρατήρησε χαρακτηριστικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο μιας ασθενούς που πέθανε από τη νόσο αυτή. Σαν κυριότεροι παράγοντες που συμμετέχουν στην εμφάνιση της νόσου θεωρούνται:

¹⁰⁵ Πηγή <https://eelia.gr2/>

α. Η κληρονομικότητα, με την έννοια της αυξημένης πιθανότητας εμφάνισης της νόσου, όταν νοσεί κάποιος πρώτου βαθμού συγγενής.

β. Πιθανή γονιδιακή βλάβη που σχετίζεται με τα χρωμοσώματα 21, 19, 14. Έχουν απομονωθεί επίσης γονίδια φορείς της νόσου χωρίς όμως να σημαίνει ότι ο φέρων τα γονίδια θα νοσήσει (υπολειπόμενο γονίδιο).

γ. Η μείωση της δραστηριότητας της ακετυλοχολινεστεράσης, βασικού ενζύμου για τη σύνθεση της χολινεστεράσης, με αποτέλεσμα την απενεργοποίηση των αντίστοιχων κυττάρων.

δ. Πιθανή ιογενής λοίμωξη από ιό βραδείας δράσεως.

ε. Τοξική βλάβη των κυττάρων από ουσίες όπως ο μόλυβδος. στ. Πιθανός αυτοάνοσος μηχανισμός.

ζ. Η εναπόθεση β-αμυλοειδούς πρωτεΐνης σε μορφή πλακών στο Κ.Ν.Σ. και βέβαια η συμμετοχή διαφόρων προδιαθεσικών παραγόντων όπως: η μεγάλη ηλικία, το φύλο (οι γυναίκες νοσούν 13% περισσότερο από τους άνδρες), η μείωση διαφόρων αντιοξειδωτικών παραγόντων στον οργανισμό, κраниοεγκεφαλικές κακώσεις, νόσοι του κυκλοφορικού, αρτηριακή υπέρταση κ.ά.¹⁰⁶

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου είναι η προχωρημένη ηλικία, καθώς οι περισσότεροι που πάσχουν από την νόσο είναι ηλικίας άνω των 65 ετών, ενώ η νόσος είναι σπάνια σε άτομα ηλικίας κάτω των 50 ετών. Όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και ο κίνδυνος εκδήλωσης της νόσου. Ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο διπλασιάζεται για κάθε πέντε έτη μετά τα 65, ενώ το 50% σχεδόν των ηλικιωμένων πάνω από την ηλικία των 85 ετών πάσχουν από τη νόσο.

Ο σακχαρώδης διαβήτης σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου Alzheimer είτε γιατί προκαλεί βλάβες στα αγγεία του εγκεφάλου, επιτείνοντας έτσι τα συμπτώματα της νόσου Alzheimer που εμφανίζονται πιο νωρίς λόγω των αγγειακών βλαβών που έχουν ήδη προκληθεί στον εγκέφαλο,

¹⁰⁶ Πηγή <https://www.diaplasis.eu>

είτε γιατί υπάρχει κάποια άγνωστη μέχρι στιγμής αιτιολογική σύνθεση της νόσου Alzheimer με ελαττωμένα επίπεδα ινσουλίνης. Υπάρχουν μάλιστα ενδείξεις ότι η νόσος Alzheimer αποτελεί ένα είδος διαβήτη (διαβήτης τύπου 3).

Παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου: όπως η υπέρταση, η αυξημένη χοληστερίνη, η παχυσαρκία και το κάπνισμα, πιστεύεται ότι μπορεί να αυξήσουν το κίνδυνο εμφάνισης άνοιας με τη δημιουργία αθηροσκλήρωσης και διαταραχή της αιματικής ροής, αλλά και να προκαλέσουν τη νευροεκφύλιση που χαρακτηρίζει τη νόσο Alzheimer¹⁰⁷.

Η πιο σημαντική κατηγορία συμπτωμάτων που εμφανίζονται στη νόσο Alzheimer είναι τα νευροψυχιατρικά και συμπεριφορικά συμπτώματα, τα οποία αποτελούν μια ξεχωριστή κλινική οντότητα. Αυτά συμβαίνουν περίπου στο 80% των ασθενών και εμφανίζονται σε διάφορα στάδια κατά τη διάρκεια της νόσου. Οι διαταραχές του συναισθήματος παρατηρούνται κυρίως στα αρχικά στάδια, ενώ οι ψυχωσικές και οι διεγερτικές διαταραχές παρατηρούνται στα άτομα με μέτρια μορφή της νόσου.

¹⁰⁷ Πηγή <https://www.diaplasis.eu>

Παράρτημα 6 – Αναλυτική παρουσίαση κόστους έρευνας αγοράς

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ: ΕΤΑΙΡΕΙΑ 1							
		ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ (ΜΗΝΕΣ)	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ	ΦΠΑ (24%)	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΕ ΦΠΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΕ ΦΠΑ	
A. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΚΑΙ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΣΥΣΚΕΥΩΝ									
Προμήθεια εξοπλισμού συσκευών παρακολούθησης αυτόνομης διαβίωσης και υποστήριξης ευάλωτων ομάδων	Οι συσκευές θα διαθέτουν κουμπί πανικού με το πάτημα του οποίου ο ωφελούμενος, όποτε ο ίδιος κρίνει απαραίτητο - π.χ. μία ξαφνική αδιαθεσία - να μπορεί να μεταδώει ασύρματα (ώστε να μπορεί ο ωφελούμενος να την φοράει συνέχεια) μέσω καθιερωμένων πρωτοκόλλων επικοινωνίας, συναγερμό μέσω της απομακρυσμένης συσκευής ελέγχου και επικοινωνίας, στο τηλεφωνικό κέντρο παρακολούθησης και εξυπηρέτησης ηλικιωμένων. Επίσης οι συσκευές (πομπές) θα είναι φορητές ώστε να μπορεί ο ωφελούμενος να την φοράει συνέχεια και να μπορεί να φορεθεί στο λαιμό και στο χέρι ανάλογα με την επιλογή του ωφελούμενου (να περιλαμβάνεται περιλαίμιο και περιβραχιόνιο). Όσο αφορά την μετάδοση δεδομένων θα υπάρχει η δυνατότητα μετάδοσης του σήματος ειδοποίησης που λαμβάνουν από τη συσκευή πομπό ασύρματα μέσω PSTN ή GSM για την αυτόματη ενημέρωση του κέντρου της 24ώρης τηλεφωνικής εξυπηρέτησης. Επιπλέον θα υπάρχει η δυνατότητα επιλογής μέσω κατάλληλης παραμετροποίησης του πρωτοκόλλου επικοινωνίας ανάλογα με το αν ο χρήστης διαθέτει ή όχι σταθερή τηλεφωνική σύνδεση.	Τεμάχια	250	Κατ' αποκοπή	314,52 €	75,48 €	390,00 €	97.500,00 €	
Προμήθεια εξοπλισμού συσκευών παρακολούθησης αυτόνομης διαβίωσης και υποστήριξης ευάλωτων ομάδων με δυνατότητα ανίχνευσης πτώσης	Η συσκευή εκτός των λειτουργιών που θα έχει για την κατ' οίκον παρακολούθηση με κουμπί πανικού που περιγράφονται παραπάνω, θα έχει και την δυνατότητα ανίχνευσης της πτώσης του κατόχου του ώστε να μεταδώει μέσω καθιερωμένων πρωτοκόλλων επικοινωνίας, συναγερμό μέσω της απομακρυσμένης συσκευής ελέγχου και επικοινωνίας, στο τηλεφωνικό κέντρο παρακολούθησης και εξυπηρέτησης.	Τεμάχια	50	Κατ' αποκοπή	362,90 €	87,10 €	450,00 €	22.500,00 €	
Εγκατάσταση συσκευών και πληροφοριακού συστήματος παρακολούθησης κλήσεων και ιατρικού φακέλου & επίδειξη συσκευής στους ωφελούμενους	Εγκατάσταση συσκευής και εκπαίδευση στη χρήση για κάθε ωφελούμενο. Η υπηρεσία περιλαμβάνει την επίδοξη (on-site) επίσκεψη από εξειδικευμένο τεχνικό και/ή φροντιστή του βοηθία στο σπίτι για την τοποθέτηση και εγκατάσταση των ειδικών συσκευών στους ωφελούμενους. Στη διάρκεια της εγκατάστασης γίνονται οι απαιτούμενες δοκιμές ελέγχου, ώστε να εξασφαλίζεται η ορθή λειτουργία και επικοινωνία της συσκευής. Επιπλέον γίνεται αναλυτική επίδειξη της χρήσης της συσκευής στον ωφελούμενο και εκπαίδευση στη χρήση της. Συλλογή και ηλεκτρονική καταχώρηση αιτήσεων και διαδικασίας επιλογής ωφελούμενων. Περιλαμβάνονται οι απαιτούμενες εργασίες για την συλλογή από το προσωπικό των Κοινωνικών Δομών του Δήμου και η ηλεκτρονική καταχώρηση των στοιχείων αιτήσεων των ωφελούμενων, στους οποίους θα παρασχεθούν οι κοινωνικές υπηρεσίες. Επίσης περιλαμβάνεται και η ανάπτυξη των πρωτοκόλλων παρακολούθησης και παρέμβασης ωφελούμενων.	Ωφελούμενοι	300	Κατ' αποκοπή	350,00 €	84,00 €	434,00 €	130.200,00 €	
B. ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΛΕΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ									
Υπηρεσία 24ώρης τηλεφωνικής υποστήριξης ωφελούμενων με υπηρεσίες τηλεφροντίδας	Παροχή υπηρεσίας 24/7 για 12 μήνες με αυτόματη σύνδεση της συσκευής με ομάδα επιστημονικού προσωπικού (είτε εξειδικευμένα είτε μέσω call center επαγγελματιών υγείας) με τις ακόλουθες ειδικότητες: νοσηλεύτης, γενικός ιατρός ή παθολόγος, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος.	Ωφελούμενοι / μήνα	300	12	74,73	17,94 €	92,67 €	333.594,72 €	
ΤΕΛΙΚΑ ΚΟΣΤΗ (συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ 24%)									583.794,72 €

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ: ΕΤΑΙΡΕΙΑ 2						
		ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ (ΜΗΝΕΣ)	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ	ΦΠΑ (24%)	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΕ ΦΠΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΕ ΦΠΑ
Α. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΚΑΙ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΣΥΣΚΕΥΩΝ								
Προμήθεια εξοπλισμού συσκευών παρακολούθησης αυτόνομης διαβίωσης και υποστήριξης ευάλωτων ομάδων	Οι συσκευές θα διαθέτουν κουμπί πανικού με το πάτημα του οποίου ο ωφελούμενος, όπως ο ίδιος κρίνει απαραίτητο - π.χ. μία ξαφνική αδιαθεσία - να μπορεί να μεταδίδει ασύρματα (ώστε να μπορεί ο ωφελούμενος να την φοράει συνέχεια) μέσω καθιερωμένων πρωτοκόλλων επικοινωνίας, συναγερμό μέσω της απομακρυσμένης συσκευής ελέγχου και επικοινωνίας, στο τηλεφωνικό κέντρο παρακολούθησης και εξυπηρέτησης ηλικιωμένων. Επίσης οι συσκευές (πομπές) θα είναι φορητές ώστε να μπορεί ο ωφελούμενος να την φοράει συνέχεια και να μπορεί να φορεθεί στο λαιμό και στο χέρι ανάλογα με την επιλογή του ωφελούμενου (να περιλαμβάνεται περιλαίμιο και περιβραχιόλιο). Όσο αφορά την μετάδοση δεδομένων θα υπάρχει η δυνατότητα μετάδοσης του σήματος ειδοποίησης που λαμβάνουν από τη συσκευή πομπό ασύρματα μέσω PSTN ή GSM για την αυτόματη ενημέρωση του κέντρου της 24ώρης τηλεφωνικής εξυπηρέτησης. Επιπλέον θα υπάρχει η δυνατότητα επιλογής μέσω κατάλληλης παραμετροποίησης του πρωτοκόλλου επικοινωνίας ανάλογα με το αν ο χρήστης διαθέτει ή όχι σταθερή τηλεφωνική σύνδεση.	Τεμάχια	250	Εφάπαξ	79,90 €	19,18 €	99,08 €	24.769,00 €
Προμήθεια εξοπλισμού συσκευών παρακολούθησης αυτόνομης διαβίωσης και υποστήριξης ευάλωτων ομάδων με δυνατότητα ανίχνευσης πτώσης	Η συσκευή εκτός των λειτουργιών που θα έχει για την κατ' οίκον παρακολούθηση με κουμπί πανικού που περιγράφονται παραπάνω, θα έχει και την δυνατότητα ανίχνευσης της πτώσης του κατόχου του ώστε να μεταδίδει μέσω καθιερωμένων πρωτοκόλλων επικοινωνίας, συναγερμό μέσω της απομακρυσμένης συσκευής ελέγχου και επικοινωνίας, στο τηλεφωνικό κέντρο παρακολούθησης και εξυπηρέτησης.	Τεμάχια	50	Εφάπαξ	79,90 €	19,18 €	99,08 €	4.953,80 €
Εγκατάσταση συσκευών και πληροφοριακού συστήματος παρακολούθησης κλήσεων και ιατρικού φακέλου & επίδειξη συσκευής στους ωφελούμενους	Εγκατάσταση συσκευής και εκπαίδευση στη χρήση για κάθε ωφελούμενο. Η υπηρεσία περιλαμβάνει την επίτοπια (on-site) επίσκεψη από εξειδικευμένο τεχνικό και/ή φροντιστή του βοηθού στο σπίτι για την τοποθέτηση και εγκατάσταση των ειδικών συσκευών στους ωφελούμενους. Στη διάρκεια της εγκατάστασης γίνονται οι απαιτούμενες δοκιμές ελέγχου, ώστε να εξασφαλίζεται η ορθή λειτουργία και επικοινωνία της συσκευής. Επιπλέον γίνεται αναλυτική επίδειξη της χρήσης της συσκευής στον ωφελούμενο και εκπαίδευση στη χρήση της. Συλλογή και ηλεκτρονική καταχώρηση αιτήσεων και διαδικασίας επιλογής ωφελούμενων. Περιλαμβάνονται οι απαιτούμενες εργασίες για την συλλογή από το προσωπικό των Κοινωνικών Δομών του Δήμου και η ηλεκτρονική καταχώρηση των στοιχείων αιτήσεων των ωφελούμενων, στους οποίους θα παρασχεθούν οι κοινωνικές υπηρεσίες. Επίσης περιλαμβάνεται και η ανάπτυξη των πρωτοκόλλων παρακολούθησης και παρέμβασης ωφελούμενων.	Ωφελούμενοι	300	Συμπεριλαμβάνεται στα ανωτέρω	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Β. ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΛΕΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ								
Υπηρεσία 24ώρης τηλεφωνικής υποστήριξης ωφελούμενων με υπηρεσίες τηλεφροντίδας	Παροχή υπηρεσίας 24/7 για 12 μήνες με αυτόματη σύνδεση της συσκευής με ομάδα επιστημονικού προσωπικού (είτε εξετασμενόμενα είτε μέσω call center επαγγελματιών υγείας) με τις ακόλουθες ειδικότητες: νοσηλεύτρις, γενικός ιατρός ή παθολόγος, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος.	Ωφελούμενοι / μήνα	300	12	100,00 €	24,00 €	124,00 €	446.400,00 €
ΤΕΛΙΚΑ ΚΟΣΤΗ (συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ 24%)								476.122,80 €

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ: ΕΤΑΙΡΕΙΑ 3						
		ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ (ΜΗΝΕΣ)	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ	ΦΠΑ (24%)	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΕ ΦΠΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΕ ΦΠΑ
Α. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΚΑΙ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΣΥΣΚΕΥΩΝ								
Προμήθεια εξοπλισμού συσκευών παρακολούθησης αυτόνομης διαβίωσης και υποστήριξης ευάλωτων ομάδων	Οι συσκευές θα διαθέτουν κουμπί πανικού με το πάτημα του οποίου ο ωφελούμενος, όποτε ο ίδιος κρίνει απαραίτητο - π.χ. μία ξαφνική αδιαθεσία - να μπορεί να μεταδώει ασύρματα (ώστε να μπορεί ο ωφελούμενος να την φορέει συνέχεια) μέσω καθιερωμένων πρωτοκόλλων επικοινωνίας, συναγερμό μέσω της απομακρυσμένης συσκευής ελέγχου και επικοινωνίας, στο τηλεφωνικό κέντρο παρακολούθησης και εξυπηρέτησης ηλικιωμένων. Επίσης οι συσκευές (πομπός) θα είναι φορητές ώστε να μπορεί ο ωφελούμενος να την φορέει συνέχεια και να μπορεί να φορεθεί στο λαιμό και στο χέρι ανάλογα με την επιλογή του ωφελούμενου (να περιλαμβάνεται περιλαίμιο και περιβραχιόνιο). Όσο αφορά την μετάδοση δεδομένων θα υπάρχει η δυνατότητα μετάδοσης του σήματος ειδοποίησης που λαμβάνουν από τη συσκευή πομπό ασύρματα μέσω PSTN ή GSM για την αυτόματη ενημέρωση του κέντρου της 24ώρης τηλεφωνικής εξυπηρέτησης. Επιπλέον θα υπάρχει η δυνατότητα επιλογής μέσω κατάλληλης παραμετροποίησης του πρωτοκόλλου επικοινωνίας ανάλογα με το αν ο χρήστης διαθέτει ή όχι σταθερή τηλεφωνική σύνδεση.	Τεμάχια	250	Εφάπαξ	100,00 €	24,00 €	124,00 €	31.000,00 €
Προμήθεια εξοπλισμού συσκευών παρακολούθησης αυτόνομης διαβίωσης και υποστήριξης ευάλωτων ομάδων με δυνατότητα ανίχνευσης πτώσης	Η συσκευή εκτός των λειτουργιών που θα έχει για την κατ' οίκον παρακολούθηση με κουμπί πανικού που περιγράφονται παραπάνω, θα έχει και την δυνατότητα ανίχνευσης της πτώσης του κατόχου του ώστε να μεταδώει μέσω καθιερωμένων πρωτοκόλλων επικοινωνίας, συναγερμό μέσω της απομακρυσμένης συσκευής ελέγχου και επικοινωνίας, στο τηλεφωνικό κέντρο παρακολούθησης και εξυπηρέτησης.	Τεμάχια	50	Εφάπαξ	150,00 €	36,00 €	186,00 €	9.300,00 €
Εγκατάσταση συσκευών και πληροφοριακού συστήματος παρακολούθησης κλήσεων και ιατρικού φακέλου & επίδειξη συσκευής στους ωφελούμενους	Εγκατάσταση συσκευής και εκπαίδευση στη χρήση για κάθε ωφελούμενο. Η υπηρεσία περιλαμβάνει την επίσκεψη (on-site) επίσκεψη από εξειδικευμένο τεχνικό και/ή φροντιστή του βοηθία στο Σπίτι για την τοποθέτηση και εγκατάσταση των ειδικών συσκευών στους ωφελούμενους. Στη διάρκεια της εγκατάστασης γίνονται οι απαιτούμενες δοκιμές ελέγχου, ώστε να εξασφαλίζεται η ορθή λειτουργία και επικοινωνία της συσκευής. Επιπλέον γίνεται αναλυτική επίδειξη της χρήσης της συσκευής στον ωφελούμενο και εκπαίδευση στη χρήση της. Συλλογή και ηλεκτρονική καταχώρηση αιτήσεων και διαδικασίας επιλογής ωφελούμενων. Περιλαμβάνονται οι απαιτούμενες εργασίες για την συλλογή από το προσωπικό των Κοινωνικών Δομών του Δήμου και η ηλεκτρονική καταχώρηση των στοιχείων αιτήσεων των ωφελούμενων, στους οποίους θα παρασχεθούν οι κοινωνικές υπηρεσίες. Επίσης περιλαμβάνεται και η ανάπτυξη των πρωτοκόλλων παρακολούθησης και παρέμβασης ωφελούμενων.	Ωφελούμενοι	300	Εφάπαξ	350,00 €	84,00 €	434,00 €	130.200,00 €
Β. ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΛΕΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ								
Υπηρεσία 24ώρης τηλεφωνικής υποστήριξης ωφελούμενων με υπηρεσίες τηλεφροντίδας	Παροχή υπηρεσίας 24/7 για 12 μήνες με αυτόματη σύνδεση της συσκευής με ομάδα επιστημονικού προσωπικού (είτε εξαιτουμικευμένα είτε μέσω call center επαγγελματιών υγείας) με τις ακόλουθες ειδικότητες: νοσηλεύτης, γενικός ιατρός ή παθολόγος, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος.	Ωφελούμενοι / μήνα	300	12	78,87 €	18,93 €	97,80 €	352.075,68 €
ΤΕΛΙΚΑ ΚΟΣΤΗ (συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ 24%)								522.575,68 €