

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Διεθνών Σχέσεων

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Αυτοδιοίκηση»

**Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ
ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ
ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

Χαλκιά Ελένη

Κόρινθος, Φεβρουάριος 2017

University of Peloponnese

Faculty of Social and Political Sciences

Department of Political Studies and International Relations

Master Program in

«Local and Regional Government and Development»

**CARE OF PEOPLE WITH DISABILITIES
THROUGH THE STRUCTURES OF LOCAL
GOVERNMENT**

Name: Chalkia Eleni

Corinth, February 2017

Η φροντίδα των ατόμων με αναπηρίες μέσα από τις δομές της τοπικής αυτοδιοίκησης

Σημαντικοί όροι: Άτομα με Αναπηρίες, ΑμεΑ, κοινωνική πολιτική, τοπική αυτοδιοίκηση

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι να μελετήσει και να καταγράψει τους τρόπους και τα προγράμματα που έχουν αναπτύξει οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης για την φροντίδα των ατόμων με αναπηρία και γενικά των ατόμων με ειδικές ανάγκες, δεδομένων των ιδιαίτερων αναγκών τους, καθώς επίσης και των ενδεχόμενων εμποδίων που υπάρχουν στην ανάπτυξη των προγραμμάτων αυτών στην Ελλάδα. Με βάση τις φιλοσοφίες της αποκατάστασης (η οποία στοχεύει στην εκπλήρωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε όλα τα στάδια του κύκλου ζωής) και της εξομάλυνσης η οποία έχει ως στόχο να δημιουργήσει μια κοινωνία στην οποία τα άτομα με αναπηρία είναι ίσα, με εκείνα χωρίς αναπηρία, σε σχέση με την καθημερινή ζωή και τις δραστηριότητες, οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης έχουν καταρτίσει και προωθούν κυβερνητικά μέτρα για τα άτομα με αναπηρίες, δίνοντας προτεραιότητα σε θέματα όπως η διαβίωση τους σε κοινότητες όπως όλοι οι απλοί πολίτες, η προώθηση της ανεξαρτησίας τους, η προώθηση της διαβίωσης σε μια κοινωνία χωρίς εμπόδια και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και της ψυχολογίας τους. Στο πλαίσιο αυτό τίθεται το ερώτημα της επαρκούς ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται στα άτομα με αναπηρίες για την κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών τους, το οποίο θα αποτελέσει και το κεντρικό ερώτημα της παρούσας εργασίας.

Η διπλωματική εργασία θα απαντήσει στο παραπάνω ερώτημα μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας πάνω στο θέμα. Ως εκ τούτου, πέρα από την απλή καταγραφή των υπηρεσιών που οι ΟΤΑ προσφέρουν στα άτομα με αναπηρίες, θα αναζητηθούν επιστημονικές μελέτες από αξιόπιστες βάσεις δεδομένων, προκειμένου να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών αυτών στην Ελλάδα, αλλά και σύγκριση με χώρες του εξωτερικού. Συνάμα θα καταγράφονται και οι προσωπικές μας απόψεις και κρίσεις πάνω στο θέμα.

Η καταγραφή των πληροφοριών θα ξεκινήσει με την παρουσίαση της εφαρμογής της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα, έτσι όπως αυτή ασκείται από την τοπική αυτοδιοίκηση και συνεχίζει με την περιγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των ατόμων με αναπηρία αλλά και των ιδιαίτερων αναγκών που έχουν στην σύγχρονη κοινωνία. Κατόπιν γίνεται παράθεση και περιγραφή των υπηρεσιών που προσφέρουν οι ΟΤΑ στην Ελλάδα, για την φροντίδα των ατόμων αυτών. Τέλος μελετάμε την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών αυτών, τα ενδεχόμενα εμπόδια και προτείνουμε τρόπους βελτίωσης της υφιστάμενης κατάστασης πάνω στην φροντίδα των ατόμων με αναπηρία από τους ΟΤΑ.

CARE OF PEOPLE WITH DISABILITIES THROUGH THE STRUCTURES OF LOCAL GOVERNMENT

Keywords: People with Disabilities, AmeA, Social Policy, Local Government

ABSTRACT

The purpose of the thesis is to study and record the ways and the programs that local authorities have developed for the care of disabled and generally for the care of the people with disabilities, given their particular needs, as well as potential obstacles that exist in the development of these programs in Greece. Based on the concepts of rehabilitation (which aims at the fulfillment of human rights at all stages of the life cycle) and the normalization which aims to create a society where people with disabilities are equal to those without disabilities, in relation to the daily life and activities, local authorities have developed and promote government measures for persons with disabilities, giving priority to issues such as living in the communities like all ordinary citizens, promoting their independence, promoting living in a society without barriers and improving their quality of life and their psychology. In this context, a basic theme of study is the sufficient quality and efficiency of services offered to people with disabilities in order to meet their specific needs, that will be the key question of this study.

The thesis will answer that question through the review of international and Greek literature. Therefore, beyond the simple recording of the services that local authorities offer to people with disabilities, we will seek scientific studies from reputable databases, in order to study the effectiveness and quality of these services in Greece and to compare them with foreign countries. At the same time we will record our personal opinions and judgments on the subject.

The recording of information will start with the presentation of the implementation of social policy in Greece, so as exercised by local government and we will continue through the describing of the characteristics of persons with disabilities and their special needs in modern society. Additionally we provide

description of the services offered by OTA in Greece, for the care of these individuals. Finally we study the effectiveness of these services and the possible obstacles and we propose ways to improve the current situation on the care of people with disabilities by local authorities.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	8
1.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	8
1.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	10
1.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ & ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΑμεΑ)	16
2.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΑΦΗΝΙΣΗ ΑμεΑ	16
2.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑμεΑ	18
2.3. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑμεΑ	19
2.4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑμεΑ - ΦΡΟΝΤΙΔΑ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΑμεΑ) ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ	26
3.1. ΚΡΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ & ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑμεΑ ΣΤΗ ΕΛΛΑΔΑ	26
3.2. ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΑμεΑ	29
3.3. ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ –ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑμεΑ	31
3.4. ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑμεΑ	35
3.5. ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑμεΑ	38
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	42
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

1.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η κοινωνική πολιτική θεωρείται ως το σύνολο των παρεμβάσεων για την επίτευξη της κοινωνικής αλλαγής και την προώθηση της κοινωνικής δικαιοσύνης και ως εργαλείο διαχείρισης του κοινωνικού κινδύνου. Βασικοί τομείς παρέμβασης της κοινωνικής πολιτικής είναι οι υπηρεσίες στους τομείς της υγείας, της απασχόλησης, της εκπαίδευσης, του περιβάλλοντος, της στέγασης και της καλής διαβίωσης, οι οποίες έχουν σχεδιαστεί για την προστασία και την στήριξη των ευάλωτων ομάδων. Ωστόσο πάνω από όλα, το βασικό χαρακτηριστικό της κοινωνικής πολιτικής, είναι η αναδιανεμητική λειτουργία, που υλοποιείται μέσω των μηχανισμών του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, που το νομιμοποιεί.

Το κράτος πρόνοιας, ως το κυρίαρχο όργανο που διαμορφώνει τα διάφορα μοντέλα του μεταπολεμικού καπιταλισμού, καθορίζεται από την αναγνώριση των κοινωνικών δικαιωμάτων, τη σύνδεσή τους με την κοινωνική διαστρωμάτωση και την αλληλεπίδραση των σχέσεων μεταξύ του κράτους, της οικογένειας και της αγοράς. Στο πλαίσιο αυτό καταγράφονται τρία μοντέλα. Στο φιλελεύθερο μοντέλο, το κράτος παρέχει βοήθεια σε περιορισμένες περιπτώσεις κοινωνικών ομάδων με χαμηλό εισόδημα, οι οποίες δεν είναι σε θέση να ενταχθούν στα ιδιωτικά προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης. Το συντηρητικό μοντέλο, αποδέχεται τη διατήρηση της κοινωνικής ιεραρχίας, ως βάση της κοινωνικής πολιτικής του κράτους. Πρόκειται για ένα μερικώς εμπορευματοποιημένο σύστημα παροχών, όπου ο ρόλος της οικογένειας, της εκκλησίας και άλλων μη κερδοσκοπικών οργανώσεων είναι απαραίτητος. Το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο, αφήνει έξω την αγορά και το κράτος παρέχει οικουμενικές ποιοτικές υπηρεσίες. Ο στόχος του περιορισμού της ανισότητας εισοδήματος, στο μοντέλο αυτό, επιτυγχάνεται μέσω της προώθησης της πλήρους απασχόλησης και της κοινωνικής ισότητας (Kennett, 2013).

Ο Esping-Andersen (1990) εισήγαγε επίσης ένα τέταρτο μοντέλο για τις χώρες της νότιας Ευρώπης. Το μοντέλο αυτό αναφέρεται σε χώρες που παρουσιάζουν

καθυστέρηση, στις εφαρμοζόμενες κοινωνικές πολιτικές, και οριοθετείται μεταξύ του φιλελεύθερου και του συντηρητικού μοντέλου. Το κράτος πρόνοιας της Μεσογείου είναι μια διάκριση, που στηρίζεται στο γεγονός ότι τα κοινωνικά δικαιώματα αποκτώνται είτε μέσω της απασχόλησης, είτε μέσω της υπηκοότητας, και θεωρείται ότι εφαρμόζεται σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Ισπανία.

Η διαμόρφωση των χαρακτηριστικών ενός κράτους πρόνοιας, συνδέεται στενά με τις αρχές της επικρατούσας οικονομικής θεωρίας. Ένα οικονομικό σύστημα περιλαμβάνει την κατανομή των κοινωνικών πόρων σε εναλλακτικές παραγωγικές χρήσεις και το πρότυπο παραγωγής και διανομής των προϊόντων, που αποτελούν τελικά την μέθοδο για την προώθηση της κοινωνικής πρόνοιας. Η σύγχρονη φιλελεύθερη οικονομική θεωρία ακολουθεί τις κλασικές απόψεις (Smith, Malthus, Ricardo) και θέτει ως πρωταρχικό στόχο την ατομική ελευθερία της κοινωνίας, που επιτυγχάνεται μέσω του ανταγωνισμού στην ανοικτή αγορά και την ιδιωτική ιδιοκτησία των μέσων παραγωγής. Οι υποστηρικτές της, απορρίπτουν πλήρως την κυβερνητική παρέμβαση στην επιδίωξη της κοινωνικής δικαιοσύνης, ως ηθικά λανθασμένη, αναποτελεσματική και τελικά επιζήμια, εκτός αν πρόκειται για λόγους ασφαλείας. Οι απόψεις του Keynes σχετικά με την απασχόληση και την κατανομή του πλούτου, οδήγησαν σε μετατόπιση της οικονομικής θεωρίας, με την αντιμετώπιση της κοινωνικής πολιτικής, όχι ως αναγκαίο κακό, αλλά ως παράγοντα ενίσχυσης της οικονομικής ανάπτυξης. Οι σοσιαλδημοκράτες προσπαθούν να παρακολουθήσουν την αγορά, μέσα από θεσμικές παρεμβάσεις και τον διευρυμένο κυβερνητικό ρόλο, ενώ αποδέχονται την ιδιωτική ιδιοκτησία. Η θέση αυτή υποστηρίζει την δικαιοσύνη και τη διανομή των προϊόντων σε όφελος εκείνων που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, με το κράτος πρόνοιας να χρησιμεύει ως μέσο ενάντια στην ανισότητα. Οι οικονομολόγοι – υποστηρικτές του Μάρξ, από την άλλη πλευρά, αντιτίθεται πλήρως στις καπιταλιστικές σχέσεις παραγωγής και σε οποιοδήποτε μοντέλο «μεικτής οικονομίας». Τα θεμέλια της σύγχρονης μαρξιστικής προσέγγισης βρίσκονται στην απόδειξη της ικανότητας του κράτους πρόνοιας να παρέμβει για την υπεράσπιση των συμφερόντων του εργαζομένου κατά της άρχουσας τάξης (Kettunen & Petersen, 2011).

1.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η κοινωνική πολιτική δεν ήταν βασική προτεραιότητα για την Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα από την στιγμή της ίδρυσης της, με τη Συνθήκη της Ρώμης (1957). Η αποσαφήνιση των διαρθρωτικών ανισοτήτων μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, οδήγησε στην πρώτη σημαντική προσπάθεια για κοινωνική παρέμβαση, και το πρώτο πρόγραμμα κοινωνικής δράσης εγκρίθηκε από το Υπουργικό Συμβούλιο το 1974, αναφερόμενο κυρίως στην καταπολέμηση της φτώχειας, τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και της επαγγελματικής κατάρτισης, ακολουθούμενο το 1985 από την Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη, η οποία εισήγαγε την κοινωνική συνοχή, το ρόλο των κοινωνικών εταίρων στη διαπραγμάτευση συμφωνιών και περιείχε διατάξεις σχετικά με την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων. Το Πρωτόκολλο 14 σχετικά με την κοινωνική πολιτική και η Συμφωνία για την Κοινωνική Πολιτική είναι δύο σημαντικά έγγραφα που προσαρτήθηκαν, στη συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση που υπογράφηκε το 1992, επίσης γνωστή ως Συνθήκη του Μάαστριχτ. Η προσπάθεια για την οικοδόμηση ενός ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου, συνεχίστηκε τα επόμενα χρόνια με την Πράσινη Βίβλο (1993) και την έκδοση της Λευκής Βίβλου (1994) με τίτλο «*Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική: Η πορεία προς το μέλλον για την Ένωση*», η οποία καθόρισε τη στρατηγική για την εδραίωση και την ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής στο μέλλον (Benington & Geddes, 2013).

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισσαβόνας, όρισε την νέα στρατηγική της ΕΕ για την περίοδο 2000-2010, η οποία εδραιώθηκε στη Σύνοδο Κορυφής της Νίκαιας, ενώ το ίδιο έτος, το Συμβούλιο ενέκρινε την Κοινωνική Ατζέντα 2000- 2005, και το Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, που συνδυάζουν σε ένα ενιαίο κείμενο, τα ατομικά, πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα, και καθιερώνουν την Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας (Benington & Geddes, 2013).

Το 2009 τέθηκε σε ισχύ η Συνθήκη της Λισαβόνας, η οποία τροποποίησε τις δύο Συνθήκες, που αποτελούσαν τη συνταγματική βάση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και έδωσε πλήρη νομική ισχύ στον Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων που περιέχει τα δικαιώματα αλληλεγγύης (άρθρο 6). Η στρατηγική της Λισαβόνας όσο αφορά την επίτευξη των κοινωνικών στόχων ήταν αναποτελεσματική και η αδυναμία μετάβασης

από ένα αναδιανεμητικό κράτος πρόνοιας, σε μια κατάσταση κοινωνικής επένδυσης ήταν ένας παράγοντας που οδήγησε τα κοινωνικά προγράμματα σε αποτυχία (Στεργίου και συν., 2011).

Η «Ευρώπη 2020» είναι ο διάδοχος της στρατηγικής της Λισαβόνας, που δρομολογήθηκε το 2010 για την επόμενη δεκαετία, η οποία καθορίζει, σύμφωνα με την Επιτροπή, το όραμα της κοινωνικής οικονομίας της αγοράς στην Ευρώπη. Η αρχική εντύπωση του βαθμού της κοινωνικής ένταξης, επιτεύχθηκε μέσω της «Ευρώπης 2020», δείχνοντας περιορισμένη πολιτική δέσμευση στην καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού (Frazer & Marlier, 2012).

Η Ελλάδα, ομολογουμένως, σχημάτισε ένα ιδιόμορφο, αναχρονιστικό και ανεπαρκές κράτος πρόνοιας, το οποίο οδήγησε την κυβέρνηση και την κοινή γνώμη να βασιστούν σε μια ευρωπαϊκή λύση. Όσον αφορά την κοινωνική φροντίδα και την πολιτική κατά του κοινωνικού αποκλεισμού, η Ελλάδα παρουσιάζει σημαντική καθυστέρηση στην κάλυψη των υπαρχουσών αναγκών. Ορισμένες δράσεις, που περιλαμβάνονται στα Εθνικά Σχέδια Δράσης και τη θεσμοθέτηση της Επιτροπής Κοινωνικής Προστασίας (Νόμος 3144/2003), έδωσαν μια ώθηση στους εμπλεκόμενους φορείς, αλλά χωρίς απτά αποτελέσματα στον αγώνα κατά της φτώχειας, κυρίως λόγω των περιορισμένων πόρων και της απροθυμίας της κυβέρνησης, να παρεκκλίνει από τους αυστηρούς δημοσιονομικούς στόχους (Στεργίου και συν., 2011).

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που ξεκίνησε στις ΗΠΑ ως επιμέρους κρίση των ενυπόθηκων δανείων, επηρέασε τις ευρωπαϊκές οικονομίες και οδήγησε σε μια κρίση στην πραγματική οικονομία, την απασχόληση και την εργασία του εισοδήματος, με αναπόφευκτες συνέπειες για το κοινωνικό κράτος. Ιδιαίτερα στις νότιες χώρες, οι μακροοικονομικοί δείκτες (όπως το ΑΕΠ και η ανεργία) παρουσίασαν ταχεία επιδείνωση. Παρά την αύξηση των κοινωνικών δαπανών, οι κοινωνικοί δείκτες αποκαλύπτουν την εκρηκτική πορεία των προβλημάτων. Τα ποσοστά κινδύνου φτώχειας (Ιταλία 21%, Ισπανία 35%, Ελλάδα 78%) και τα ποσοστά εισοδηματικής ανισότητας (Gini: 3%, 10% και 3%, και S80 / S20: 8%, 26% και 12%, αντίστοιχα), αποκλίνουν όλο και περισσότερο από την υπόλοιπη Ευρώπη (εκτός από την Πορτογαλία, η οποία παρουσιάζει σταθεροποιητικές τάσεις) (Rompolis, 2013).

Τα μέτρα λιτότητας που επιβλήθηκαν στην Ελλάδα, βασίστηκαν σε μια διαδικασία εσωτερικής υποτίμησης, υπαγορεύοντας σε κάθε περίπτωση αδύνατη την πραγματική υποτίμηση του εθνικού νομίσματος. Στην κοινωνική πολιτική, οι παρεμβάσεις του προγράμματος σταθερότητας, χρησίμευσαν ως καταλύτης για την εφαρμογή μιας στρατηγικής για την ακύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων, με τη μείωση των δαπανών, που σχετίζονταν με τις συντάξεις και την υγεία και την απορύθμιση της αγοράς εργασίας (Venieris, 2011). Για την περίοδο 2008-2012 με έτος αναφοράς το 2008, το ποσοστό του πληθυσμού με εισόδημα κάτω του 60% του διάμεσου ισοδύναμου εισοδήματος μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, αυξήθηκε κατά 15,7%, από 20,1% σε 35,8%, το οποίο ήταν το χειρότερο ρεκόρ στην ΕΕ-28. Το 2012, οι πιο ευάλωτες ομάδες ήταν παιδιά και νέοι κάτω των 18 ετών με ποσοστό κινδύνου φτώχειας 40,5%, ενώ στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, το ποσοστό αυτό, ήταν χαμηλότερο (29,5%) (Rompolis, 2013).

Συνοψίζοντας, η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δείχνει αδυναμία να δημιουργήσει ένα «κοινοτικό κεκτημένο», το οποίο θα συμβάλει αποφασιστικά στην εξευρωπαϊσμό των χωρών του Νότου. Η ευρωπαϊκή στρατηγική περιορίζεται, σχεδόν εξ ολοκλήρου, στην εφαρμογή μέτρων στήριξης της απασχόλησης, κυρίως επιδιώκοντας να βελτιώσει την ανταγωνιστικότητα και την κάλυψη των οικονομικών στόχων της Νομισματικής Ένωσης. Η διαφοροποίηση των μοντέλων κοινωνικής πρόνοιας έχει κρίσιμη επίδραση στην άμβλυνση των εισοδηματικών ανισοτήτων και τη μείωση του κινδύνου της φτώχειας, ενισχύοντας ως εκ τούτου, τη διαφορά πάνω από τις θεωρητικές προσεγγίσεις που υποστηρίζουν την επάρκεια των πολιτικών που σχετίζονται με την οικονομική ανάπτυξη (Magoulios & Pretsios, 2015).

1.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ & ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα σύνθετα κοινωνικά ζητήματα και προβλήματα τείνουν να συγκλίνουν στα αστικά κέντρα. Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην αντιμετώπιση αυτών των θεμάτων και η συμμετοχή της, στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στην κοινωνική πολιτική, έχει συχνά περιγραφεί ως μια σημαντική πτυχή της αποτελεσματικής

κοινωνικής πολιτικής. Υπό τις παραπάνω συνθήκες, ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) και κυρίως των δήμων έχει ιδιαίτερη σημασία για την αποτελεσματικότητα της εθνικής κοινωνικής πολιτικής. Με την ψήφιση του Νόμου 3852/2010, «Νέα Αρχιτεκτονική της κυβέρνησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης» αρκετές πρόσθετες ευθύνες κοινωνικής πολιτικής, πέρασαν στους δήμους. Βάσει του νόμου αυτού οι τοπικές κυβερνητικές δομές, επιβεβαιώνουν τον κεντρικό ρόλο της τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτου βαθμού στον τομέα της κοινωνικής προστασίας. Η μεταρρύθμιση του «Καλλικράτη», προσπάθησε να αντιμετωπίσει τις τυπικές αδυναμίες της κοινωνικής πολιτικής, οι οποίες τεκμηριώθηκαν σε πολλές μελέτες, και μπορούν να συνοψιστούν στην ποικιλία των διακριτικών πολιτικών σε τοπικό επίπεδο, την περιορισμένη εφαρμογή των δράσεων κοινωνικής προστασίας, την ύπαρξη πεπαλαιωμένων γραφειοκρατικών δομών, την έλλειψη δικτύωσης και συνεργασίας με τα ενδιαφερόμενα μέρη και την απουσία των συστημάτων παρακολούθησης και αξιολόγησης (Venieris, 2011).

Αυτή η ευρεία ανακατανομή και μεταφορά αρμοδιοτήτων στους δήμους, δημιούργησε τη δυνατότητα, αλλά και την «υποχρέωση» από πλευράς τους, να παρέχουν υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις ανάγκες της πλειοψηφίας των κοινωνικών ομάδων, μια εξέλιξη που όχι μόνο δεν συνοδεύτηκε από αντίστοιχη μεταφορά πόρων, αλλά από μια προσπάθεια για τη μείωσή τους (Cholezas, 2012). Σύμφωνα με τον Skamnakí (2011), οι νέες ρυθμίσεις για την τοπική αυτοδιοίκηση δεν διαθέτουν ούτε τις προϋποθέσεις, ούτε τα μέσα για την επέκταση, ή ακόμα και για την διατήρηση των δομών που λειτουργούσαν κατά το πρόσφατο παρελθόν. Παράλληλα το επικρατές κλίμα λιτότητας στα δημόσια οικονομικά, αποκλείει κάθε είδους υποστήριξη των δομών, από τον κρατικό προϋπολογισμό για τις τοπικές κυβερνητικές οργανώσεις και τις δομές τους.

Παρατηρώντας τις δαπάνες για την κοινωνική προστασία και τη χρηματοδότηση των τοπικών κυβερνήσεων 2008-2012 στον πίνακα που ακολουθεί, διαπιστώνουμε ότι μετά την αύξηση το 2009, η πτωτική τάση οδήγησε το 2012 σε πτώση κάτω από τα επίπεδα του 2008 (από 59.204 σε 57.954 εκατομμύρια €). Ειδικά για την χρηματοδότηση της τοπικής αυτοδιοίκησης, οι συνολικές κρατικές δαπάνες μειώθηκε (από 6.675 έως 6.208 μ. €), ενώ το ποσό που προορίζεται να καλύψει τις κοινωνικές δαπάνες αυξήθηκε από 10,41% (695 εκ. €) το 2008 με 18,78% (1.166 μ.

€) το 2012, λόγω του όγκου των ευθυνών που μεταφέρθηκαν στις τοπικές αυτοδιοικήσεις (Cholezas, 2012).

Πίνακας 3. Δαπάνες Κοινωνικής Προστασίας-Τοπική Αυτοδιοίκηση, 2008-2012 (σε εκ. €)

Έτος/Είδος Κοινωνικής Δαπάνης	2008	2009	2010	2011	2012
Φροντίδα Υγείας	17,190	18,426	18,271	15,557	12,415
Άτομα με Αναπηρία	2,774	2,998	2,932	2,928	2,603
Ηλικιωμένοι	25,121	26,156	26,473	26,474	29,721
Επιζώντες	4,932	5,199	4,848	4,892	4,653
Οικογένειες/Παιδιά	3,710	4,240	3,990	3,726	3,176
Άνεργοι	2,992	3,725	3,806	4,472	3,669
Στέγαση	1,202	1,155	854	752	478
Κοινωνικός Αποκλεισμός	1,283	1,351	1,376	1,363	1,239
Σύνολο	59,204	63,250	62,550	60,164	57,954
Τοπική Αυτοδιοίκηση (Σύνολο)	6,675	7,651	6,465	6,425	6,208
Τοπική Αυτοδιοίκηση (Κοινωνικές Δαπάνες)	695	858	781	1,108	1,166

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Οι Magoulios & Pretsios (2015), στην έρευνα τους, μελέτησαν την τρέχουσα κατάσταση στις τοπικές αυτοδιοικήσεις του νομού Θεσσαλονίκης, τόσο από την άποψη των κοινωνικών δομών, όσο και από την πλευρά της χρηματοδότησης. Τα αποτελέσματα τους δείχνουν ότι οι δήμοι αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα απόδοσης. Η κοινωνική πολιτική ασκείται από διαφορετικές οργανωτικές μονάδες χωρίς ολοκληρωμένο στρατηγικό σχεδιασμό, και οι νέες δομές που δημιουργήθηκαν, κυρίως για την αντιμετώπιση της φτώχειας, δεν επαρκούν για να καλύψουν τις πραγματικές ανάγκες. Παράλληλα η χρηματοδότηση περιορίζεται στην προσπάθεια

αντικατάστασης των μειωμένων πόρων μέσω ευρωπαϊκών προγραμμάτων, χωρίς να γίνεται κάποια προσπάθεια εύρεσης εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης. Η οξεία έλλειψη ανθρώπινων πόρων και συντονισμού, επηρεάζουν αρνητικά την αξιολόγηση της κοινωνικής πολιτικής της τοπικής κυβέρνησης. Τα ευρήματα εντείνουν επίσης την ανησυχία για την βιωσιμότητα των δομών και την ικανότητα της συνολικής υποστήριξης των δήμων, αλλά την ίδια στιγμή και τον εντοπισμό των αναγκαίων παρεμβάσεων για την εφαρμογή μιας αποτελεσματικής αποκεντρωμένης πολιτικής, η οποία θα αποτελέσει ουσιαστικό παράγοντα κοινωνικής συνοχής, αποτρέποντας την κλιμάκωση του κοινωνικού αποκλεισμού.

Το μοντέλο κοινωνικής πρόνοιας στην Ελλάδα, συγκεντρωτικά, αντιμετωπίζει τα τελευταία έξι χρόνια μια έντονη πίεση που προκαλείται από την οικονομική κρίση (2008) και την εμφάνιση νέων κοινωνικών κινδύνων. Οι περιοριστικές πολιτικές και η εσωτερική διαδικασία υποτίμησης, που θεσπίζονται για την αναδιάρθρωση της οικονομίας, είχαν και συνεχίζουν να έχουν πολύ σημαντικές κοινωνικές επιπτώσεις. Το κράτος, επιλέγοντας ένα διαφορετικό μοντέλο κοινωνικής πρόνοιας με έμφαση στην εμπορευματοποίηση και τις επιλεκτικές υπηρεσίες, αποσύρεται σταδιακά από την εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής, επιδιώκοντας, μέσω διοικητικών μεταρρυθμίσεων, να μεταφέρει τις ευθύνες στην τοπική αυτοδιοίκηση, χωρίς, ωστόσο, να της προσφέρει και την αναγκαία χρηματοδότηση (Magoulis & Pretsios, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΑμεΑ)

2.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΑΦΗΝΙΣΗ ΑμεΑ

Οι ορισμοί που έχουν δοθεί στην αναπηρία, σε νομικό επίπεδο, ήταν και είναι ένα θέμα μεγάλης συζήτησης στην Ευρώπη και σε όλο τον κόσμο. Παρά τις προσπάθειες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), οι οποίες οδήγησαν στη νέα Διεθνή Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας (ICF), δεν υπάρχει καθολικός διεθνής νομικός ορισμός της αναπηρίας, σε οποιαδήποτε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), ούτε σε παγκόσμιο επίπεδο (Degener, 2006). Μια μελέτη των ορισμών της αναπηρίας στις διάφορες χώρες της ΕΕ, έδειξε παραλλαγές όχι μόνο από χώρα σε χώρα, αλλά και στο εσωτερικό κάθε χώρας. Ενώ υπάρχουν ομοιότητες μεταξύ των ορισμών της αναπηρίας, σε ορισμένους τομείς της κοινωνικής πολιτικής, οι νομικοί ορισμοί της αναπηρίας σε κάθε χώρα διαφέρουν σε σχέση με την διατήρηση του εισοδήματος, τα μέτρα για την απασχόληση ή την κοινωνική βοήθεια σχετικά με δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Mabbett, 2002).

Η αναπηρία είναι δύσκολο να καθοριστεί και να οριστεί, επειδή περιλαμβάνει πολλές προϋποθέσεις που συνδέονται τόσο με το σώμα, όσο και με το μυαλό (πνεύμα), και τα όρια μεταξύ την ικανότητας και της αναπηρίας, φαίνεται να είναι ασαφή. Επιπλέον, οι ορισμοί της αναπηρίας αλλάζουν ανάλογα με τις εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη (Imrie, 2004).

Οι ορισμοί της αναπηρίας σε νομικό επίπεδο, ποικίλουν επίσης, σε σχέση με τους διάφορους νομικούς σκοπούς. Ένας κοινωνικός νόμος περί προστασίας των παροχών προσωπικής βοήθειας, για παράδειγμα, μπορεί να απευθύνεται σε διαφορετική ομάδα-στόχο των ατόμων με αναπηρία από μια νομοθεσία που έχει θεσπιστεί για την καταπολέμηση των διακρίσεων. Από θεωρητική σκοπιά, οι ορισμοί της αναπηρίας, επηρεάζονται από τη συζήτηση σχετικά με το τι προκαλεί την αναπηρία: ιατρικές παθήσεις, περιβαλλοντικοί παράγοντες, κοινωνικές δομές και / ή ατομικές ή συλλογικές συμπεριφορές και στάσεις. Η συζήτηση σχετικά με το ιατρικό έναντι του κοινωνικού μοντέλου της αναπηρίας, είχε μεγάλο αντίκτυπο στην ευρωπαϊκή πολιτική για την αναπηρία, διότι οδήγησε στην παραδειγματική στροφή

προς την φιλανθρωπική οργάνωση, που βασίζεται στην πολιτική για την αναπηρία με βάση τα δικαιώματα, και έχει βοηθήσει στην κατανόηση της αναπηρίας ως κοινωνικό όρο (Degener, 2006).

Σύμφωνα, λοιπόν, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας γίνεται διάκριση μεταξύ των ατόμων με βλάβες, των ατόμων με αναπηρίες και των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Στην δεύτερη κατηγορία, δηλαδή στα άτομα με αναπηρία, ο Οργανισμός υποστηρίζει ότι η *«αναπηρία είναι οποιοσδήποτε περιορισμός ή έλλειψη (που προκύπτει από βλάβη) της ικανότητάς ενός ατόμου να εκτελεί μια δραστηριότητα με τον τρόπο ή τα μέσα τα οποία θεωρούνται κανονικά για τα ανθρώπινα όντα»*. Σύμφωνα με την ίδια πηγή, η αναπηρία μπορεί να προκύψει ως άμεση συνέπεια μιας βλάβης ή να είναι το αποτέλεσμα της απόκρισης του ίδιου του ατόμου, κυρίως της ψυχολογικής απόκρισης, σε μια φυσική, αισθητηριακή ή άλλη διαταραχή. Η αναπηρία αποτελεί την αντικειμενοποίηση της βλάβης, και ως τέτοια αντανακλά τις διαταραχές στο επίπεδο του ατόμου. Αντίστοιχα τα άτομα με ειδικές ανάγκες διαχωρίζονται από τα άτομα με αναπηρία, αφού ο Οργανισμός αναφέρει ότι *«μια ειδική ανάγκη είναι ένα μειονέκτημα για ένα δεδομένο άτομο, που προκύπτει από μια βλάβη ή αναπηρία, που περιορίζει ή εμποδίζει την εκπλήρωση ενός ρόλου που είναι φυσιολογικός (ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες) για το συγκεκριμένο άτομο»* (WHO, 1980).

Στην Ελληνική νομοθεσία, δεν χρησιμοποιείται κανένας ενιαίος ορισμός για τα άτομα με αναπηρίες. Τα άρθρα 1666-1668 του Αστικού Κώδικα, ρυθμίζουν τα θέματα που αφορούν την νόμιμη κηδεμονία για τους ενήλικες, οι οποίοι είναι ανίκανοι (μερικώς ή ολικώς) να διαχειρίζομαι τις δικές τους υποθέσεις, λόγω ψυχολογικής ή διανοητικής διαταραχής ή σωματικής αναπηρίας, υποδεικνύοντας έτσι τα άτομα τα οποία θεωρούνται, ως άτομα με αναπηρίες. Πέρα από αυτό, ο Έλληνας νομοθέτης παρέχει έναν σαφή ορισμό για τους μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, οι οποίοι ορίζονται ως *«εκείνοι που για το σύνολο ή για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα της σχολικής τους ζωής, εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες μάθησης, εξαιτίας αισθητηριακών, ψυχικών, γνωστικών, αναπτυξιακών προβλημάτων ή ψυχικών και νευροψυχολογικών διαταραχών οι οποίες, σύμφωνα με την διεπιστημονική αξιολόγηση, επηρεάζουν τη διαδικασία της ολοκλήρωσης και της μάθησης σχολείου»*. Στο πλαίσιο του παραπάνω ορισμού, οι μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, περιλαμβάνουν ιδίως εκείνους που έχουν διανοητικές

αναπηρίες, αισθητηριακές προβλήματα όρασης (τυφλοί, αμβλύωπες), αισθητηριακές αναπηρίες ακοής (κωφοί), κινητικά προβλήματα, χρόνιες ή ανίατες ασθένειες, αναπηρίες λόγου, ειδικές μαθησιακές δυσκολίες όπως δυσλεξία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, δυσαναγνωσία, δυσορθογραφία, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, ψυχικές διαταραχές και πολλαπλές αναπηρίες (Kaltsouni, 2013).

2.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑμεΑ

Τα σωματικά και ψυχικά γνωρίσματα είναι οι δύο βασικοί παράγοντες, που διαφοροποιούν τα άτομα με αναπηρία από τα υπόλοιπα (τα λεγόμενα «κανονικά»). Ως εκ τούτου πρόκειται για άτομα που είναι αντιμέτωπα με σωματικές αναπηρίες και αισθητηριακές διαταραχές. Τα άτομα με αναπηρίες είναι μια πιο ειδική κατηγορία αφού σε αυτή δεν περιλαμβάνονται τα ταλαντούχα παιδιά και συνήθως έχουν μια μειονεξία ή βλάβη όταν αλληλεπιδρούν σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον και όχι σε κάποιο άλλο (Heward, 2011).

Γενικότερα, τα παιδιά με σωματικές αναπηρίες και (χρόνια) προβλήματα υγείας, συνιστούν έναν πληθυσμό του οποίου τα χαρακτηριστικά είναι αδύνατο να περιγράψουμε επαρκώς, δεδομένου ότι υπάρχουν περιπτώσεις, άλλοτε πιο ήπιες, άλλοτε πιο μέτριες ή σοβαρές. Αυτοί οι εκατοντάδες τύποι σωματικών αναπηριών ή προβλημάτων υγείας δύνανται να επηρεάσουν αρνητικά την καθημερινή προσωπική ζωή των ατόμων αυτών. Ενδεικτικά τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν παιδιά με εγκεφαλική παράλυση, μυϊκή δυστροφία, κακώσεις του νωτιαίου μυελού, επιληψία, διαβήτη, άσθμα, HIV, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής κ.α. (Heward, 2011).

Αναφορικά με τα παιδιά που πάσχουν από κάποιας μορφής νοητική υστέρηση, αυτά διαχωρίζονται από όσα υποφέρουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Συγκεκριμένα σε περιπτώσεις νοητικής καθυστέρησης, η απόκλιση αφορά τη χαμηλή νοημοσύνη που εμφανίζεται από τη βρεφική ή την παιδική ηλικία ενώ παράλληλα δεν παρατηρούνται αλλαγές ικανότητας ή προσαρμογής. Επίσης η ικανότητα πρόσληψης της γνώσης είναι περιορισμένη και γενικότερα οι θεραπείες είναι είτε περιορισμένες είτε αδύνατες (Παρασκευόπουλος, 1980).

Αντιθέτως, σε περιπτώσεις ψυχικής ασθένειας, το άτομο παρουσιάζει συμπτώματα σε οποιαδήποτε ηλικία ενώ έχει επίγνωση του περιβάλλοντος στις οποίες όμως δεν ανταποκρίνεται λόγω εσωτερικών διεργασιών και συναισθηματικών διαταραχών. Συχνά υπάρχουν μεταπτώσεις τόσο στις διαπροσωπικές του σχέσεις ενώ σε γνωστικό επίπεδο έχουν φυσιολογική εξέλιξη παρουσιάζοντας όμως αντικοινωνική συμπεριφορά που εκδηλώνεται με επιθετικές τάσεις, νοσηρές ιδέες κ.α. Τέλος η θεραπεία μπορεί να αποδειχθεί επιτυχημένη δίνοντας την ευκαιρία της πλήρους ομαλοποίησης της ζωής (Παρασκευόπουλος, 1980).

2.3. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑμεΑ

Στην Ελλάδα, υπάρχουν ειδικές κατηγοριοποιήσεις για τα άτομα με αναπηρίες (ΑμεΑ), που χρησιμοποιούνται από τα ασφαλιστικά ιδρύματα με βάση το νομοθετικό καθεστώς. Μέσω της νομοθεσίας, η κυβέρνηση επιδιώκει να καθιερώσει μια συνεπή προσέγγιση για τον προσδιορισμό της αναπηρίας, που ισχύει για τους ιδιωτικούς και κρατικούς φορείς, και αναφέρεται στην επίλυση των διαφορών από τα δικαστήρια (Gavalas, 2012).

Τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία στην Ελλάδα, προστατεύονται από ένα συνδυασμό ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων και γενικών νομοθεσιών. Ο δικαστικός μηχανισμός που θεσπίζεται για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία είναι νόμιμη διαδικασία (ένδικο μέσα, μέσω των δικαστηρίων), ενώ ο μη δικαστικός μηχανισμός για τον σκοπό αυτό είναι ένα κυβερνητικό όργανο (διοικητικό). Η γενική νομοθεσία εφαρμόζεται σε άτομα με διάφορες αναπηρίες όσον αφορά την εκπαίδευση, την απασχόληση, το δικαίωμα του γάμου, το δικαίωμα στην μητρότητα / οικογένεια, τα πολιτικά δικαιώματα, την πρόσβαση σε δικαστήριο δικαίου, το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή και την ιδιοκτησία. Οι νομικές παροχές που εγγυάται ο νόμος για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, αφορούν την υγεία και την ιατρική περίθαλψη, την απασχόληση και τη συμμετοχή σε αποφάσεις που επηρεάζουν τους εαυτούς τους. Σύμφωνα με την κυβέρνηση, ακόμα και τα οφέλη της εκπαίδευσης, της αποκατάστασης και της παροχής συμβουλών, της οικονομικής ασφάλειας και τη ανεξάρτητης διαβίωσης είναι εγγυημένα για άτομα με ειδικές ανάγκες (Gavalas, 2012).

Πρωτίστως λοιπόν, το Ελληνικό Σύνταγμα έχει φυσικά προβλέψει για την ασφάλιση, την προστασία και την ισότητα για όλους τους Έλληνες πολίτες. Σύμφωνα με το άρθρο 4 (Ιθαγένεια και Ισότητα) «οι Έλληνες πολίτες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου» και «οι Έλληνες και οι Ελληνίδες έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις». Με βάση το άρθρο 21, (παρ. 6) «τα άτομα με αναπηρία έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν τα μέτρα που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και την συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας». Αρκετά περισσότερα άρθρα είναι συμπληρωματικά προς αυτό (Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης, 2007).

Παράλληλα το αστικό δίκαιο ρυθμίζει τις δικαιοπραξίες (άρθρα 128-131, 131, 172), τις αδικοπραξίες (άρθρα 929-931), την δικαστική συμπαράσταση (άρθρα 1666-7, 1669, 1671, 1674, 1676, 1678-80, 1685, 1687), και το κληρονομικό δίκαιο (άρθρα 1719-20, 1735, 1745) των ΑμεΑ. Το ποινικό δίκαιο (άρθρα 33-34, 36-41, 56, 69) και η ποινική δικονομία (άρθρα 80, 200, 210, 227), με την σειρά τους, περιλαμβάνουν διατάξεις για την ποινική αντιμετώπιση των ΑμεΑ. Επιπρόσθετα μια σειρά από άρθρα (7-8, 12, 21, 50, 53-54, 56, 99-100, 102, 152-153, 164-167) , αποτελούν τις ρυθμίσεις του υπαλληλικού κώδικα, για τα ΑμεΑ (Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης, 2007).

Παράλληλα το κράτος ασχολείται με θέματα υγείας και εφαρμόζει ειδικά μέτρα προστασίας που αφορούν τα νέα άτομα, τα ηλικιωμένα άτομα, τα άτομα με αναπηρία και τους άπορους. Ένας μεγάλος αριθμός νόμων και διαταγμάτων που έχουν εκδοθεί από τα Υπουργεία (Υπουργείο Παιδείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων) παρέχουν επιλογές για τον καλύτερο τρόπο διαβίωσης για τα άτομα με αναπηρίες. Μεταξύ αυτών οι σημαντικότεροι από αυτούς έχουν θεσπιστεί με σκοπό την πρόσβαση στην εκπαίδευση και την υγεία, τα δικαιώματα εργασίας και φυσικά την ίση μεταχείριση τους. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στα παιδιά με αναπηρίες (Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης, 2007).

Πιο αναλυτικά το Υπουργείο Εργασίας έχει εκδώσει μια σειρά από νόμους οι οποίοι αφορούν ρυθμίσεις του τομέα απασχόλησης των ΑμεΑ και οι οποίοι είναι (Gavalas, 2012):

- [1] Νόμος 2643/1998 - Μέριμνα για την απασχόληση προσώπων ειδικών κατηγοριών.
- [2] Νόμος 2956/2001 - Αναδιοργάνωση του Ο.Α.Ε.Δ. και άλλες διατάξεις.
- [3] Νόμος 2972/2001 - Εκσυγχρονισμός της οργάνωσης και λειτουργίας του Ι.Κ.Α.
- [4] Νόμος 3227/2004 - Μέτρα για την αντιμετώπιση της ανεργίας.
- [5] Νόμος 3304/2005 - Εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης για τα ΑμεΑ.
- [6] Νόμος 3454/2006 - Ενίσχυση της οικογένειας και λοιπές διατάξεις.

Λοιπές νομοθετικές ρυθμίσεις περιλαμβάνουν (Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης, 2007):

- [1] Νόμος 2430/1996 - Καθιέρωση της 3ης Δεκεμβρίου κάθε έτους ως Ημέρα των ΑμεΑ - Θέσπιση της Κάρτας Αναπηρίας
- [2] Νόμος 2831/2000: Τροποποίηση Διατάξεων του Γενικού Οικοδομικού Κανονισμού (Ν. 1577/1985)
- [3] Άρθρα 14, 16, 21, 24, 29,32, του Κτιριοδομικού Σχεδιασμού

Τέλος το Υπουργείο Παιδείας, επιβλέπει τις υπηρεσίες αξιολόγησης και υποστήριξης των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Στο πλαίσιο αυτό έχουν αναπτυχθεί οι εξής νομοθεσίες (Sygiourou-Delli, 2010):

- [1] Νόμος 2817/2000, ο οποίος ορίζει τις ειδικές κατηγορίες των ατόμων με αναπηρίες, τα οποία έχουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και σε αυτούς υπάγονται, οι μαθητές με νοητική αναπηρία, με σοβαρά προβλήματα όρασης ή ακοής, με σοβαρή νευρολογική ή ορθοπεδική ανεπάρκεια ή σοβαρά προβλήματα υγείας, με δυσκολίες ομιλίας και επικοινωνίας, με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες όπως δυσλεξία, κ.λπ., με σοβαρές γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες, αυτισμό και αναπτυξιακές διαταραχές, με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και χαρακτηριστικά που δεν εντάσσονται σε καμία από τις προηγούμενες κατηγορίες.

- [2] Υπουργική Απόφαση Γ6/102357/10.10.02, σύμφωνα με την οποία οι γονείς έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν το κατάλληλο σχολείο για το παιδί τους, υπό την προϋπόθεση ότι το στάδιο της διάγνωσης έχει λάβει χώρα.
- [3] Νόμος 2686/1999 για την ασφάλιση των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.
- [4] Νόμος 1434/1984 και υπουργική απόφαση Γ4α / Φ224 / 2001, σύμφωνα με τα οποία οι νέοι με αναπηρία λαμβάνουν ειδική δημόσια ενίσχυση μετά τη διαπίστωση της αναπηρίας τους (διασφάλιση της προστασίας των ατόμων με αναπηρία, προσβασιμότητα στα δημόσια κτίρια, αποκατάσταση, κ.λπ).
- [5] Νόμος 3669/2008, ο οποίος αναφέρεται στην ειδική αγωγή και την εκπαίδευση των ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και ρυθμίζει όλα τα θέματα που αφορούν το βαθμό των μαθησιακών δυσκολιών που οι μαθητές μπορούν να καλύψουν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας καθημερινής εκπαίδευσης, είτε στο γενικό, είτε στο ειδικό σύστημα εκπαίδευσης .

2.4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑμεΑ - ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τα άτομα με αναπηρίες αντιμετωπίζουν πολλά κοινωνικά εμπόδια και σε όλες τις χώρες, λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα (κυρίως νομοθετικά), ώστε αυτά τα εμπόδια να εξαλειφθούν ή τουλάχιστον να μειωθούν. Η καλή υγεία είναι η πρώτη ανάγκη των ΑμεΑ, προκειμένου να είναι σε θέση να εργαστούν, να μάθουν, και να εμπλακούν σε μια κοινότητα. Παράλληλα, η υγιής διαβίωση, η ασφάλεια, η εκπαίδευση, η μετακίνηση, η ανεξάρτητη διαβίωση και η υποστήριξη από κρατικούς και άλλους φορείς είναι εξίσου ζητήματα κρίσιμης σημασίας για αυτή την ειδική κατηγορία ατόμων (Heward, 2011).

Τα άτομα με αναπηρίες χρειάζονται φροντίδα υγείας και προγράμματα υγείας για τους ίδιους λόγους που κάθε άτομο απαιτεί, ώστε να μείνουν ενεργά μέλη στην κοινότητα. Η ύπαρξη μιας αναπηρίας, δεν συνιστά ότι το άτομο δεν είναι υγιές,

καθώς η υγεία σημαίνει το ίδιο πράγμα για όλους. Για τα άτομα με αναπηρία, αυτό σημαίνει επίσης, ότι τα άτομα αυτά θα πρέπει να γνωρίζουν ότι τα προβλήματα υγείας τους, που σχετίζονται με την αναπηρία τους, μπορούν να αντιμετωπιστούν. Αυτά τα προβλήματα, ονομάζονται επίσης δευτερεύουσες συνθήκες και μπορεί να περιλαμβάνουν πόνο, κατάθλιψη, και μεγαλύτερο κίνδυνο για ορισμένες ασθένειες. Για να είναι υγιή, τα άτομα με αναπηρία χρειάζονται ιατρική περίθαλψη που να ικανοποιεί τις ειδικές ανάγκες που έχουν στο σύνολό τους, όχι ως απλά πρόσωπα, αλλά ως άτομα με αναπηρία. Οι περισσότεροι άνθρωποι με ή χωρίς αναπηρίες μπορούν να παραμείνουν υγιείς, μαθαίνοντας στην διαβίωση με έναν υγιεινό τρόπο ζωής (Iezzoni, 2011).

Παρ' όλα αυτά τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια στην καλή υγεία. Μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με αναπηρίες έχουν περισσότερες πιθανότητες από ό, τι τα άτομα χωρίς αναπηρία να αναφέρουν (1) μικρότερα επίπεδα υγείας, (2) ανεπαρκή πρόσβαση σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη, (3) συμμετοχή σε επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας, όπως το κάπνισμα και η έλλειψη σωματικής άσκησης. Οι άνθρωποι με αναπηρίες συχνά είναι πιο επιρρεπείς στο να προσληφθούν από προβλήματα υγείας που μειώνουν τη συνολική υγεία και την ποιότητα της ζωής τους (Williams, 2009). Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας παράλληλα με τις δευτερεύουσες συνθήκες, στις οποίες αναφερθήκαμε παραπάνω, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα των απρόσιτων εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης και του εξοπλισμού, της έλλειψης γνώσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σχετικά με συγκεκριμένες διαφορές μεταξύ των ατόμων με αναπηρίες, των δυσκολιών μετακίνησης, και των υψηλών ποσοστών φτώχειας μεταξύ των ατόμων με αναπηρία (McCull et al, 2010).

Η προσβασιμότητα ισχύει τόσο για την επικοινωνία, όσο και για την φυσική πρόσβαση. Για παράδειγμα, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν πώς να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς οι οποίοι έχουν μια αναπηρία. Οι πάροχοι θα πρέπει να εξασφαλίζουν ότι ο ιατρικός εξοπλισμός είναι προσβάσιμος και διαθέσιμος για τα άτομα με αναπηρίες (Τριδής, 2007).

Όσο αφορά την ασφάλεια, τα άτομα με αναπηρίες μπορεί να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο τραυματισμών. Στο πλαίσιο αυτό ο ρόλος της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σημαντικός, αφού οι γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας, πρέπει να διδάξουν στο άτομο με αναπηρία, πώς να παραμείνει ασφαλές (Williams, 2009).

Επίσης τα άτομα με αναπηρίες απαιτούν τις κατάλληλες υποστηρικτικές τεχνολογίες. Οι υποστηρικτικές τεχνολογίες είναι συσκευές ή εξοπλισμός, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει ένα άτομο με αναπηρία, να συμμετάσχει πλήρως στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής. Οι τεχνολογίες αυτές μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της λειτουργικής ανεξαρτησίας και να κάνουν τις καθημερινές εργασίες πιο εύκολες, με τη χρήση εξοπλισμού, που βοηθά τα άτομα να μετακινούνται, να επικοινωνούν με τους άλλους, να μαθαίνουν, να εργάζονται, και να συμμετέχουν σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Ένα παράδειγμα υποστηρικτικής τεχνολογίας, μπορεί να είναι οτιδήποτε, από μια συσκευή χαμηλής τεχνολογίας, όπως ένας μεγεθυντικός φακός έως μια συσκευή υψηλής τεχνολογίας, όπως ένας ειδικός υπολογιστής που μιλάει και βοηθά κάποιον να επικοινωνεί. Άλλα παραδείγματα είναι αναπηρικά καροτσάκια, περιπατητές, και σκούτερ, που είναι βοηθήματα κίνησης και μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τα άτομα με σωματικές αναπηρίες (Foley & Ferri, 2012).

Τα άτομα με αναπηρίες έχουν επίσης ειδικές ανάγκες στον τομέα της εκπαίδευσης. Με τη διάδοση της Ειδικής Αγωγής και της Ειδικής Εκπαίδευσης κατά τις τελευταίες δεκαετίες επέρχεται η επιστημονική, και επομένως σχεδιασμένη διδασκαλία, προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών με αναπηρίες. Ωστόσο η διαδικασία αυτή δε λαμβάνει χώρα απαραίτητως σε κάποιου είδους σχολικό περιβάλλον, αλλά εκτείνεται και εκτός αυτού, σε φορείς, πρόσωπα και μέρη που συντελούν στην κοινωνικοποίηση των μαθητών όσο και στην ένταξή τους στο περιβάλλον της εκπαίδευσης. Παρ' όλα αυτά, τα άτομα με αναπηρία, εφόσον δεν μπορούν να συμμετέχουν πάντα και με τον ίδιο τρόπο στις ίδιες εκπαιδευτικές εμπειρίες και δραστηριότητες με τους «κανονικούς», αυτομάτως ετικετοποιούνται, τόσο από τον περίγυρό τους, όσο και από την ίδια την επιστήμη της Ειδικής Αγωγής προκειμένου να αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν πιο αποτελεσματικά οι ιδιαίτερες ανάγκες και ικανότητες τους. Το ιδιαίτερα αυτό ενδιαφέρον θέμα, έχει προκαλέσει έντονη συζήτηση στην διεθνή βιβλιογραφία, η ανάπτυξη του ωστόσο είναι πέρα από τους σκοπούς της παρούσας εργασίας (Λαμπροπούλου & Παντελιάδου, 2010).

Η ανεξάρτητη διαβίωση είναι επίσης ένα πολύ σημαντικό θέμα για τα άτομα με αναπηρίες. Η ανεξάρτητη διαβίωση απαιτεί, τα άτομα με αναπηρίες να ζουν σε μια κατοικία, με περιορισμένη ή καθόλου βοήθεια από εξωτερικούς φορείς. Το άτομο δεν

μπορεί να χρειαστεί οποιαδήποτε βοήθεια ή μπορεί να χρειαστεί βοήθεια μόνο, σε πολύπλοκα ζητήματα, όπως η οικονομική διαχείριση των χρημάτων. Όταν ένα άτομο με αναπηρία να ζει στο σπίτι ή κινείται έξω στην κοινότητα, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από την ικανότητά του να διαχειρίζεται τις καθημερινές εργασίες με λίγη ή καθόλου βοήθεια. Παρ' όλα αυτά η ανεξάρτητη διαβίωση για τα άτομα με αναπηρίες θεωρείται ότι είναι δύσκολο να επιτευχθεί, αφού προϋποθέτει συχνά την χρήση τεχνολογιών υποστήριξης μετακίνησης, οι οποίες δεν είναι πάντα προσβάσιμες σε όλα τα άτομα, δεδομένου του κόστους τους (Kaluzna, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΑμεΑ) ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

3.1. ΚΡΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ & ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑμεΑ ΣΤΗ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα η υποστήριξη και η φροντίδα στα ΑμεΑ παρέχεται τόσο σε εθνικό (κυβερνητικό), όσο και σε περιφερειακό επίπεδο (τοπικές αρχές). Τα βασικά όργανα που είναι αρμόδια για την εκπόνηση και την εφαρμογή της νομοθεσίας σχετικά με τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία, σε κυβερνητικό επίπεδο είναι τα εξής:

[1] Το Υπουργείο Απασχόλησης, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, το οποίο, μεταξύ άλλων διαδικασιών, καθορίζει τα κριτήρια και τις διαδικασίες για την αξιολόγηση και την πιστοποίηση της αναπηρίας, θεσπίζει πολιτικές που αφορούν τις συντάξεις αναπηρίας και τις παροχές σε χρήμα και υποστηρίζει τα δικαιώματα στην υγεία και την κοινωνική μέριμνα, στις υπηρεσίες αποκατάστασης και στα τεχνικά βοηθήματα των ΑμεΑ. Γενικά, το Υπουργείο, είναι η αρχή που είναι υπεύθυνη για το σχεδιασμό και την άσκηση της πολιτικής πρόνοιας για τα άτομα με αναπηρίες, συμπεριλαμβανομένων όλων των πολιτικών που αφορούν την αποϊδρυματοποίηση τους και την ανεξάρτητη διαβίωση. Τα 12 Κέντρα (δημοσίου δικαίου) της Κοινωνικής Πρόνοιας με βάση σε δώδεκα διαφορετικές περιοχές, βρίσκονται σε περιοχές στην Ελλάδα, με σκοπό να καλύψει τις ανάγκες σε αστικές και αγροτικές περιοχές.

[2] Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο καθορίζει τις πολιτικές που σχετίζονται με τη δομή, τη λειτουργία και την οργάνωση των δομών υγείας και των ιδρυμάτων κοινωνικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων για τα άτομα με αναπηρίες. Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα παρέχονται μέσω τριών διακριτικό υπο-συστημάτων: α) το Εθνικό Σύστημα Υγείας (που χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία και την ασφάλεια υγείας, β) τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης, οι οποίοι διαφέρουν ανά επαγγελματική ομάδα (και χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων) και γ) τον ιδιωτικό τομέα

(που χρηματοδοτείται από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης ή από ιδιωτικές πληρωμές και την ιδιωτική ασφάλιση).

[3] Το Υπουργείο Παιδείας & Θρησκευμάτων, Πολιτισμού & Αθλητισμού. Η εκπαίδευση χορηγείται από τις αρχές του Υπουργείου, η οποία στη συνέχεια διανέμονται σε συγκεκριμένες αρχές, π.χ., την Γενική Διεύθυνση Σπουδών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Ορισμένοι οργανισμοί, όπως το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο και το Κέντρο Εκπαιδευτικής Έρευνας κάνουν αναφορές άμεσα στο Υπουργείο και βοηθούν στην εκπλήρωση του ρόλου του. Προκειμένου να διασφαλιστεί η χωρίς αποκλεισμούς εκπαίδευση για όλα τα παιδιά, το Υπουργείο Παιδείας έχει προγραμματίσει διάφορες ενέργειες στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος Εκπαίδευσης και Δια Βίου Μάθησης, που χρηματοδοτούνται από τα Διαρθρωτικά Ταμεία της ΕΕ.

[4] Το Υπουργείο Ανάπτυξης, Ανταγωνιστικότητας, Υποδομών, Μεταφορών και Δικτύων, το οποίο είναι υπεύθυνη για θέματα προσβασιμότητας των ατόμων με αναπηρία και την προστασία των δικαιωμάτων τους, ως καταναλωτών. Όπως αναφέραμε και νωρίτερα η Ελλάδα έχει ένα νομοθετικό πλαίσιο για την υποστήριξη της εφαρμογής της προσβασιμότητας στην κατασκευή υποδομών που θα πρέπει να διασφαλίζει την οριζόντια και κάθετη πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία, σε όλα τα νέα κτίρια και χώρους. Όπως ειπώθηκε και πριν, το νομοθετικό πλαίσιο για την προσβασιμότητα ορίζεται από τον Γενικό Οικοδομικό Κανονισμό και μια σειρά αποφάσεων και εγκυκλίων που παράγονται κυρίως από το Υπουργείο Ανάπτυξης, Ανταγωνιστικότητας, Υποδομών, Μεταφορών και Δικτύων. Υπάρχει ένα σαφές νομοθετικό πλαίσιο που προωθεί την προσβασιμότητα και το οποίο παρέχει διαδικασίες για την τακτική παρακολούθηση και την πιστοποίηση της ορθής εφαρμογής των μέτρων και την υιοθέτηση προτύπων και πρακτικών με βάση τις νεότερες τάσεις που ακολουθεί η διεθνής κοινότητα. Η προσβασιμότητα των υποδομών, των υπηρεσιών και των αγαθών, έχει γίνει πλέον ένα διεθνώς θεμελιώδες δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία, το οποίο τα κράτη υποχρεούνται να προστατεύουν. Οι ανάγκες όλων των μελών της κοινωνίας είναι πολύ σημαντικές και πρέπει να αποτελούν τη βάση οποιουδήποτε σχεδιασμού και κατασκευής.

Αντίστοιχα σε περιφερειακό επίπεδο οι βασικές αρχές που είναι υπεύθυνες για την φροντίδα και την παροχή υποστήριξης σε άτομα με αναπηρίες, αλλά και για την επίλυση των προβλημάτων τους, είναι οι τοπικές αρχές, δηλαδή η τοπική αυτοδιοίκηση. Οι τοπικές αρχές είναι επιφορτισμένες με την εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις για την υποστήριξη και την προστασία των ατόμων με αναπηρίες. Επιπλέον, οι τοπικές αρχές στηρίζουν και προστατεύουν κοινωνικά τις ευπαθείς ομάδες με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή της ψυχικής υγείας, μέσω των γραφείων και των κέντρων των δημοτικών και επαρχιακών γιατρών για τη στήριξη των ατόμων με αναπηρία. Οι τοπικές αρχές καταβάλλουν επίσης επιδόματα σε άτομα με αναπηρίες (τυφλοί, κωφοί, διανοητικά ανάπηροι, τετραπληγικοί, παραπληγικοί, άτομα με βαριά αναπηρία, κ.λπ.) και επιτρέπουν την ίδρυση ιδιωτικών ιδρυμάτων που ενδιαφέρονται για ηλικιωμένους ή για άτομα που πάσχουν από ανίατες σωματικές αναπηρίες. Επιπλέον, οι τοπικές αρχές είναι υπεύθυνες για την έκδοση της Κάρτας Αναπηρίας για άτομα με ειδικές ανάγκες μετά την απόφαση της Επιτροπής για την Διαπίστευση της Αναπηρίας.

Είναι προτεραιότητα για όλες τις αρχές της τοπικής αυτοδιοίκησης, η ευαισθητοποίηση σε θέματα, που σχετίζονται με την αναπηρία και η συμμετοχή σε διάλογο για την εφαρμογή των σχετικών προγραμμάτων και δράσεων πιο αποτελεσματικά. Οι δράσεις και τα προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της αναπηρίας, πραγματοποιούνται από τους οργανισμούς της τοπικής αυτοδιοίκησης με μεγάλη επιτυχία. Ο στόχος όλων των εργασιών που εκτελούνται είναι η προώθηση των ίσων ευκαιριών και της κοινωνικής συνοχής, της καταπολέμησης των διακρίσεων, της ενθάρρυνσης για τις θέσεις εργασίας, τη διευκόλυνση της πρόσβασης και την ενεργοποίηση και ευαισθητοποίηση απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Σεμινάρια, διαλέξεις και συνέδρια διοργανώνονται σε τακτική βάση, καλύπτοντας θέματα που σχετίζονται με την αναπηρία. Τα θέματα αυτά δεν είναι σημαντικά μόνο για τα άτομα με ειδικές ανάγκες αλλά και για την κοινωνία στο σύνολό της.

3.2. ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ

ΑμεΑ

Η βασική οικονομική στήριξη των ατόμων με αναπηρία, από τις δομές τοπικής αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα, παρέχεται από τις αρμόδιες Υπηρεσία Κοινωνικής Πρόνοιας των δήμων και των περιφερειών. Σε γενικές γραμμές οι υπηρεσίες αυτές είναι υπεύθυνες για την θέσπιση συστήματος προϋποθέσεων, μέσω των οποίων εγκρίνεται η παροχή οικονομικής βοήθειας σε άτομα με αναπηρίες, τα οποία δεν έχουν την δυνατότητα να εργαστούν λόγω σωματικών και ψυχικών αναπηριών (Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης, 2007).

Οι κυβερνητικές Πολιτικές για την κοινωνική προστασία περιλαμβάνουν τις δαπάνες για τις υπηρεσίες και τις μεταφορές που παρέχονται, σε μεμονωμένα άτομα και νοικοκυριά, και τις δαπάνες για υπηρεσίες που παρέχονται σε συλλογική βάση. Οι συλλογικές υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας, ασχολούνται με θέματα όπως η διαμόρφωση και διαχείριση της κυβερνητικής πολιτικής απέναντι στα άτομα με αναπηρία, η διαμόρφωση και η εφαρμογή της νομοθεσίας και των προτύπων για την παροχή κοινωνικής προστασίας στα άτομα με αναπηρία και η εφαρμοσμένη έρευνα και πειραματική ανάπτυξη σε υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας (Sundaram & Umaphathi, 2016).

Η παροχή κοινωνικής προστασίας με τη μορφή παροχών σε χρήμα ή σε είδος, προσφέρεται, εκτός των άλλων, σε πρόσωπα με αναπηρία, που είναι πλήρως ή εν μέρει σε θέση να ασκήσουν οικονομική δραστηριότητα ή να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή λόγω σωματικής ή πνευματικής βλάβης, η οποία είναι είτε μόνιμη, είτε ενδέχεται να επιμείνει πέρα από ένα ελάχιστο χρονικό διάστημα. Οι παροχές σε χρήμα, όπως οι συντάξεις αναπηρίας, καταβάλλονται σε άτομα κάτω από την κανονική ηλικία συνταξιοδότησης, τα οποία αντιμετωπίζουν κάποια αναπηρία η οποία μειώνει την ικανότητά τους να εργαστούν. Επίσης οι παροχές πρόωρης συνταξιοδότησης, καταβάλλονται στους μεγαλύτερους σε ηλικία εργαζομένους που συνταξιοδοτούνται, πριν από την κανονική ηλικία συνταξιοδότησης λόγω μειωμένης ικανότητας να εργαστούν, δεδομένης σωματικής ή πνευματικής αναπηρίας. Επιδόματα επίσης, καταβάλλονται σε άτομα με αναπηρία, που αναλαμβάνουν εργασία που είναι προσαρμοσμένη στην κατάσταση τους ή τα οποία καταρτίζονται επαγγελματικά, ενώ

άλλες περιοδικές ή εφάπαξ πληρωμές καταβάλλονται σε άτομα με αναπηρία για λόγους κοινωνικής προστασίας και περιλαμβάνουν (1) παροχές σε είδος, όπως η κάλυψη εξόδων διαμονής σε καταλύματα και χώρους με κατάλληλες εγκαταστάσεις, (2) παροχή συνδρομής σε άτομα με ειδικές ανάγκες, για να τους βοηθήσουν με τις καθημερινές τους εργασίες (βοήθεια στο σπίτι, μέσα μεταφοράς, κλπ), (3) επιδόματα στα πρόσωπα που φροντίζουν τα άτομα με αναπηρία, (4) επαγγελματική και άλλου είδους κατάρτιση, που παρέχεται για την προώθηση της επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων με αναπηρία, (5) διάφορες υπηρεσίες και αγαθά που παρέχονται σε άτομα με αναπηρία, ώστε να μπορέσουν να συμμετάσχουν σε ψυχαγωγικές και πολιτιστικές δραστηριότητες ή να ταξιδέψουν ή να συμμετέχουν στη ζωή της κοινότητας (OECD, 2013).

Ιδιαίτερα το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» έχει υποστηρίξει σημαντικά τα άτομα με ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας, με επίκεντρο τα μερικώς ανεξάρτητα άτομα με αναπηρία, αλλά κυρίως τους ηλικιωμένους, πέραν εκείνων με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα. Κάθε μονάδα υποστήριξης αποτελείται από μια μικρή ομάδα των επαγγελματιών, μια κοινωνική λειτουργό, μια νοσηλεύτρια και έναν οικογενειακό βοηθό. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από το πρόγραμμα περιλαμβάνουν πρόληψη και αποκατάσταση, φροντίδα μέσω συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης, νοσηλευτική φροντίδα, και οικογενειακή βοήθεια, με στόχο να μειωθούν οι περιττές επισκέψεις σε νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και να αντικατασταθεί ή να συμπληρωθεί η άτυπη υποστήριξη της οικογένειας. Η υποστήριξη που παρέχεται, επιτρέπει στα άτομα αυτά να συνεχίσουν να ζουν στο σπίτι, σε ένα αποδεκτό ποιοτικό επίπεδο ζωής, προστατεύοντας έτσι μια σημαντική πτυχή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους (Venieris, 2013).

Οι περισσότερες παροχές κοινωνικής ασφάλισης παρέχουν επιδόματα αναπηρίας ανταποδοτικού χαρακτήρα, αλλά και συντάξεις αναπηρίας. Ανάλογα με το ασφαλιστικό ταμείο, οι προϋποθέσεις επιλεξιμότητας και τα ποσοστά των διαφόρων παροχών, ακόμη και οι ίδιοι οι παροχές, μπορεί να ποικίλλουν σημαντικά. Οι μη ανταποδοτικές παροχές αναπηρίας, είναι επίσης πολλές και ετερογενείς. Σε πολλές περιπτώσεις, ο στόχος του επιδόματος είναι μια συγκεκριμένη ασθένεια ή πάθηση (OECD, 2013).

Παρ' όλα αυτά το υπάρχον σύστημα παροχών αναπηρίας θεωρείται ότι είναι σύνθετο, με πολλές και επικαλυπτόμενες κατηγορίες αναπηρίας. Τα επιδόματα αναπηρίας έχουν μεγάλη κάλυψη και εντοπίζονται τα σχετικά υψηλά επίπεδα στην Ελλάδα, σε σύγκριση με άλλες κοινωνικές παροχές. Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός παροχών σε χρήμα για τα άτομα με αναπηρία. Το σύστημα παροχών αναπηρίας αναγνωρίζει συνολικά 35 κατηγορίες αναπηρίας (συμπεριλαμβανομένων 10 διαφορετικών συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας για τυφλούς, π.χ. τυφλοί εργάτες, τυφλή συνταξιούχοι, τυφλά παιδιά σε ειδικά σχολεία, και 4 διαφορετικές κατηγορίες για κωφάλαλους) (Mavridoglou, 2010). Οι κατηγορίες αναπηρίας, ή οι πίνακες αναπηρίας, χρησιμοποιούνται επίσης από τα ασφαλιστικά ιδρύματα και μέσω της νομοθεσίας, η κυβέρνηση επιδιώκει να καθιερώσει μια συνεπή προσέγγιση για τον προσδιορισμό της αναπηρίας που ισχύει για τους ιδιωτικούς, καθώς και τους κρατικούς φορείς. Οι πίνακες μπορεί να γίνει κατανοητοί ως μια προσπάθεια να μειωθεί το κόστος των συναλλαγών σε όλο τον καθορισμό της αναπηρίας και για την επιβολή συνοχής στους ποικίλες παράγοντες, αν και στην πράξη υπάρχει σημαντική ευελιξία στην εφαρμογή των πινάκων (European Commission, 2002).

Επιπρόσθετα, ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα, είναι ότι τα οφέλη δεν παρέχονται για την αντιστάθμιση των πρόσθετων δαπανών ή απωλειών εισοδήματος που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας, και δεν εξαρτώνται από το εισόδημα. Χωρίς να υπονομεύονται οι νόμιμες αξιώσεις και οι υφιστάμενες νομικές υποχρεώσεις, θα ήταν σκόπιμο να εξεταστεί η θέσπιση, μιας πιο στοχευμένης προσέγγισης για την παροχή των επιδομάτων αναπηρίας (OECD, 2013).

3.3. ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ – ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑμεΑ

Η ανάπτυξη των στεγών αυτόνομης διαβίωσης, αποτελεί μέρος της πολιτικής κοινωνικής πρόνοιας και κοινωνικής φροντίδας σε συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων με αναπηρία, κυρίως με νοητική αναπηρία. Σκοπός των δομών αυτών, είναι να αναπτύξουν μια εναλλακτική διαμονή στην κοινότητα για τους ανθρώπους με αναπηρία, αποφεύγοντας την ιδρυματοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό, λόγω της έλλειψης ή της αδυναμίας της οικογένειάς τους. Επίσης, οι στέγες αυτόνομης

διαβίωσης, ενισχύουν την συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες της κοινότητας, βελτιώνουν, όσο το δυνατόν περισσότερο την αυτονομία και προωθούν την κοινωνική ένταξη. Ταυτόχρονα ανήκουν και λειτουργούν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας σε άτομα με ειδικές ανάγκες από την εφαρμογή της συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, για την εξασφάλιση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (European Commission, 2012).

Οι πολιτικές για την αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα, σχεδιάζονται και υλοποιούνται με στόχο την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού των ευπαθών κοινωνικών ομάδων και την βελτίωση της ένταξής τους στην κοινωνία. Οι παρεμβάσεις και τα μέτρα που αποφασίστηκαν, έχουν να κάνουν με την προσβασιμότητα στο δομημένο περιβάλλον, τις υποδομές και τις πληροφορίες, με βελτιώσεις στην κατάσταση της απασχόλησης των ατόμων με ειδικές ανάγκες, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, τη συμμετοχή στην πολιτιστική ζωή, κ.λπ. (FRA, 2012).

Είναι σημαντικό ότι τα έργα και οι δράσεις που υλοποιούνται είτε μέσω του Περιφερειακού Επιχειρησιακού Προγράμματος, είτε μέσω του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς, περιλαμβάνουν την έννοια των δράσεων που σχετίζονται με την αναπηρία για τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των ατόμων με αναπηρία, της προσβασιμότητας τους και της κοινωνικής ένταξής τους. Τα άτομα με αναπηρία είναι μια ετερογενής ομάδα ανθρώπων ανάλογα με το είδος και τη σοβαρότητα της αναπηρίας τους και αυτό έχει ληφθεί υπόψη στο σχεδιασμό, την έγκριση και την εφαρμογή των αναπτυξιακών προγραμμάτων που χρηματοδοτούνται μέσω του ΕΣΠΑ σε τομείς όπως η απασχόληση, οι μεταφορές, οι επικοινωνίες, η υγεία, η εκπαίδευση, κλπ. Προτεραιότητα του προγράμματος είναι να ελαχιστοποιηθούν τα εμπόδια και να αυξηθούν οι δομές και υπηρεσίες προσπελασιμότητας για τις ευάλωτες ομάδες, το οποίο επιτυγχάνεται, μέσω της οριζόντιας ενσωμάτωσης του κριτηρίου της προσβασιμότητας, ως κριτήριο επιλεξιμότητας σε όλα τα επιχειρησιακά προγράμματα και τη διάδοση της διάστασης της αναπηρίας στους στρατηγικούς στόχους των προγραμμάτων (ΕΣΑΑ, 2008) .

Στη νέα προγραμματική περίοδο 2014-2020, έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη των έργων στους τομείς της υγείας, της κοινωνικής πρόνοιας και των κοινωνικών υπηρεσιών, με την ενεργοποίηση των τοπικών φορέων, με στόχο τις πιο

ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με αναπηρία. Ένα πολύ σημαντικό βήμα, είναι οι παρεμβάσεις για την ανάπτυξη μιας βιώσιμης κοινωνικής οικονομίας και της κοινωνικής επιχειρηματικότητας, για την αύξηση των ευκαιριών απασχόλησης για τα άτομα που προέρχονται από ευάλωτες ομάδες σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Κύριοι στόχοι και προκλήσεις είναι θέματα όπως το κανονιστικό πλαίσιο του δικαίου, η χρηματοδότηση της πρόσβασης, η ευαισθητοποίηση της κοινότητας. Μια σειρά από ενέργειες σχετικά με τους ανωτέρω στόχους, θα πραγματοποιηθεί κυρίως από τις ΜΚΟ, ο ρόλος των οποίων, υπολογίζεται ότι θα είναι ζωτικής σημασίας για την υλοποίηση αυτής της περιόδου χρηματοδότησης προγραμματισμού, και δευτερευόντως από τις δομές τοπικής αυτοδιοίκησης (Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.με.Α, 2016).

Οι υπουργικές αρχές αλλά και οι δομές της τοπικής αυτοδιοίκησης, βρίσκονται σε στενή επαφή με την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, ως την πιο αντιπροσωπευτική οργάνωση αναπηρίας, η οποία συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων και την εκπροσώπηση των ατόμων με αναπηρίες στο πλαίσιο του διαλόγου με το Ελληνικό Δημόσιο. Η ΕΣΑΑ ασκεί συστηματικό έλεγχο στην νομοθεσία και τους κανονισμούς, υποβάλλοντας προτάσεις προς την Ελληνική Πολιτεία για θέματα όπως η εκπαίδευση, η επαγγελματική κατάρτιση, η απασχόληση, η κοινωνία της πληροφορίας και η καθολική πρόσβαση (Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης, 2007).

Η Ελλάδα έχει ένα νομοθετικό πλαίσιο για την υποστήριξη της εφαρμογής της προσβασιμότητας, στην κατασκευή υποδομών, το οποίο διασφαλίζει την οριζόντια και κάθετη πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία σε όλα τα νέα κτίρια και χώρους. Όπως ειπώθηκε και νωρίτερα, το νομοθετικό πλαίσιο για την προσβασιμότητα ορίζεται από τον Γενικό Οικοδομικό Κανονισμό και μια σειρά αποφάσεων και εγκυκλίων που παράγονται από διάφορα υπουργεία, όπως το Υπουργείο Περιβάλλοντος, το Υπουργείο Δημοσίων Υποθέσεων, Υπουργείο Ανάπτυξης, το Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών και το Υπουργείο Εμπορικού Ναυτικού. Υπάρχει ένα σαφές νομοθετικό πλαίσιο που προωθεί την προσβασιμότητα και το οποίο παρέχει διαδικασίες για την τακτική παρακολούθηση και την πιστοποίηση της ορθής εφαρμογής των μέτρων και την υιοθέτηση προτύπων και πρακτικών με βάση τις νεότερες τάσεις που ακολουθεί η διεθνής κοινότητα (ΕΣΑΑ, 2008).

Στην Ελλάδα, οι προσπάθειες στο πλαίσιο αυτό, στοχεύουν στην υιοθέτηση ενός σχεδίου που θα ικανοποιεί τις ανάγκες όλων των πολιτών, χωρίς διακρίσεις, για την διάχυση της κτιριακής προσβασιμότητας σε όλες τις πολιτικές και δράσεις, σε όλα τα επίπεδα. Η προσβασιμότητα των υποδομών, των υπηρεσιών και των αγαθών έχει γίνει πλέον ένα διεθνώς θεμελιώδες δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία, το οποίο όλα τα κράτη υποχρεούνται να προστατεύουν. Οι ανάγκες όλων των μελών της κοινωνίας είναι πολύ σημαντικές και πρέπει να αποτελούν τη βάση οποιουδήποτε σχεδιασμού και κατασκευής (Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης, 2007).

Η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ), έχει εκδώσει ένα βιβλίο οδηγό, το οποίο παρουσιάζει τους προσβάσιμους χώρους ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων στην Ελλάδα (ξενοδοχεία, μουσεία, εστιατόρια / καφετέριες, θέατρα, κινηματογράφους, εμπορικά κέντρα, μεγάλες αθλητικές εγκαταστάσεις και άλλες υπηρεσίες), κυρίως στις πρωτεύουσες των νομών, και σε άλλες πόλεις που παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον (ΕΣΑΑ, 2008).

Οι δομές της τοπικής αυτοδιοίκησης είναι επίσης σε κάποιο βαθμό υπεύθυνες για την μεταφορά και την μετακίνηση των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Στο πλαίσιο του ισχύοντος νομικού πλαισίου, ιδιαίτερη φροντίδα παρέχεται για τη μεταφορά των μαθητών με αναπηρίες, καθώς το νομικό πλαίσιο, περιλαμβάνει τέσσερα βασικά σημεία τα οποία είναι διαφορετικά από εκείνα που προβλέπονται για τους μαθητές σε άλλα σχολεία. Συγκεκριμένα:

- [1] Σύμφωνα με την παρ 3 του άρθρου 1 της ΚΥΑ 24001/2013 (ΦΕΚ 1449 Β/14-6-2013), όπως ισχύει, η μεταφορά των μαθητών που φοιτούν σε σχολεία για μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες δεν εμπίπτει στους περιορισμούς της ελάχιστης απόστασης από το σπίτι στο σχολείο.
- [2] Σύμφωνα με την ίδια παράγραφο, η μεταφορά των μαθητών που φοιτούν σε σχολεία για μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, πραγματοποιείται με κατάλληλο μέσο μεταφοράς που παρέχεται από τις δημοτικές αρχές, ή μέσω δημοσίων συμβάσεων που οδηγούν σε ιδιωτικές μεταφορές ενοικίασης, αποκλείοντας έτσι τα δημόσια μέσα μεταφοράς.
- [3] Σύμφωνα με την πρώτη παράγραφο του παραρτήματος της Κοινής Υπουργικής Απόφασης, όταν οι μαθητές με ειδικές ανάγκες, χρησιμοποιούν τα οχήματα που είναι προσαρμοσμένα για μαθητές με ειδικές ανάγκες για τη μεταφορά τους στα

σχολεία, το μέγιστο κόστος μπορεί να αυξηθεί έως και 50% σε σχέση στις δαπάνες για τα συμβατικά οχήματα, στην περίπτωση της μίσθωσης ιδιωτικών μέσων μεταφοράς μέσω των δημόσιων προμηθειών.

[4] Τέλος, οι επιχορηγήσεις είναι διαθέσιμες για μαθητές που φοιτούν σε σχολεία για μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, όταν δεν παρέχονται οι εν λόγω υπηρεσίες μεταφοράς. Οι υποτροφίες χορηγούνται χωρίς τον περιορισμό της λήψης κατ'ανώτατο όριο € 1.500 ανά σχολικό έτος, (άρθρο 3, παρ 1 μέρος II της προαναφερόμενης ΚΥΑ), η οποία ισχύει για τους άλλους μαθητές.

Τέλος σύμφωνα με την οδηγία 2004/18/EK (άρθρο 23 «τεχνικές προδιαγραφές») και το άρθρο 53, παρ.1 του Π.Δ. 60/2007 (ΦΕΚ 64Α/16-3-2007), όταν αυτό είναι δυνατό, οι τεχνικές προδιαγραφές πρέπει να ορίζονται κατά τρόπο, ώστε ο σχεδιασμός για την προσβασιμότητα των ατόμων με αναπηρίες, να είναι επίσης διαθέσιμος σε όλους τους χρήστες. Τα άτομα με αναπηρίες πρέπει να έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε όλα τα δημόσια έργα που εκτελούνται (δρόμοι, πεζοδρόμια, δημόσια κτίρια, κλπ) καθώς και σε όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες που παρέχονται από τον ευρύτερο δημόσιο τομέα (Εconomou, 2010).

3.4. ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑμεΑ

Το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας, έχει ως στόχο να ωφελήσει διάφορες ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών και των ατόμων με αναπηρίες. Πολυάριθμοι νόμοι στοχεύουν να ανακουφίσουν, έστω και εν μέρει, τα άτομα και τις οικογένειες των ατόμων με αναπηρίες από τα έξοδα που αφορούν την αναπηρία. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει καμία αναφορά στην κοινωνική προστασία, ούτε σε προγράμματα μείωσης της φτώχειας ειδικά για τις γυναίκες και τα παιδιά με αναπηρίες στην Ελλάδα. Η ιατρική φροντίδα παρέχεται τόσο από ιδιωτικούς, όσο και δημόσιους φορείς σε πρωτοβάθμιο (νομοί, δήμοι), δευτεροβάθμιο (περιφερειακές αρχές) και τριτοβάθμιο επίπεδο (κεντρική διοίκηση) (Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης, 2007).

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, δηλαδή σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης παρέχονται στο πλαίσιο των καθηκόντων των Υπηρεσιών Κοινωνικής Πρόνοιας στις Περιφέρειες της Ελλάδας. Στο εσωτερικό των υπηρεσιών αυτών, υπάγονται και οι εξεταστικές επιτροπές, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την αξιολόγηση της σωματικής αναπηρίας των ατόμων, και την ικανότητα εργασίας των ατόμων με αναπηρίες. Στα πλαίσια αυτά καθορίζεται το ποσοστό αναπηρίας, σε συνεργασία πάντα με τις επιτροπές του ΙΚΑ, όπου στην συνέχεια καθορίζεται και το ύψος του επιδόματος που το άτομο θα λάβει, διασφαλίζοντας την απαιτούμενη φροντίδας υγείας. Το ποσοστό ώστε το άτομο να κριθεί ανίκανο για εργασία και προκειμένου να λάβει επίδομα είναι 67% στην Ελλάδα. Επιπρόσθετα στις δομές κοινωνικής πρόνοιας, τα άτομα με αναπηρία έχουν επιπρόσθετες εκπτώσεις στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης, 2007).

Επίσης στην Ελλάδα έχει εδώ και κάποια χρόνια εισαχθεί το σύστημα της κάρτας αναπηρίας. Η κάρτα παρέχεται, στα άτομα τα οποία έχουν ποσοστό αναπηρίας, άνω του 67%, σύμφωνα με το πόρισμα των υγειονομικών επιτροπών. Η αξιολόγηση του «παθολογικού ανατομικού βαθμού αναπηρίας» γίνεται από επιτροπές για την υγεία που σχηματίζονται στις περιφερειακές υπηρεσίες υγείας, και η δομή της επιτροπής βασίζεται σε ιατρικές ειδικότητες (παθολογία, χειρουργική, ψυχιατρική). Η χρήση της κάρτας προσδίδει στα άτομα με αναπηρία, προνόμια μεταφοράς - μετακίνησης, αλλά ο στόχος είναι, τα άτομα με αναπηρίες να χρησιμοποιήσουν την κάρτα, για να λάβουν φροντίδα και άλλες υπηρεσίες που παρέχονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (European Commission, 2002).

Στην βιβλιογραφία ωστόσο, εντοπίζονται και αρκετά προβλήματα σχετικά με την εφαρμογή της αρχής της πρόσβασης σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για τα άτομα με αναπηρίες, τα οποία περιλαμβάνουν την έλλειψη ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού στις δομές της υγειονομικής περίθαλψης που είναι σε θέση να επικοινωνούν και να θεραπεύουν τα άτομα με αναπηρίες, η έλλειψη κέντρων ημερήσιας φροντίδας και θεραπείας για άτομα με χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες, καθώς και η απουσία κοινοτικών υπηρεσιών για τη στήριξη της οικογένειας. Επιπρόσθετα καταγράφονται προβλήματα και εμπόδια που αφορούν την έλλειψη προσωπικού σε υφιστάμενες μονάδες κοινωνικής φροντίδας που ενίοτε λειτουργούν με βάση το ξεπερασμένο μοντέλο ασύλου σε σχέση με τον τρόπο που νοιάζονται για

τα άτομα με αναπηρία. Επιπλέον, παρόλο που πολλές δομές ψυχικής υγείας και θεσμικών οργάνων της δημόσιας υγείας, παρέχουν κοινωνική φροντίδα σε άτομα με αναπηρία, και οι οποίες δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο των προγραμμάτων χρηματοδότησης της ΕΕ, έχουν πλέον κλείσει ή απειλούνται με κλείσιμο λόγω έλλειψης κρατικής χρηματοδότησης (Kaltsouni, 2013).

Επίσης τα Κέντρα Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης τα οποία υπάγονται άμεσα στα Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία, στηρίζουν τα άτομα με αναπηρία, παρέχοντας υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Στα κέντρα αυτά ορίζονται οι στόχοι της αποκατάστασης των ατόμων με αναπηρίες, μετά από εμπεριστατωμένη διάγνωση και μελέτη της κατάστασης του ασθενούς. Το νοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνει τη φροντίδα για την υγεία του ατόμου με αναπηρία, σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού με στόχο τη μείωση των προβλημάτων και τη διατήρηση των βασικών λειτουργιών του σώματος και την προετοιμασία φυσικής αποκατάστασης και εκπαιδεύει τα άτομα με αναπηρία υπό την επίβλεψη του γιατρού. Στο πλαίσιο αυτό εφαρμόζονται προγράμματα φυσιοθεραπείας, με στόχο την αναβάθμιση της φυσικής κατάστασης των ατόμων με αναπηρία, προγράμματα εργοθεραπείας, με στόχο την εκπαίδευση των ατόμων με αναπηρία να χρησιμοποιούν λειτουργικά τα άκρα τους και να εξυπηρετούνται μόνο τους, κλπ., προγράμματα λογοθεραπείας, με στόχο την εκπαίδευση των ατόμων να χρησιμοποιούν όλες τις μορφές επικοινωνίας, με έμφαση στην προφορική επικοινωνία, και την εκπαίδευση να χρησιμοποιούν τις λειτουργίες του μυαλού, όπως την προσοχή, τη μνήμη και την ομιλία. Επίσης στην ομάδα αποκατάστασης υπάγονται (1) κλινικός ψυχολόγος, ο οποίος υποστηρίζει τα άτομα με αναπηρίες και τις οικογένειες του, (2) κοινωνικός λειτουργός, ο οποίος νοιάζεται για τις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία και την οικογένειά τους, και συνδέει την αποκατάσταση με την κοινωνική πρόνοια, (3) επαγγελματικός σύμβουλος, ο οποίος χρησιμοποιεί δοκιμασίες, καθορίζει επαγγελματικά προσόντα και δεξιότητες και λειτουργεί ως σύνδεσμος με άλλες υπηρεσίες και τέλος (4) μηχανικός αποκατάστασης, ο οποίος σε στενή συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό, εκτελεί πρόσθετες ενέργειες σε σχέση με τα μηχανήματα αποκατάστασης (Υπουργείο Υγείας, 2016).

Σημαντική είναι και η λειτουργία των Κέντρων Ημέρας, για τα άτομα με αναπηρίες. Τα Κέντρα Ημέρας αρχικά λειτουργούσαν μόνο για τα παιδιά με αναπηρίες, και για άτομα που πάσχουν από Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές οι

οποίες εντάσσονται στο αυτιστικό φάσμα. Ωστόσο στην συνέχεια η λειτουργία τους αναπτύχθηκε, ώστε να μπορέσουν αν παρέχουν φροντίδα και σε άλλες ομάδες ατόμων με αναπηρία. Εκτός από την φροντίδα υγείας, τα άτομα δέχονται επίσης και συστηματική στήριξη στον τομέα της κοινωνικοποίησης. Ωστόσο στην Ελλάδα, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας είναι διαθέσιμα μόνο για ένα τμήμα του πληθυσμού της Αθήνας και η παροχή αυτού του είδους των υπηρεσιών είναι αρκετά περιορισμένη σε άλλα μέρη της Ελλάδας, ενώ υπάρχουν ακόμα λίγες εγκαταστάσεις ημερήσιας φροντίδας για παιδιά ηλικίας κάτω των 4. Επιπλέον, το συνολικό σύστημα παροχής ημερήσιας φροντίδας έχει δομηθεί με έναν τυχαίο και μάλλον κακώς ρυθμιζόμενο τρόπο, αφού η σχέση μεταξύ των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης και της λήψης αποφάσεων πολιτικής δεν είναι σαφής σε αυτό το συγκεκριμένο πολιτιστικό ή / και πολιτικό πλαίσιο (Petrogiannis, 2002).

3.5. ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑμεΑ

Στο μέτρο του δυνατού, τα παιδιά με αναπηρίες θα πρέπει να εκπαιδεύονται σε ένα περιβάλλον χωρίς διακρίσεις, παρά σε ιδρύματα. Η ελληνική νομοθεσία αντικατοπτρίζει τους στόχους των δικαιωμάτων των παιδιών με αναπηρίες, ιδιαίτερα μετά την ψήφιση του νόμου 3699/2008, για την ειδική αγωγή και την εκπαίδευση των ατόμων με αναπηρία ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Ο νόμος αυτός κωδικοποιήθηκε και ενημέρωσε τους νόμους, που προηγουμένως ρύθμιζαν την ειδική αγωγή και οδηγείται από την διεθνώς αναγνωρισμένη αρχή «ένα σχολείο για όλους» και τις αρχές της ΕΕ για την ένταξη και την ισότητα των ευκαιριών.

Το ελληνικό Σύνταγμα προβλέπει ότι *«όλοι οι Έλληνες έχουν δικαίωμα δωρεάν παιδείας, σε όλα τα επίπεδα, στα κρατικά εκπαιδευτήρια. Το κράτος παρέχει οικονομική βοήθεια σε όσους εξ αυτών, καθώς και σε μαθητέ, διακρίνει ανάγκη από βοήθεια ή ειδική προστασία, ανάλογα με τις ικανότητές τους»*. Η ειδική αγωγή, όσο και η γενική εκπαίδευση, είναι υποχρεωτική στην Ελλάδα και αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της ελεύθερης, δημόσιας εκπαίδευσης. Τα παράλληλα προγράμματα και οι υπηρεσίες παρέμβασης, όπως η ομιλία ή η εργοθεραπεία, η φυσιοθεραπεία ή οποιεσδήποτε άλλες υπηρεσίες, οι οποίες είναι αναγκαίες για να εξασφαλιστεί η

ισότιμη μεταχείριση των μαθητών (π.χ. υπηρεσίες μεταφορών, ειδικό εκπαιδευτικό υλικό) παρέχονται δωρεάν (Open Society Institute, 2006).

Η διάγνωση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών βασίζεται σε μια προσέγγιση πειθαρχίας, ενώ στο αναπηρικό κίνημα και στους γονείς / κηδεμόνες των ατόμων με αναπηρία, δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στον ειδικό σχεδιασμό και την υλοποίηση της εκπαίδευσης. Για παράδειγμα, η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία συμμετέχει στο Εθνικό Συμβούλιο Παιδείας. Πριν από την ψήφιση του νόμου 3699/2008, δεν υπήρχε κανένα νομικό μέσο που να παρείχε ρητά, την εκπαίδευση για τα παιδιά με ειδικές ανάγκες ως υποχρεωτική. Παρ' όλα αυτά, υπήρχε το άρθρο 2 (1) και (3) του Νόμου 1566/1985, το οποίο όριζε ότι η φοίτηση στο δημοτικό σχολείο και το γυμνάσιο είναι υποχρεωτική, εφ' όσον ο σπουδαστής είναι κάτω των 16 ετών. Ωστόσο ο νόμος 1566/1985, δεν έκανε καμία διάκριση για τους μαθητές με αναπηρίες, πράγμα που σημαίνει ότι η εκπαίδευση για τα παιδιά αυτά θα πρέπει επίσης να έχει θεωρηθεί ως υποχρεωτική. Όποιος έχει την επιμέλεια του ανηλίκου και παραλείπει την εγγραφή του ή την επίβλεψη της συμμετοχής του στο σχολείο τιμωρείται σύμφωνα με το άρθρο 458 του Ποινικού Κώδικα (σχετικά με τις παραβιάσεις των διοικητικών διατάξεων) (.).

Οι μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, καταρχήν, θα πρέπει να εκπαιδευτούν στο πλαίσιο του γενικού σχολείου με την παρουσία των ακόλουθων εγκαταστάσεων (Kaltsouni, 2013):

- [1] Κανονικές σχολικές αίθουσες, αν έχουν ήπιες μαθησιακές δυσκολίες. Σε αυτή την περίπτωση, οι μαθητές θα πρέπει να υποστηρίζονται από το δάσκαλο της τάξης, ο οποίος συνεργάζεται με το ΚΕΔΔΥ, καθώς και με ειδικούς συμβούλους σχολικής εκπαίδευσης και ειδικούς συμβούλους εκπαίδευσης του προσωπικού.
- [2] Κανονικές σχολικές αίθουσες, με πρόσθετη υποστήριξη εκπαιδευτικών ειδικής αγωγής, όταν αυτό απαιτείται από τη φύση και την έκταση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών. Η πρόσθετη στήριξη παρέχεται σε μαθητές, που μπορούν να διαχειριστούν το πρόγραμμα σπουδών, εφόσον λάβουν την κατάλληλη ατομική υποστήριξη, και σε μαθητές με σοβαρές εκπαιδευτικές ανάγκες, εφόσον δεν υπάρχει άλλη ρύθμιση ειδικής αγωγής στην περιοχή τους (ειδικό σχολείο, επαγωγή τάξη) ή όταν η παράλληλη στήριξη κρίνεται

αναγκαία από το ΚΕΔΔΥ. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι καθηγητές ειδικής στήριξης μπορεί να παρέχονται σε μόνιμη βάση.

[3] Ειδικά οργανωμένα και κατάλληλα στελεχωμένα τμήματα ένταξης που θα λειτουργούν μέσα σε κανονικές σχολικές αίθουσες και επαγγελματικές σχολές με δύο τύπους προγραμμάτων:

- a. ένα συνδυασμένο εξειδικευμένο πρόγραμμα, όπως καθορίζεται από το αντίστοιχο ΚΕΔΔΥ, για τους μαθητές με ήπιας μορφής ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, το οποίο δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 15 ώρες διδασκαλίας ανά εβδομάδα για κάθε μαθητή αίθουσα και
- b. ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα σε επίπεδο ομίλου ή σε βάση ένα προς ένα, όπως καθορίζεται από το αντίστοιχο ΚΕΔΔΥ για τους μαθητές με πιο σοβαρές εκπαιδευτικές ανάγκες.

Οι μαθητές που δεν είναι αυτο-υποστηριζόμενοι, παρακολουθούν είτε ειδικά σχολεία, είτε γενικά σχολεία με την υποστήριξη ειδικού προσωπικού και βοηθητικού προσωπικού, σύμφωνα με τις ειδικές εκπαιδευτικές τους ανάγκες. Όταν η συμμετοχή σε ένα γενικό σχολείο με μαθητές με ειδικές ανάγκες και μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών τους, τότε αυτοί οι μαθητές εκπαιδεύονται (Kaltsouni, 2013):

[1] Σε Αυτοτελείς Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής (ΣΜΕΑ)

[2] Σε σχολεία ή τμήματα που λειτουργούν είτε ανεξάρτητα είτε ως μέρος σχολείων, νοσοκομείων, κέντρων αποκατάστασης, ιδρυμάτων πειθαρχίας της νεολαίας, ιδρύματα για μακροχρόνια ασθένειες, ή ως εκπαιδευτικά και υπηρεσίες αποκατάστασης των μονάδων Ψυχικής Υγείας. Οι μονάδες αυτές εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Πολιτισμού και Αθλητισμού. Άλλα ιδιωτικά ιδρύματα μπορούν να προσφέρουν ειδική εκπαίδευση, καθώς και κατάρτιση και συμβουλευτική σε άτομα άνω των 15 ετών με σοβαρή νοητική υστέρηση και άλλες αναπηρίες.

[3] Στο σπίτι, όταν αυτό είναι αναγκαίο λόγω σοβαρών μακροχρόνιων προβλημάτων υγείας, τα οποία εμποδίζουν την κινητικότητα και τη σχολική φοίτηση.

Τα ΚΕΔΔΥ (Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης και Υποστήριξης) είναι τα πρώην ΚΔΑΥ (Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης και Υποστήριξης) και η λειτουργία τους υποστηρίζεται από τις δομές τοπικής αυτοδιοίκησης. Ο θεσμός αυτός εισήχθη το 2001, με σκοπό να παρέχει και να συντονίζει τις υπηρεσίες για παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες σε τοπικό επίπεδο. Τα ΚΕΔΔΥ είναι το κύριο σώμα, το οποίο είναι υπεύθυνο για την αξιολόγηση της διανοητικής αναπηρίας και τον καθορισμό της τοποθέτησης των ατόμων στα κατάλληλα σχολεία. Ωστόσο μέχρι και λίγα χρόνια πριν, μόνο τα μισά από τα ΚΕΔΔΥ λειτουργούσαν, και εκείνα τα οποία λειτουργούσαν, δεν είχαν ανταποκριθεί στις προσδοκίες των γονέων, ιδίως όσον αφορά την έγκαιρη παρέμβαση. Επειδή τα ΚΕΔΔΥ δεν είναι εγκατεστημένα σε όλη τη χώρα, πολλές οικογένειες πρέπει να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις ή να υπομείνουν μακροχρόνιες περιόδους αναμονής, προκειμένου να αξιολογηθούν τα παιδιά τους. Ο ανεπαρκής αριθμός των κέντρων και η εστίασή τους επί του πληθυσμού σχολικής ηλικίας, έχει οδηγήσει σε μια σχεδόν πλήρη έλλειψη υπηρεσιών πρώιμης παρέμβασης στις περισσότερες περιοχές, αναγκάζοντας τους γονείς να βρουν εναλλακτικές λύσεις σε ιδιωτικό επίπεδο, συχνά με μεγάλο κόστος. Το ΚΕΔΔΥ, αναμένεται επίσης να συντάξει εκπαιδευτικές συστάσεις για κάθε παιδί, αλλά οι γονείς έχουν εκφράσει την ανησυχία τους ότι οι εκθέσεις αυτές είναι δύσκολο να κατανοηθούν και συχνά δίνουν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με τις επιλογές που είναι διαθέσιμες για την εκπαίδευση των παιδιών τους. Η ηλικία και το επίπεδο της αναπηρίας του παιδιού καθορίζει, το σχολείο το οποίο είναι κατάλληλο για κάθε παιδί (Open Society Institute, 2006).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα σύνθετα κοινωνικά ζητήματα και προβλήματα τείνουν να συγκλίνουν στα αστικά κέντρα και ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην επίλυση τους. Ο ρόλος της, στην αντιμετώπιση αυτών των θεμάτων και η συμμετοχή της, στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στην κοινωνική πολιτική, έχει συχνά περιγραφεί ως μια σημαντική πτυχή της αποτελεσματικής κοινωνικής πολιτικής. Υπό τις παραπάνω συνθήκες, ο ρόλος των ΟΤΑ, και κυρίως των δήμων έχει ιδιαίτερη σημασία για την αποτελεσματικότητα της εθνικής κοινωνικής πολιτικής. Σημαντικό μέρος της κοινωνικής πολιτικής σε κάθε χώρα, αποτελεί η κοινωνική πολιτική για τα άτομα από ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως είναι τα άτομα με αναπηρίες.

Αν και ο Έλληνας νομοθέτης έχει φροντίσει νομικά σε όλα τα επίπεδα για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία, στον νομοθετικό πλαίσιο δεν χρησιμοποιείται κανένας ενιαίος ορισμός για τα άτομα με αναπηρίες. Ο έμμεσος ορισμός για την αναπηρία, προκύπτει από τον Αστικό Κώδικα, ο οποίος μεταξύ άλλων, ρυθμίζει τα θέματα που αφορούν την νόμιμη κηδεμονία για τους ενήλικες, οι οποίοι είναι ανίκανοι (μερικώς ή ολικώς) να διαχειρίζομαι τις δικές τους υποθέσεις, λόγω ψυχολογικής ή διανοητικής διαταραχής ή σωματικής αναπηρίας, υποδεικνύοντας έτσι τα άτομα τα οποία θεωρούνται, ως άτομα με αναπηρίες.

Τα άτομα με αναπηρίες αντιμετωπίζουν πολλά κοινωνικά εμπόδια και σε όλες τις χώρες, λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα (κυρίως νομοθετικά), ώστε αυτά τα εμπόδια να εξαιρεθούν ή τουλάχιστον να μειωθούν. Το κράτος μέσα από τις δομές της τοπικής αυτοδιοίκησης καταβάλλει προσπάθειες για να καλύψει τις βασικές ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες σε θέματα που αφορούν την φροντίδα υγείας, την εκπαίδευση, την ανεξάρτητη διαβίωση και την κοινωνική υποστήριξη και την οικονομική ενίσχυση.

Πρωτίστως, η βασική οικονομική στήριξη των ατόμων με αναπηρία, από τις δομές τοπικής αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα, παρέχεται από τις αρμόδιες Υπηρεσία Κοινωνικής Πρόνοιας των δήμων και των περιφερειών, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την θέσπιση συστήματος προϋποθέσεων, μέσω των οποίων εγκρίνεται η παροχή

οικονομικής βοήθειας σε άτομα με αναπηρίες και καταβάλλεται σε χρήμα ή σε είδος κατά περίπτωση. Επίσης οι περισσότερες παροχές κοινωνικής ασφάλισης παρέχουν επιδόματα αναπηρίας ανταποδοτικού και μη – ανταποδοτικού χαρακτήρα, αλλά και συντάξεις αναπηρίας. Ωστόσο το σύστημα παροχών αναπηρίας στην Ελλάδα είναι πολύπλοκο, αναποτελεσματικό και άδικο. Υπάρχουν πολλές κατηγορίες παροχών αναπηρίας, στις οποίες εμπλέκονται πολλαπλές οντότητες στην παροχή οφελών, και οι νόμοι επιτρέπουν να προκύπτουν πολλαπλά οφέλη, για ορισμένα ασφαλισμένα άτομα με αναπηρία. Το σύστημα παροχών αναπηρίας αναγνωρίζει διάφορες ιατρικές καταστάσεις ειδικές για τις συντάξεις αναπηρίας, ενώ παράλληλα πολλαπλές προϋποθέσεις ισχύουν για τις παροχές μη ανταποδοτικού τύπου σε χρήμα. Παράλληλα υπάρχουν πολλές διαφορετικές κατηγορίες αναπηρίας σε δημοτικό επίπεδο και σε περιφερειακό επίπεδο. Και φυσικά το πρόβλημα εντείνεται από την στιγμή που δεν υπάρχει τυπικός ορισμός της αναπηρίας που να εφαρμόζεται ομοιόμορφα σε ανταποδοτικού και μη ανταποδοτικού τύπου παροχές.

Όσο αφορά την συμβολή της τοπικής αυτοδιοίκησης στην ανεξάρτητη διαβίωση των ΑμεΑ, η ανάπτυξη των στεγών αυτόνομης διαβίωσης, αποτελεί μια πολύ σημαντική εναλλακτική λύση διαμονής στην κοινότητα για τους ανθρώπους με αναπηρία, αποφεύγοντας την ιδρυματοποίηση τους και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Παράλληλα ενισχύουν την συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες της κοινότητας, βελτιώνουν, όσο το δυνατόν περισσότερο την αυτονομία και προωθούν την κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία. Παρ' όλα αυτά κρίνεται αναγκαίο να ρυθμιστούν θέματα όπως το κανονιστικό πλαίσιο του δικαίου, η χρηματοδότηση της πρόσβασης, και η ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα αυτόνομης διαβίωσης των ατόμων με αναπηρίες.

Όσο αφορά την φροντίδα σε θέματα υγείας, το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας, έχει ως στόχο να ωφελήσει διάφορες ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών και των ατόμων με αναπηρίες. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, δηλαδή σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης παρέχονται στο πλαίσιο των καθηκόντων των Υπηρεσιών Κοινωνικής Πρόνοιας στις Περιφέρειες της Ελλάδας, στο πλαίσιο των οποίων λειτουργούν και οι ιατρικές επιτροπές που θεσπίζουν τα ποσοστά αναπηρίας για κάθε άτομο. Παρ' όλα αυτά δεν υπάρχει καμία αναφορά στην κοινωνική προστασία, ούτε σε προγράμματα μείωσης της φτώχειας ειδικά για τις γυναίκες και τα παιδιά με αναπηρίες στην Ελλάδα. Άλλα προβλήματα

που καταγράφονται στο πλαίσιο της ιατρικής φροντίδας, είναι η έλλειψη ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού στις δομές της υγειονομικής περίθαλψης που είναι σε θέση να επικοινωνούν και να θεραπεύουν τα άτομα με αναπηρίες, η έλλειψη κέντρων ημερήσιας φροντίδας και θεραπείας για άτομα με χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες, η απουσία κοινοτικών υπηρεσιών για τη στήριξη της οικογένειας, και προβλήματα και εμπόδια που αφορούν την έλλειψη προσωπικού σε υφιστάμενες μονάδες κοινωνικής φροντίδας που ενίοτε λειτουργούν με βάση το ξεπερασμένο μοντέλο ασύλου σε σχέση με τον τρόπο που νοιάζονται για τα άτομα με αναπηρία. Επίσης πολλές δομές ιατρικές φροντίδας έχουν πλέον κλείσει ή απειλούνται με κλείσιμο λόγω έλλειψης κρατικής χρηματοδότησης.

Τέλος σε ότι αφορά την εκπαίδευση, το νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα θεωρείται ότι είναι επαρκές, με την ανάπτυξη των μονάδων ειδικής αγωγής και τα δικαιώματα των παιδιών με αναπηρίες στην εκπαίδευση. Το σημαντικό πρόβλημα εδώ είναι η λειτουργία των ΚΕΔΔΥ, τα οποία συντονίζουν τις υπηρεσίες για παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες σε τοπικό επίπεδο. Είναι γεγονός πως δεν λειτουργούν σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας ΚΕΔΔΥ, ενώ αυτά τα οποία λειτουργούν, δεν έχουν ανταποκριθεί στις προσδοκίες των γονέων, ιδίως όσον αφορά την έγκαιρη παρέμβαση. Επίσης επειδή τα ΚΕΔΔΥ δεν είναι εγκατεστημένα σε όλη τη χώρα, πολλές οικογένειες πρέπει να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις ή να υπομείνουν μακροχρόνιες περιόδους αναμονής, προκειμένου να αξιολογηθούν τα παιδιά τους. Ο ανεπαρκής αριθμός των κέντρων και η εστίασή τους επί του πληθυσμού σχολικής ηλικίας, έχει οδηγήσει σε μια σχεδόν πλήρη έλλειψη υπηρεσιών πρώιμης παρέμβασης στις περισσότερες περιοχές, αναγκάζοντας τους γονείς να βρουν εναλλακτικές λύσεις σε ιδιωτικό επίπεδο, συχνά με μεγάλο κόστος.

Στο πλαίσιο αυτό κρίνεται απαραίτητη η θεμελιώδης μεταρρύθμιση του συστήματος σχεδιασμού, διαχείρισης και αξιολόγησης της αναπηρίας, προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι τα οφέλη στοχεύουν στην πραγματικότητα στα άτομα με αναπηρίες. Η Ελλάδα αντιμετωπίζει την πολύπλοκη ατζέντα απλοποίησης της δομής των παροχών αναπηρίας και της διοικητικής ενοποίησης μεταξύ των διαφόρων προγραμμάτων και των σημείων εισόδου στο σύστημα. Επιπλέον, ένας από τους κύριους λόγους για την κατάτμηση των παροχών αναπηρίας στην Ελλάδα είναι ότι η προσέγγιση που ακολουθείται για την αξιολόγηση της αναπηρίας και καθορισμού των παροχών βασίζεται στο ιατρικό μοντέλο. Αντί να υπάρχει ένα σύστημα εκτίμησης της

αναπηρίας που να έχει ως στόχο να καθορισθεί η ικανότητα του ατόμου, τα εμπόδια που αντιμετωπίζει, και το είδος της υποστήριξης που απαιτείται, τα κριτήρια επιλεξιμότητας βασίζονται, εξ ολοκλήρου σε ιατρικά κριτήρια.

Και ενώ οι διαδικασίες μεταρρύθμισης που εισήχθησαν με την οικονομική ύφεση των τελευταίων ετών, και στον τομέα της πρόνοιας, σημείωσαν κάποια πρόοδο με την εδραίωση της ιατρικής αξιολόγησης σε ένα ενιαίο οργανισμό, πολλά πρέπει ακόμη να γίνουν όσον αφορά τη θέσπιση ενός ολοκληρωμένου συστήματος αξιολόγησης, που θα περιλαμβάνει την αξιολόγηση της ανάγκης του ατόμου για τη φροντίδα και την αποζημίωση. Ακόμα πιο ανησυχητικό είναι φυσικά το γεγονός ότι αυτή τη στιγμή τα οφέλη που παρέχονται ενδέχεται να μην είναι επαρκή για τις ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Λαμπροπούλου Β., Παντελιάδου Σ., (2010). Η Ειδική Αγωγή στην Ελλάδα- Κριτική Θεώρηση. Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Γονέων Παιδιών με Δυσλεξία και Μαθησιακές Δυσκολίες.

Παρασκευόπουλος, Ι. (1980) *Νοητική καθυστέρηση: Διαφορική διάγνωση, αιτιολογία- πρόληψη, ψυχοπαιδαγωγική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Ιδιωτική έκδοση

Στεργίου Α., Αγγελάκη Μ., Ναγόπουλος Ν., Φερόνας Α., Γέωρμας Κ., Βενιέρης Δ., Καραμεσίνη Μ., Καρακιουλαφή Χ., Κουτρούκης Θ., Σκαμνάκης Χ., Οικονόμου Χ., Καψάλης Α., Σταμέλος Γ., Παπαφλωράτος Τ., Τράντας Ν., Καρβούνης Α., (2011). *Η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. Αθήνα: Διόνικος

Τριδήμα Μ.Φ. (2007). *Έρευνα σε Υπηρεσίες και Φορείς Διαμόρφωσης και Εφαρμογής Κοινωνικής Πολιτικής στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, για την ένταξη των ατόμων με αναπηρία*. Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης

ΞΕΝΗ

Benington, J., & Geddes, M. (2013). *Local Partnership and Social Exclusion in the European Union: New Forms of Local Social Governance?*. Routledge.

Cholezas, I. (2012). Labor Market Developments. *Economic Developments*, (17), quarterly edition Center of Economic Research Planning (KEPE). Athens: Papanikolaou ABEE, pp. 25-31.

Degener, T. (2006). The definition of disability in German and foreign discrimination law. *Disability Studies Quarterly*, 26(2).

Economou, C. (2010). Health systems in transition. *Health*, 12(7).

European Commission. (2002). *Definitions of disability in Europe a comparative analysis*. Employment & Social Affairs.

- Foley, A., & Ferri, B. A. (2012). Technology for people, not disabilities: ensuring access and inclusion. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 12(4), 192-200.
- Frazer, H. and Marlier, E. (2012). *Assessment of Progress Towards the Europe 2020 Social Inclusion Objectives. Main Findings and Suggestions on the Way Forward*. EU Network of Independent Experts on Social Inclusion, p. 10.
- Heward, W. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες: Μια εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση*. Αθήνα: Τόπος
- Iezzoni, L. I. (2011). Eliminating health and health care disparities among the growing population of people with disabilities. *Health affairs*, 30(10), 1947-1954.
- Imrie, R. (2004). Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociology of Health & Illness*, 26(3), 287-305.
- Kaluža, B., Mirchevska, V., Dovgan, E., Luštrek, M., & Gams, M. (2010). An agent-based approach to care in independent living. In *International Joint Conference on Ambient Intelligence* (pp. 177-186). Springer Berlin Heidelberg.
- Kennett P., (2013), *A Handbook of Comparative Social Policy*, 2nd Edition, Edward Elgar, UK
- Kettunen, P., & Petersen, K. (Eds.). (2011). *Beyond welfare state models: Transnational historical perspectives on social policy*. Edward Elgar Publishing.
- Mabbett, D., et al.(2002). *Definitions of Disability in Europe. A Comparative Analysis* Final Report 13 December, 2002. Brunel University, UK (European Commission).
- Magoulios G., Pretsios N., (2015). Structures and Financing Means of Local Government's Social Policy in Greece. A Case Study of Thessaloniki's Municipalities. *Procedia Economics and Finance*, 33, 287-302.
- Mavridoglou, G. (2011). A model for short-term sickness benefits in Greece. *Archives of Economic History*.

- McCull, M. A., Jarzynowska, A., & Shortt, S. E. D. (2010). Unmet health care needs of people with disabilities: population level evidence. *Disability & Society*, 25(2), 205-218.
- OECD. (2013). *Greece: Reform of Social Welfare Programmes*. OECD Public Governance Reviews. OECD Publishing
- Petrogiannis, K. (2002). Greek Day Care Centres' Quality, Caregivers' Behaviour and Children's Development. *International Journal of Early Years Education*, 10(2), 137-148.
- Robolis, S. (2013). Economic Crisis and Welfare State, *Social Policy*, (1), Athens: Hellenic Social Policy Association, p. v2.
- Skamnakis, C. (2011). Smaller Governments–Less Social Policy? Case study in Greek Local Authorities, rise and fall. *Accessed March, 5*.
- Sundaram R., Umapathi N. (2016). *Greece Social Welfare Review: Weathering the Crisis: Reducing the Gaps in Social Protection in Greece*. Administrative Agreement of 14 December 2015 Trust Fund (NO. TF072372) EC Contract No 30-CE-0749429/00-44. Social Protection and Labor Global Practice. The World Bank
- Syriopoulou-Delli, C. K. (2010). A historical review of educational policy in Greece for children with pervasive developmental disorders, behavioral difficulties and other special educational needs. *Review of European Studies*, 2(1), 2.
- Venieris, D. (2011). Economic crisis and social policy deregulation: the new "Greece minor disaster" 2010- 2011. *Greek Review of Social Sciences*, 134-135, A-B 2011, pp. 101-131
- Venieris, D. (2013). *Crisis social policy and social justice: The case for Greece*. Hellenic Observatory European Institute. GreeSE Paper No.69
- Williams, D. E. (2009). Restraint safety: An analysis of injuries related to restraint of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 135-139.
- World Health Organization. (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of*

disease; publ. for trial purposes in accordance with resolution WHA29. 35 for the Twenty-ninth World Health Assembly

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ

ΕΣΑΑ (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία). (2008). *Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας*. Διαθέσιμο στην δ/ση <http://repository.edulll.gr/edulll/retrieve/3581/1050.pdf> [Πρόσβαση 28/01/2017]

FRA (EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS). (2012). *Choice and control: the right to independent living*. Διαθέσιμο στην δ/ση http://fra.europa.eu/sites/default/files/choice_and_control_en_13.pdf [Πρόσβαση 28/01/2017]

Gavalas N. (2012). *Greek report on Disability Discrimination Law in the Field of Employment*. Διαθέσιμο στην δ/ση http://www.pedz.uni-mannheim.de/daten/edz-ath/gdem/04/disabfull_el.pdf [Πρόσβαση 28/01/2017]

Open Society Institute (OSI). (2006). *Rights of People with Intellectual Disabilities Access to Education and Employment*. Διαθέσιμος την δ/ση https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/greecereport_20050902_0.pdf [Πρόσβαση 21/01/2017]

Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.μεΑ. (2016). *Στέγες Αυτόνομης Διαβίωσης*. Διαθέσιμο στην δ/ση <http://www.posgamea.gr/> [Πρόσβαση 25/01/2017]

Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης, (2007), *Οδηγός του Πολίτη με Αναπηρία*, Διαθέσιμο στην δ/ση http://skf.uoc.gr/files/4/122/odigos_tou_politi_me_anapiria.pdf, [Πρόσβαση 28/01/2017]

Υπουργείο Υγείας, (2016). *Πρότυπος Οργανισμός Λειτουργίας Κέντρων Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης*, Διαθέσιμο στην Δ/ση www.moh.gov.gr/articles/social-solidarity/protypoi-organismoi/959-protypos-organismos-leitoyrgias-kentrwn-fysikh-s-iatrikhs-kai-apokatastashs?fdl=3080 [Πρόσβαση 23/01/2017]