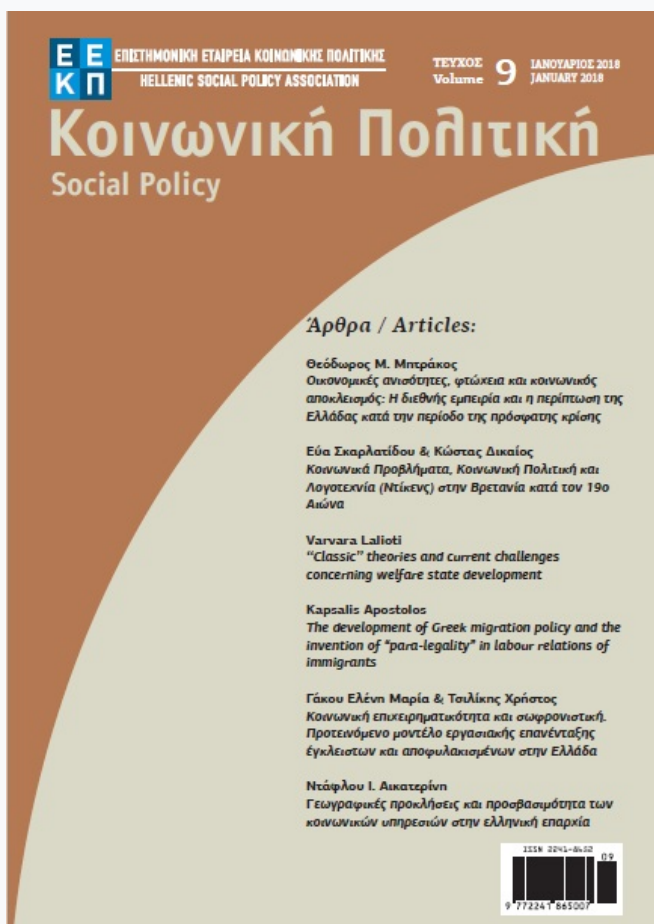


Κοινωνική Πολιτική

Τόμ. 9 (2018)

Κοινωνική Πολιτική Τεύχος 9



Γεωγραφικές προκλήσεις και προσβασιμότητα των κοινωνικών υπηρεσιών στην ελληνική επαρχία

Αικατερίνη Ντάφλου

doi: [10.12681/sp.15988](https://doi.org/10.12681/sp.15988)

Copyright © 2018, Αικατερίνη Ντάφλου



Άδεια χρήσης [Creative Commons Αναφορά 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Βιβλιογραφική αναφορά:

Ντάφλου Α. (2018). Γεωγραφικές προκλήσεις και προσβασιμότητα των κοινωνικών υπηρεσιών στην ελληνική επαρχία. *Κοινωνική Πολιτική*, 9, 111–132. <https://doi.org/10.12681/sp.15988>

Κοινωνική Πολιτική

Social Policy

Άρθρα / Articles:

Θεόδωρος Μ. Μπράκος

Οικονομικές ανισότητες, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός: Η διεθνής εμπειρία και η περίπτωση της Ελλάδας κατά την περίοδο της πρόσφατης κρίσης

Εύα Σκαρλατίδου & Κώστας Δικαίος

Κοινωνικά Προβλήματα, Κοινωνική Πολιτική και Λογοτεχνία (Ντίκενς) στην Βρετανία κατά τον 19ο Αιώνα

Varvara Lalioti

“Classic” theories and current challenges concerning welfare state development

Kapsalis Apostolos

The development of Greek migration policy and the invention of “para-legality” in labour relations of immigrants

Γάκου Ελένη Μαρία & Τσιλίκης Χρήστος

Κοινωνική επιχειρηματικότητα και σωφρονιστική. Προτεινόμενο μοντέλο εργασιακής επανένταξης έγκλειστων και αποφυλακισμένων στην Ελλάδα

Ντάφλου Ι. Αικατερίνη

Γεωγραφικές προκλήσεις και προσβασιμότητα των κοινωνικών υπηρεσιών στην ελληνική επαρχία

Γεωγραφικές προκλήσεις και προσβασιμότητα των κοινωνικών υπηρεσιών στην ελληνική επαρχία

Ντάφλου Ι. Αικατερίνη

Πάντειο Πανεπιστήμιο

Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

Περίληψη

Το παρόν άρθρο βασίζεται σε μια επιτόπια έρευνα¹ σε δύο δήμους της ελληνικής υπαίθρου που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της γεωγραφικής απόστασης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας σε μια ομάδα ηλικιωμένων και ατόμων με ειδικές ανάγκες. Ο προβληματισμός του άρθρου αποτελεί συνέχεια της αναγνώρισης του «πολυκλαδικού χαρακτήρα των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας» (Townsend (1962), και των πολλών διαφορετικών παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάσουν τη «διαφορική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε διάφορες ομάδες» (Oliver & Mossialos (2004). Η ανάλυση των αποτελεσμάτων δείχνει ότι οι μετακινήσεις των ηλικιωμένων και Α.με.Α σχετίζονται με την τοποθεσία της κατοικίας και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ταυτόχρονα διαπιστώνεται ότι η αυξημένη απόσταση από τον πάροχο μειώνει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας επειδή οι επιλογές των χρηστών περιορίζονται από χωρικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Λέξεις κλειδιά: Κοινωνική Πολιτική- Τοπική Αυτοδιοίκηση- Πρόσβαση-Ηλικιωμένοι-Α.με.Α.

1. Το άρθρο αποτελεί περαιτέρω επεξεργασία ευρημάτων της διδακτορικής διατριβής της συγγραφέως.

Abstract

This article is based on a survey carried out in two municipalities in the Greek countryside. It explores the relationship between geographical distance and the use of health services in a group of elderly and disabled people. The article's reflection is a follow-up to recognizing the "multidisciplinary nature of health inequalities" (Townsend (1962), and the different factors that may affect "differential access to health care in different groups" (Oliver & Mossialos (2004). Analysis shows that increased distance from the provider reduces the use of health services because the behavior of old and disabled users is limited by peasant and environmental factors.

Keywords: *Social Policy- Local Government- Accession- Elderly People-Disability.*

Εισαγωγή

Υποστηρίζεται συχνά ότι, οι δήμοι είναι τοπικές κυβερνήσεις (Game & Wilson (2011) που στο πλαίσιο του τύπου που ορίζουν διοικητικά έχουν την κύρια αν όχι την αποκλειστική ευθύνη. Η τοπική διακυβέρνηση ως στοιχείο ενίσχυσης της δημοκρατίας (Stoker (1995), Bulpitt (1989), Saunders (1984) βρίσκεται στο επίκεντρο των κεντρικών και τοπικών πρακτικών, χωρίς ωστόσο οι διαρθρωτικές αλλαγές που προκύπτουν να αρκούν για να αλλάξουν τους παγιωμένους ρόλους και τις πρακτικές χρόνων (Sorenson & Waguespack (2006). Σε κάθε περίπτωση η αναβάθμιση του ρόλου που αποδίδεται στην Τοπική Αυτοδιοίκηση βασίζεται κυρίως στο στοιχείο της εγγύτητας στην προσέγγιση των τοπικών προβλημάτων. Οι προσεγγίσεις αυτές, αιτιολογούν τη βασική δυναμική που αποδίδεται στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, από μόνες τους όμως δεν αρκούν για να αποδείξουν και την αντίστοιχη ικανότητα της κάθε ξεχωριστής τοπικής μονάδας, δημοτικής ή περιφερειακής να πράττει, να μετουσιώνει δηλαδή την πρόθεση και την δικαιοπρακτική ευθύνη της σε δράσεις υπέρ του συνόλου.

Τα προγράμματα και οι υπηρεσίες που αναπτύσσονται ήδη στο τοπικό πεδίο απευθύνονται στους πολίτες που διαμένουν εκεί και θεωρητικά ορίζονται από τις ανάγκες τους. Το διεθνές όμως περιβάλλον πολιτικής χαρακτηρίζεται από την μερική κατανόηση των στοιχείων/αναγκών ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων (ηλικιωμένων, Α.με.Α κ.α.). Η κατανόηση αυτή όμως είναι καθοριστικής σημασίας για την επιτυχή και οικονομικά αποδοτική πολιτική και τις τοπικές στρατηγικές της Κοινωνικής Πολιτικής. Σε σχέση με αυτές τις ευπαθείς ομάδες το ζήτημα της πρόσβασης τους στις υπηρεσίες συναρτάται εν πολλοίς με την έννοια της «στέρξης» (Townsend (1987). Η έννοια αυτή χρησιμοποιείται εκτενώς όχι μόνο στην ανάλυση των κοινωνικών συνθηκών αλλά και σε μια εφαρμοσμένη μορφή ως μέσο πολιτικής για την κατανομή πόρων σε συγκεκριμένες περιοχές και υπηρεσίες. Βρίσκεται δε σε άμεση συνάρτηση με τις γεω-φυσικές ιδιαιτερότητες των τόπων και τα χαρακτηριστικά των χρηστών των υπηρεσιών και συμβάλλει στη διαμόρφωση ευέλικτων κοινωνικών υπηρεσιών που απομειώνουν τα εμπόδια της πρόσβασης.

Το παρόν άρθρο εστιάζει σε θέματα (γεωγραφικής) πρόσβασης των δομών των υπηρεσιών αυτών, Κοινωνικής Πολιτικής και Υγείας στην Ελλάδα και επιχειρεί να αναγνώσει για το πώς μπορεί να επηρεάσει ο τόπος και τα μοναδικά τοπικά του χαρακτηριστικά την πρόσβαση αυτή και εν τέλει την ικανοποίηση των ατομικών αναγκών υγείας, ιδιαίτερα στους μοναχικούς ηλικιωμένους και τα Α.με.Α.

1. Το θεωρητικό και εννοιολογικό πλαίσιο της ανάλυσης

1.1. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του χώρου/τόπου

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να οριστεί με διάφορους τρόπους. Κατά μια έννοια, αναφέρεται στη γεωγραφική διαθεσιμότητα. Ένας ευρύς ορισμός προσδιορίζει τέσσερις διαστάσεις πρόσβασης: τη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα, την οικονομική προσιτότητα και την αποδοχή (Penchansky & Thomas (1981). Ορισμένοι ορίζουν την πρόσβαση ως την ευκαιρία/δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν την υγειονομική περίθαλψη, άλλοι δε δεν κάνουν διάκριση μεταξύ πρόσβασης και χρήσης. Εκείνο όμως στο οποίο δίνεται όλο και μεγαλύτερη έμφαση είναι η ανάγκη αντιμετώπισης των κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας. Κατά γενική ομολογία πολλοί και διαφορετικοί παράγοντες ενδέχεται να επηρεάζουν την «πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε διάφορες ομάδες» (Townsend (1962).

Από τις γενικές παρατηρήσεις των διεθνών ερευνών «οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με το εισόδημα, τη γεωγραφική παρουσία και την εθνικότητα» (Oliver & Mossialos (2004) αλλά και με λιγότερο προφανείς παράγοντες όπως ο γενετήσιος προσανατολισμός (Allison et al. (2000). Το ζήτημα λοιπόν της τοποθεσίας της κατοικίας, της γεωγραφικής εγγύτητας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης αφορά στους «περιορισμούς μεταφορικής ικανότητας σε μειονεκτούσες περιοχές» (Oliver & Mossialos (2004) και της διαχείρισής του στους τόπους κατοικίας, τη μείωση δηλαδή του «φραγμού της απόστασης» (World Bank, (2004) στη μεταφορά ατόμων σε υπηρεσίες ή υπηρεσιών στους ανθρώπους.

Κάθε τόπος ωστόσο διακρίνεται για τα γεωφυσικά και κλιματικά χαρακτηριστικά του, τα στοιχεία υλικής υποδομής αλλά και συλλογικής κοινωνικής λειτουργίας που δυνητικά μπορούν να επηρεάσουν την επίτευξη της πρόσβασης στους φορείς υγείας. Αποτελούν κατά περίπτωση παράγοντες δυσκολίας ή/και ευκολίας στη διαχείριση των τοπικών ζητημάτων και φυσικά μια πρόκληση για τον κάθε δήμο ξεχωριστά να αντιμετωπίσει τα κοινωνικά και όχι μόνο ζητήματά του. Τα στοιχεία αυτά συναποτελούν το λειτουργικό και δυναμικό συστατικό της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, επιδρώντας πιθανότατα στη διαμόρφωση συγκεκριμένων πολιτικών και των αντίστοιχων μέτρων.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν διάφορες μελέτες σχετικά με τις επιπτώσεις του φυσικού περιβάλλοντος στην ανθρώπινη υγεία (Macintyre & Ellaway (1998 και 1999), Moss (1997). Μια σημαντική παρατήρηση των μελετών αυτών, είναι ότι η ζωή σε συγκεκριμένες τοποθεσίες (Young & Kaczmarek (2000) δημιουργεί ένα μοναδικό τοπικό περιβάλλον, με αλληλεπιδράσεις

μεταξύ περιοχής και μεμονωμένων χαρακτηριστικών, με σημαντικές επιπτώσεις από την παράμετρο της απόστασης (Audretsch & Feldman (2004).

Ο ηλικιωμένος και ανάπηρος πληθυσμός που διαμένει σε αραιοκατοικημένα περιβάλλοντα με αναγνωρισμένες ελλείψεις σε βασικές υποδομές Κοινωνικής Πολιτικής και πολιτικής υγείας, δυσκολεύεται και αποθαρρύνεται στη χρήση των υπηρεσιών (Zhang et al. (2003), Ντάφλου (2016).

Η ελληνική επαρχία, οι δήμοι και τα χωριά που την απαρτίζουν, έχουν τα δικά τους ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, στοιχεία που αντλούν από το αραιοκατοικημένο, σε πολλές περιπτώσεις και δύσβατο του χώρου, την έλλειψη ή/και την ανεπάρκεια των υποδομών μετακίνησης και υπηρεσιών και το υψηλό ποσοστό υπερήλικου και εξαρτημένου από τρίτους πληθυσμού. Ιδιαίτερη περίπτωση αποτελούν οι δήμοι με έντονη ορεινότητα και ιδιαίτερες γεωκλιματικές συνθήκες (Ντάφλου (2016).

Στο πλαίσιο αυτό με την επιτόπια αυτή έρευνα σε δήμους της ελληνικής επαρχίας, επιχειρήθηκε η εστίαση στην τοπική ιδιαιτερότητα τους και στις υποδομές των κατά τόπους Τοπικών Αυτοδιοικήσεων. Βασική υπόθεση εργασίας αποτέλεσε το κεντρικό ερώτημα ότι τα προβλήματα πρόσβασης των πολιτών τους στις δομές της Κοινωνικής Πολιτικής και της Υγείας, σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με τον τόπο κατοικίας/ διαμονής τους και την προνομιακή ή όχι γεωγραφική θέση του δήμου. Οι υπηρεσίες Κοινωνικής Πολιτικής και Υγείας δεν παρέχονται με τον ίδιο τρόπο στους διαφόρους δήμους κι οι πιθανές διαφορές στη διάθεσή τους, σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με τις δυνατότητες/συνθήκες του χώρου, στον οποίο ζουν οι δυνητικοί χρήστες, ηλικιωμένοι και Α.με.Α.

Καθοριστικής σημασίας στοιχείο για το παρόν άρθρο αποδείχθηκε η, κατά τεκμήριο, αποδεδειγμένη δυσκολία πρόσβασης του ηλικιωμένου και ανάπηρου πληθυσμού στις δομές υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής των δήμων της έρευνας αλλά και το πως αντιλαμβάνονται οι οικείοι δήμαρχοι την άσκηση τοπικής Κοινωνικής Πολιτικής, εν ολίγοις ποιοί είναι οι στόχοι τους. Ένας στόχος ορίζεται από την ασκούμενη πολιτική. Η επίτευξή του απαιτεί κίνητρα, αλλά κυρίως τη δέσμευση των υπευθύνων για την πραγματοποίησή του. Το άρθρο ολοκληρώνεται με την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας, καθώς και την ανάλυση των ευρημάτων αυτών.

1.2. Η σημασία της χωρικής διάστασης στην Κοινωνική Πολιτική

Το 2000 η Ευρωπαϊκή Ένωση υιοθέτησε τη «στρατηγική της Λισαβόνας» (Σ.τ.Λ.) με στόχο να απαντήσει σε μερικά από τα πιο σημαντικά θέματα της εποχής μας, μεταξύ των οποίων και η γήρανση του πληθυσμού. Σύμφωνα με τη συνθήκη, η γήρανση του πληθυσμού, οδηγεί στην ανάγκη μεταρρύθμισης (ΙΣΤΑΜΕ (2006) των συστημάτων κοινωνικής προστασίας με ιδιαίτερη μέριμνα στον χώρο παροχής τους. Αναγνωρίζεται η ανάγκη της μεταφοράς αρμοδιοτήτων στους Ο.Τ.Α. και παράλληλα η αναβάθμιση της ικανότητας παρακολούθησης των παρεμβάσεων και των αποτελεσμάτων τους με τη δικτύωση των νέων δομών με τις υπάρχουσες. Ο (γεωγραφικός) χώρος ενσωματώνει φυσικά χαρακτηριστικά, κοινωνικές και οικονομικές δομές και οι πολιτικές που σχεδιάζονται με βάση τον τόπο και τα χαρακτηριστικά του και στοχεύουν σε συγκεκριμένα μέτρα για το 'τι' θέλουμε να έχουμε και "πού" (Delmas (1963). Κεντρική ιδέα αυτού του προ-

βληματισμού είναι ότι οι αδυναμίες των κοινωνικών ομάδων είναι συλλογικές ιδιότητες των κατοίκων μιας περιοχής και είναι χρήσιμο να αντιμετωπίζονται σε συγκεκριμένα χωρικά πλαίσια. Γι' αυτό και ο χωροταξικός σχεδιασμός αποτελεί σημαντική παράμετρο των προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας κι αντανακλά τη φιλοσοφία της στρατηγικής αυτής. Η βασική ερμηνεία της εδαφικής προσέγγισης στην Κοινωνική Πολιτική συνδέεται με την κοινωνική συνοχή (CP/ Cohesion Policy) (European Commission, Directorate General for Regional Policy (2003), και Rodrigues (2002), κι έχει τρεις βασικές πτυχές:

- την οικονομική πτυχή που σχετίζεται με τις μακροοικονομικές προϋποθέσεις (6η Έκθεση Συνοχής: Υποστηρίζουν έναν 'εξορθολογισμό' ή την 'επανεθνικοποίηση' των δαπανών).
- την κοινωνική πτυχή που συνδέεται με τα αντισταθμιστικά κοινωνικά οφέλη και
- την εδαφική διάσταση, (www.cor.europa.eu) τη σχετική με τις αλληλεπιδράσεις της πολιτικής που έχουν μεγαλύτερες θετικές ή αρνητικές δευτερογενείς επιπτώσεις στις πόλεις από ό, τι στις αγροτικές περιοχές με χαμηλή πυκνότητα πληθυσμού.

Ένα ευρέως αποδεκτό επιχείρημα αφορά στην 'οργανωτική συνδεσιμότητα' των δομών (Salet, Thornley and Kreukels (2003), που αποβλέπει, εν τέλει, στην επίτευξη συνολικής στρατηγικής σε τρεις διαστάσεις: τη χωρική, την λειτουργική και την τομεακή. Ακριβώς σε αυτή τη λογική, η ενσωμάτωση της γεωγραφίας στην άσκηση της Κοινωνικής Πολιτικής απαιτεί μια επιλογή μέτρων απέναντι στο βασικό «υποκείμενο του χώρου». Ο σχεδιασμός οφείλει να έχει ένα «υποκείμενο» δηλαδή έναν προσδιορισμένο χώρο που έχει πόρους, ανάγκες, δομές και τοπικά στοιχεία, τα οποία αναπροσαρμόζουν κάθε σχεδιασμό στα τοπικά δεδομένα.

Γίνεται αντιληπτό ότι το ίδιο ισχύει και για τη χωροταξική οργάνωση των υπηρεσιών των δήμων, η οποία έχει τοπικούς στόχους. Τα προβλήματα με τα οποία βρίσκεται αντιμέτωπη μια τέτοια προσπάθεια είναι αλληλένδετα με το περιβάλλον κάθε χώρας, αναπαράγοντας ωστόσο το βασικό δυϊσμό μεταξύ αστικής και αγροτικής/ορεινής περιοχής.

Η απόσταση που χωρίζει τις δυο περιοχές της έρευνας, αλλά επί της ουσίας και κάθε άλλη περιοχή σε σύγκριση με μια τρίτη ή τέταρτη περιοχή, την κάθε μια ξεχωριστά από το κέντρο της δικής της Π.Ε. αφορά σε διαφορετικές χιλιομετρικά διαδρομές, σε διαφορετικό πλήθος δομών, υπηρεσιών και ανθρώπινου δυναμικού.

Με αυτό το πλαίσιο, η κλίμακα του χώρου έχει ενιαία μεν σημασία αλλά συνδέεται με τα διαφορετικά μέσα που χρησιμοποιούμε και μεταβάλλονται ανάλογα με το αντικείμενο και το χώρο των ενεργειών μας. Η αναγνώριση της μεταβλητής φύσης των προβλημάτων και των εθνικών αλλά και τοπικών χαρακτηριστικών είναι αυτή που οδηγεί στην υιοθέτηση χωρικών κοινωνικών πολιτικών, εστιασμένων και διαμορφωμένων και με γεωγραφικά κριτήρια.

Σε συνέχεια αυτής της λογικής η διάσταση της γεωγραφίας στην Κοινωνική Πολιτική (Core (2001) προβάλλει το χώρο ως πεδίο αξιολόγησης από μέρους των σχεδιαστών της Κοινωνικής Πολιτικής, με δύο τρόπους: 1). Ως πεδίο δημιουργίας και εφαρμογής των ανθρώπινων ενεργειών. Σε αυτό το πλαίσιο η αντίληψη για το χώρο εστιάζει στις κοινωνικές σχέσεις και την αναπαραγωγή τους 2). Ως πλαίσιο ειδικών/τοπικών χαρακτηριστικών που αντιπροσωπεύουν τις διασυνδέσεις των γεωγραφικών περιοχών με συγκεκριμένες ανάγκες αλλά και διευκολύνσεις.

Η ανάπτυξη λοιπόν μιας γεωγραφικά προσδιορισμένης Κοινωνικής Πολιτικής οφείλει να προσμετρά τους γεωγραφικούς περιορισμούς κι εν τέλει να τους ξεπερνά. Ο χειρισμός των απο-

στάσεων και η υπέρβαση των χρονικών και γεωγραφικών περιορισμών αποτελεί στόχο ειδικότερων μέτρων και αποβλέπει στην ανάδειξη των γεωγραφικών παραμέτρων ως κριτηρίων επιλογής διαφορετικών πολιτικών και εξειδικευμένης αντιμετώπισης των προβλημάτων που αφορούν στις αντίστοιχες περιοχές.

Ο γεωγραφικά διάσπαρτος και δυσπρόσιτος τόπος είναι ο χώρος ζωής πολλών ανθρώπων, που υφίστανται μια «σιωπηλή κρίση» (Power (2001) καθημερινής αντιμετώπισης προβλημάτων και ανάγκης υπέρβασης των φυσικών εμποδίων. Τόσο οι ηλικιωμένοι, όσο και τα Α.με.Α. συνιστούν μια ευάλωτη ομάδα που έχει αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας και υγειονομικής κάλυψης. Αποκτά ολόένα και μεγαλύτερη σημασία το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα πληθυσμού ενώ η συχνότητα εμφάνισης της αναπηρίας είναι υψηλότερη μεταξύ αυτής της δημογραφικής ομάδας. Αυτό σημαίνει ότι το γήρας χαρακτηρίζεται από μια αυξανόμενη διαφορετικότητα και ειδικές προκλήσεις. Ως εκ τούτου και η υλοποίηση προγραμμάτων που τους αφορούν είναι συνισταμένη των αναγκών του πληθυσμού και του χώρου στον οποίο θα εφαρμοστούν.

1.3. Σημαντικά θέματα λειτουργίας της Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Η εφαρμογή της Κοινωνικής Πολιτικής αφορά κυρίως σε 2 βασικές παραδοχές εκ μέρους της κεντρικής διοίκησης, των αυτοδιοικητικών φορέων και εκ μέρους των πολιτών:

- Η πρώτη αφορά στην αναγνώριση στα όργανα που ασκούν δημόσια εξουσία (κεντρικοί ή/και τοπικοί φορείς) του ανεπιφύλακτου δικαιώματος αλλά και της υποχρέωσης να βρίσκονται με αποτελεσματικό και άμεσο τρόπο κοντά στον πολίτη, *(σύμφωνα με τις αρχές της επικουρικότητας και της εγγύτητας)*, σε κάθε περίπτωση που υπάρχει δηλωμένη ή άδηλη ανάγκη του. Αφορά ακριβώς στην εδραίωση της πιο δυνατής και κοντινής σχέσης μεταξύ των συστατικών δομών μιας κοινωνίας, των πολιτών δηλαδή και των φορέων διοίκησης.
- Η δεύτερη αφορά στις ίδιες τις δημόσιες δομές και στον τρόπο που λειτουργούν, στην προκειμένη περίπτωση σχετικά με τα ζητήματα της υγείας των ηλικιωμένων και αναπήρων. Κοινό ζητούμενο κάθε τέτοιας συνολικής, στην ουσία, προσπάθειας της κοινωνίας, έχει, θεωρητικά τουλάχιστον, ως κατεύθυνση την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας προς όφελος των μελλοντικών προσπαθειών (Altpeter et al. (2004).

Μερικές φορές όμως, μια υπηρεσία αποτελεί μια “διαδικασία επιλογής”, του τι παρέχεται και σε ποιους (Nitzkin & Smith (2013). Αποτελεί στην ουσία ένα πρωτοβάθμιο επίπεδο πρόληψης που περιλαμβάνει διαδικασίες για να επιβεβαιώσει ή να διαψεύσει μια διάγνωση και πολύ περισσότερο εντατικές, αλλά και εξατομικευμένες υπηρεσίες, για όσους διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο, ώστε το τελικό σύνολο των υπηρεσιών υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας να ικανοποιήσει το εύρος των αναγκών του πληθυσμού ευθύνης.

Στην ελληνική ύπαιθρο το ποσοστό των ηλικιωμένων είναι σημαντικό και χαρακτηρίζει τη σύνθεση της τοπικής ελληνικής κοινωνίας στο μικρότερο σχηματισμό της, το χωριό. Οι ηλικιωμένοι που ζουν εκεί, όχι μόνο λόγω ηλικίας και σωματικής αδυναμίας και ασθένειας αλλά και λόγω των γεωμορφολογικών χαρακτηριστικών του τόπου εγκατάστασης, αντιμετωπίζουν μια σειρά

προκλήσεων και προβλημάτων κατά την καθημερινότητά τους που αφορούν στην κάλυψη των βασικών τους αναγκών και των πιο εξειδικευμένων, όπως η υγεία και η Κοινωνική Πολιτική. Οι εξωτερικές συνθήκες που χαρακτηρίζουν το πεδίο δράσης τους και οι μηχανισμοί που δυσκολεύουν τη ζωή των ηλικιωμένων, αποτελούν ένα πλαίσιο κοινωνικής απομόνωσης και δυνητικής στέρξης η οποία εξετάζεται στην παρούσα έρευνα.

Το 'ζήτημα της πρόσβασης' φαίνεται ότι αποκτά διαφορετική διάσταση σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Η βασική πρόκληση είναι να κατορθώσουν τα ηλικιωμένα άτομα και τα άτομα με αναπηρίες να ζουν και να μετακινούνται ανεξάρτητα. Ο όρος «ανεξάρτητη διαβίωση», «διαβίωση στην τοπική κοινότητα» δε σημαίνει «να κάνεις πράγματα μόνος σου» ή να είσαι «αυτάρκης». «*Η ανεξάρτητη διαβίωση αναφέρεται στην ικανότητα των ατόμων να κάνουν επιλογές σχετικά με το πού ζουν, με ποιον ζουν και πώς οργανώνουν την καθημερινή τους ζωή. Αυτό απαιτεί: προσβασιμότητα του δομημένου περιβάλλοντος στα μεταφορικά μέσα, στη διαθεσιμότητα τεχνικών βοηθημάτων και σε προσωπική βοήθεια, καθώς και σε υπηρεσίες παροχής καθοδήγησης στο επίπεδο της τοπικής κοινότητας*» (Ευρωπαϊκό δίκτυο για την ανεξάρτητη διαβίωση (2009).

Οι δήμοι αποτελούν οργανισμούς που διοικούνται κατά τους νόμους του κράτους και παράγουν όφελος με τη λειτουργία τους για το κοινωνικό σύνολο. Έχουν, ως εκ τούτου, μια σειρά λειτουργίες, προγράμματα και δομές που καταγράφονται στα πλαίσια της διοικητικής αλλά και χωρικής τους ευθύνης. Η συνολική υποδομή μιας περιοχής ενδέχεται να την επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό σε κάθε διαδικασία.

Λειτουργεί ως παράγοντας που ευνοεί την επαγγελματική δραστηριοποίηση σε μια συγκεκριμένη περιοχή μιας ομάδας ανθρώπων που συνδέονται με κάποιον τρόπο με την περιοχή αυτή, και για ορισμένο χρονικό διάστημα. Αποτελεί δηλαδή ένα ζήτημα κινήτρων και ενίσχυσής τους. Αφορά ειδικά στις απομονωμένες, γεωγραφικά διάσπαρτες και δυσπρόσιτες περιοχές (Παπαθεοδώρου και Μωυσίδου (2011), είτε σε σχέση με συγκεκριμένες επαγγελματικές κατηγορίες και στην επαγγελματική τους ή όχι απομόνωση (Τσαγκάρης, Χατζηπανταζή, Τσαρούχη και Τσαντούλας (2000), Spilanis et al. (2013), Phillips (1995), είτε στην αυτοπεποίθηση και το βαθμό αποκλεισμού των κατοίκων της περιοχής (Sooman et al. (1993).

Η αξιοπιστία των υποδομών αυτών και το μέτρο της διοικητικής και λειτουργικής τους επάρκειας, καθορίζει την ακόλουθη ικανότητα επιλογής, υλοποίησης και εκτέλεσης προς όφελός τους, εθνικών ή ευρωπαϊκών προγραμμάτων και δράσεων και αποτελεί εν τέλει την ταυτότητα των δυνατοτήτων της περιοχής. Οι ελληνικές περιφέρειες διακρίνονται για τις σημαντικές γεωγραφικές ιδιαιτερότητες τους (www.esponusespon.eu), είτε με όρους «ορεινότητας» είτε λόγω συνοριακού ή παράκτιου χαρακτήρα, είτε ακόμη εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, από την άποψη της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Η κλίμακα του χώρου, από την άλλη, προσδιορίζει άμεσα τη διαθεσιμότητα των πόρων, φυσικών και ανθρώπινων. Ειδικότερα το μικρό μέγεθος και ιδιαίτερα σε σχέση με τις ηπειρωτικές περιοχές, δημιουργεί σπανιότητα των πόρων που συνήθως αναφέρονται στο δεδομένο μέγεθος του αποθέματος φυσικών και ανθρώπινων πόρων και στην ποιότητά τους. Η ποιότητα επιβαρύνεται εξαιτίας κυρίως του γερασμένου πληθυσμού, της χαμηλής πυκνότητας πληθυσμού των δήμων της έρευνας και των ανάλογα χαμηλών επιπέδων κυριότητας οχήματος. Ο βαθμός κατοχής οχημάτων σύμφωνα και με τη διεθνή βιβλιογραφία (Nutley (2003), συνδέεται ούτως ή άλλως με την προχωρημένη ηλικία και τα μειωμένα εισοδήματα. Κατ' επέκταση, είναι ιδιαίτερα σημα-

ντικός ο ρόλος των δημόσιων μέσων μεταφοράς που είναι πολύ λίγα στους δήμους της έρευνας (η μετακίνηση με αυτά ορίζεται από τη διαθεσιμότητά τους στο τοπικό δίκτυο συγκοινωνιών και δημόσιων μεταφορών).

Στις περιοχές της έρευνας, η μεγάλη μέση ηλικία, το αραιοκατοικημένο των περιοχών και η έλλειψη τακτικών συγκοινωνιών αποτελούν δείκτες της προβληματικής πρόσβασης που αντιμετωπίζουν οι πληθυσμοί των δήμων που ερευνήθηκαν. Έτσι, μια πιο διαφοροποιημένη εικόνα τείνει προς την κατεύθυνση, όπου αντί να υπάρξει μια ενιαία, καθολική θετική «επίδραση του τόπου στην υγεία», φαίνεται ότι υπάρχουν κάποιες αρνητικές επιπτώσεις σε ορισμένες ομάδες πληθυσμού και σε ορισμένους τύπους περιοχών. Για τις επιδράσεις των περιοχών στην υγεία (Mell et al. (2017) όπου το «πλαίσιο του τόπου» αντιμετωπίζεται συχνά ως υπολειμματική κατηγορία, η εξέταση των χαρακτηριστικών τους αποτελεί προϋπόθεση.

Συνεπώς αυτό που κρίνεται απαραίτητο είναι η διαμόρφωση ενός ιδιαίτερου συστήματος διοίκησης/διαχείρισης των πόρων και της εξωστρέφειας του δήμου. Για την έρευνα μας αποδείχθηκε ότι αυτό το 'άνοιγμα' μπορεί να είναι ένα δυναμικό δίκτυο με τις Τ.Π.Ε. οι οποίες παίζουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για την κοινωνικοοικονομική σύγκλιση των γεωγραφικών περιοχών (Κιτρινού (2010).

2. Σχεδιασμός και μεθοδολογία της έρευνας

2.1. Σχεδιασμός της επιτόπιας έρευνας και κριτήρια επιλογής του πεδίου

Είναι αναντίρρητο γεγονός, ότι οι ελληνικοί δήμοι αντιμετωπίζουν πλήθος προβλημάτων που αφορούν στο σύνολο της τοπικής κοινωνίας και καθημερινά διαμορφώνονται στα πλαίσια των δημοσιονομικών περιορισμών. Είναι συνεπώς αναπόφευκτο, κατά μια έννοια, οι κοινωνικές συνέπειες μιας τέτοιας προσαρμογής να θεωρούνται αναμενόμενες και η αναγκαιότητα της προσαρμογής στα νέα δεδομένα απαραίτητη. Για τον προσδιορισμό της διαδικασίας προσαρμογής των κοινωνικών πολιτικών των δήμων σ' αυτές τις δημοσιονομικές πολιτικές και την ανάδειξη των συνεπειών της στον πληθυσμό τους, αποφασίστηκε η εστίαση στη δυσκολία επίτευξης καθημερινών ενεργειών ως διαδικασία περιθωριοποίησης των ηλικιωμένων και Α.με.Α. των δήμων. Η περιορισμένη λειτουργία των δομών στα συγκεκριμένα γεωγραφικά πλαίσια, ούτως ή άλλως, έχει μοναδικούς και ειδικότερους περιορισμούς. Υιοθετήθηκε έτσι, ως κεντρική έννοια, η έννοια της πρόσβασης στις δομές υγείας.

Ειδικότερα, σκοπός της έρευνας άρθρου ήταν να αποτυπώσει τις συνθήκες διαχείρισης της καθημερινότητας των ηλικιωμένων και Α.με.Α. των δύο δήμων της έρευνας. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν για φροντίδα της υγείας τους που απορρέουν και από τη διαμονή τους στους δήμους αυτούς. Ο στόχος ήταν να αναδειχθούν αφενός η αναγκαιότητα της ενίσχυσης της Κοινωνικής Πολιτικής και αφετέρου η επίδραση των γεωγραφικών περιορισμών στη χρήση των αντίστοιχων υπηρεσιών υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής.

Στο άρθρο αποτυπώνονται βασικά στοιχεία των συνθηκών ζωής των ηλικιωμένων και Α.με.Α. στους δύο δήμους σε ακραίες γεωμορφολογικές συνθήκες, σε μια προσπάθεια καταγραφής τόσο

των πιθανών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες, όσο και της επίδρασης σε αυτές των έντονων καιρικών φαινομένων που χαρακτηρίζουν την περιοχή έρευνας. Άρα, τα αποτελέσματα δεν επιδέχονται γενίκευσης, παρότι ένας σημαντικός αριθμός δήμων της χώρας προσομοιάζει, ίσως, σε χαρακτηριστικά ακραίων γεωμορφολογικών χαρακτηριστικών και πληθυσμιακής κατανομής.

Η επιλογή των δύο δήμων στηρίχθηκε στην ύπαρξη των ακραίων χαρακτηριστικών 'ορεινότητας' και 'πεδινότητας', αλλά και πληθυσμιακής κατανομής και μπορεί δυνητικά στο μέτρο της περιορισμένης και χωρικά εστιασμένης έρευνας να γίνει αφορμή για γενικότερα συμπεράσματα και για μια πρόταση/μοντέλο ανάπτυξης Κοινωνικής Πολιτικής με τη χρήση τεχνολογικών συσκευών και λειτουργιών.

Μια βασική λοιπόν υπόθεση της παρούσας εργασίας ήταν ότι η 'ορεινότητα' και η 'πεδινότητα' του εδάφους επηρεάζει σημαντικά διαφορετικές στάσεις, τόσο άσκησης πολιτικής, όσο και αναγκών των πολιτών. Τα μεθοδολογικά ζητήματα που αντιμετωπίστηκαν αφορούσαν, καταρχάς, στον ορισμό του 'δυσπρόσιτου χώρου' και τις 'χωρικές του κλίμακες'. Ως 'χωρική κλίμακα' θεωρήθηκε η συνάρτηση του γεωφυσικού περιβάλλοντος αλλά και της διοικητικής παράδοσης, κυρίως όπως ορίζεται από την τρέχουσα διοικητική μεταρρύθμιση. Ως 'δυσπρόσιτος χώρος' ορίστηκε κάθε περιοχή που εξαιτίας της απόστασης, της κατάστασης του οδικού δικτύου ή/και των διαθέσιμων μέσων μεταφοράς αλλά και εξαιτίας των γεωφυσικών και κλιματικών συνθηκών αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα ικανοποίησης των ατομικών αναγκών και απολαβής των υπηρεσιών (υγείας κ.α.).

Το κεντρικό ζήτημα της εύκολης ή δύσκολης πρόσβασης και της διαχείρισής της αφορά σε μια καθημερινή, δυνητική επίτευξη της από τους πολλούς. Θεωρητικά κάθε άτομο πρέπει να διαθέτει άμεση πρόσβαση στις δομές υγείας. Το ερώτημα είναι αν υπάρχει κατάλληλη χωρική κλίμακα γι' αυτό. Τόσο η ποικιλία / διαφορετικότητα των δημοτικών πόρων όσο και η κάλυψη των διαφορετικών ανθρώπινων αναγκών απαιτεί διάφορες δραστηριότητες σε διαφορετική χωρική ανάλυση: Ό,τι είναι διαθέσιμο σε μια μικρή περιοχή δε μπορεί να είναι, κατά αναλογία, διαθέσιμο σε πολύ μεγαλύτερη κλίμακα, αλλά και το αντίστροφο.

Η γεωγραφική απόσταση μεταξύ του δήμου και των δημοτικών διαμερισμάτων (χωριών) που τον συναποτελούν και της πρωτεύουσας της περιφερειακής ενότητας συνιστά μια μεταβλητή που επηρεάζει αρνητικά την λειτουργία του δήμου (Niskanen (1975), Migue & Belanger (1974)). Μεγάλο επίσης μέρος της σχετικής βιβλιογραφίας αυτής προτείνει την τροποποίηση των μέτρων χωρικής κλίμακας για να ληφθούν υπόψη οι αγροτικές ή αραιοκατοικημένες περιοχές, γιατί τα χαρακτηριστικά του τόπου είναι πιθανό να αναγκάζουν σε μια ιδιαίτερα μεγάλη χρονική υστέρηση στην πρόσβαση στις υπηρεσίες. Οι παράμετροι αυτοί αποτέλεσαν βασικό κριτήριο επιλογής των δήμων της έρευνας, γι' αυτό και επιλέχθηκαν μόνο εκείνοι που απέχουν απόσταση μεγαλύτερη του μέσου όρου (Μ.Ο.) του συνόλου των κοινοτήτων του δήμου. Στο Δήμο Κ. Τζουμέρκων επιλέχθηκαν με κλήρωση 10 χωριά, τα οποία έχουν μια συγκεκριμένη διάταξη στο χώρο. Συγκεκριμένα η εκλογή αφορούσε μια επιλογή χωριών που θα βρίσκονται σε απόσταση μεγαλύτερη του Μέσου Όρου (Μ.Ο.) του δήμου.

Συγκεκριμένα ο μέσος όρος της απόστασης που διατρέχει το δήμο Κ. Τζουμέρκων είναι τα 60,06χιλ. μέση απόσταση από το κέντρο της Π. Ενότητας Άρτας, την πόλη της Άρτας, και το όριο καλύπτουν τα 43 χωριά από τα 98 του δήμου, δηλαδή το 43,8%. Στο Δήμο Δωδώνης επιλέ-

χθηκαν επίσης κατά την ίδια λογική, με κλήρωση 10 χωριά, τα οποία επίσης ήταν σε απόσταση μεγαλύτερη από το Μ.Ο του δήμου. Ο Μέσος Όρος του δήμου Δωδώνης είναι τα 38,32χιλ. μέση απόσταση. Το όριο αυτό καλύπτουν 48 χωριά από τα 108 του δήμου, δηλαδή το 44,4% κι η επιλογή των χωριών έγινε μέσα από αυτή την ομάδα.

Σχετικά με τους παράγοντες με τους οποίους μπορεί να επηρεάσει ο τόπος συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, αντίστοιχα σημαντικοί θεωρούνται ως μεταβλητές τα χαρακτηριστικά των ατόμων ή των τοπικών περιοχών (Oates & Schwab (1991). Η πιο προφανής παρατήρηση είναι ότι, σε μια περιοχή με γεωκλιματικές δυσχέρειες αυξάνονται οι δυσκολίες διαχείρισης των παραγόντων κινδύνου για ηλικιωμένους ανθρώπους και Α.με.Α. με ευάλωτη υγεία και προβληματική φυσική κατάσταση, καθώς η χρονική υστέρηση παροχής των υπηρεσιών υγείας μπορεί να αποβεί μοιραία.

Σε πρακτικό επίπεδο, η διαχείριση του χρόνου πρόσβασης αναδεικνύεται ως μια από τις πιο βασικές προκλήσεις. Η εξυπηρέτηση σε εύλογα χρονικά διαστήματα μετακίνησης προς την υπηρεσία αναδεικνύει την επαρκή παροχή πρόσβασης ως πρωτεύον ζήτημα της δημοτικής πολιτικής. Στις περιπτώσεις αυτές η συλλογική κοινωνική λειτουργία και οι αλληλεγγυες κοινωνικές πρακτικές δείχνουν να λειτουργούν ως συμπραζόμενοι μηχανισμοί, και στηρίζονται στα δίκτυα της οικογένειας και της κοινοτικής αλληλεγγύης, που έχουν παραδοσιακά αυξημένο ρόλο στήριξης των ευάλωτων πληθυσμών στην ελληνική επαρχία.

Κατά τη διεξαγωγή της επιτόπιας έρευνας, η κύρια προσπάθεια ήταν να αξιοποιηθεί πλήθος, ποιοτικά, διαφορετικών στοιχείων: συνεντεύξεις και επαφές τόσο με κατοίκους όσο και με αιρετούς, ώστε να αναδειχθεί μια συνολική θεώρηση της προβληματικής του χώρου. Η επιλογή του πεδίου πληρούσε εν τέλει το κριτήριο της ορεινότητας ή/και της πεδινότητας του χώρου και ενσωμάτωσε στα κύρια κριτήρια επιλογής του τα, κατά τεκμήριο, ιδιαίτερα μεγάλα ποσοστά μέσης ηλικίας των δύο δήμων καθώς και την εξαιρετικά χαμηλή πυκνότητα του πληθυσμού τους, σε μεγάλο αριθμό των δημοτικών και κοινοτικών ενοτήτων τους. Συγκεκριμένα οι Δ.Ε. Κεντρικών Τζουμέρκων και Δωδώνης, αλλά και οι υπόλοιποι (Κόνιτσας, Ζαγορίου και Πωγωνίου της Π.Ε. Ιωαννίνων), χαρακτηρίζονται για τα πολύ χαμηλά ποσοστά πληθυσμού, τη μεγάλη μείωσή του στις τελευταίες δεκαετίες, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ. (ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2011) και το αραιοκατοικημένο του χώρου. (Πίνακας 1 και 2)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Διαχρονική Μείωση Πληθυσμού

Π.Ε.	ΟΡΕΙΝΟΤ.	ΠΕΔΙΝΟΤ.	ΠΛΗΘ. 2011	ΑΥΞ/ΜΕΙΩΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜ. 2001-2011	ΠΟΣΟΣΤΟ
	[2]	[2]	67.877	-10257	ò 13,12
		Δήμος Αρταίων	43.166	+1352	ñ 3,24
ΑΡΤΑΣ	Δήμος Γ. Καραϊσκάκη		5.780	-3236	ò 35,89
	Δήμος Κ. Τζουμέρκων		6.178	-5891	ò 48,81
		Δήμος Ν. Σκουφά	12.753	-2482	ò 16,29

ΙΩΑΝΝΙΝ.	[5]	[3]	167.901	-2338	ò 1,37
	Δήμος Β.Τζουμέρκων		5.714	-1383	ò 19,49
		Δήμος Δωδώνης	9.693	-4246	ò 30,55
	Δήμος Ζαγορίου		3.724	-2308	ò 38,26
		Δήμος Ζίτσας	14.766	-2527	ò 14,61
		Δήμος Ιωαννίνων	112.486	+14829	ñ 15,18
	Δήμος Κόνιτσας		6.362	-2932	ò 31,55
	Δήμος Μετσόβου		6.196	-1639	ò 20,91
Δήμος Πωγωνίου		8.960	-2132	ò 19,22	

Πηγή: Ίδια επεξεργασία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Δείκτης γήρανσης & Πυκνότητα πληθυσμού

Π.Ε.	ΔΗΜΟΣ	ΟΡ/ ΠΕΔ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΥΚΝ. ΠΛΗΘ.	ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ (135,4GR)	Μ. ΣΤΑΘΜ. ΥΨΟΜ.
ΑΡΤΑΣ	1.662 τ.χ ²		40,84	2,141346	172
	Δήμος Αρταίων	Π	94,40	1,551707	
	Δήμος Γ. Καραϊσκάκη	Ο	12,46	4,733888	
	Δήμος Κ. Τζουμέρκων	Ο	12,13	7,568878	
	Δήμος Ν. Σκουφά	Π	55,01	2,314636	
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	4.990 τ.χ ²		33,64	1,652701	563
	Δήμος Β. Τζουμέρκων	Ο	15,95	4,701559	
	Δήμος Δωδώνης	Π	14,74	5,060484	
	Δήμος Ζαγορίου	Ο	3,76	4,643599	
	Δήμος Ζίτσας	Π	26,11	2,06293	
	Δήμος Ιωαννιτών	Π	278,90	1,088005	
	Δήμος Κόνιτσας	Ο	6,69	3,520064	
	Δήμος Μετσόβου	Ο	17,04	2,276808	
Δήμος Πωγωνίου	Ο	12,78	4,529332		

Πηγή: ίδια επεξεργασία

Τα ποσοστά αυτά αξιολογούνται ως εξαιρετικά χαμηλά, τόσο σε άμεση σύγκριση με το μέσο ποσοστό της χώρας που είναι 83κάτοικοι/τετραγωνικό χιλιόμετρο (ΕΣΥΕ απογραφή 2011) αλλά και με το αντίστοιχο της Ε.Ε.-27. που ανέρχεται σε 117 κατοίκους/τετραγωνικό χιλιόμετρο.

Για τις ανάγκες της έρευνας επελέγησαν 114 ηλικιωμένοι με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας,

οι οποίοι μοιράστηκαν εξίσου στους 2 δήμους. Με σειρά προτεραιότητας προσεγγίστηκαν οι ηλικιωμένοι που ζούσαν μόνοι ή/και είχαν τα πιο πολλά προβλήματα υγείας. Οι συνεντεύξεις με Α.με.Α. ήταν εξ αρχής δεδομένο ότι θα γίνουν χωρίς ιδιαίτερη επιλογή, γιατί ο εντοπισμός και η συνεργασία των ίδιων και των οικείων τους στην έρευνα ήταν ιδιαίτερα δύσκολη.

2.2. Παρουσίαση του διοικητικού πλαισίου των δήμων

Για την εκτίμηση της διοικητικής και λειτουργικής ικανότητας των δήμων έπρεπε να ληφθούν υπόψη μια σειρά από ζητήματα. Οι δήμοι σύμφωνα με το Σύνταγμα (άρθρα 101 & 102) είναι αυτοδιοικούμενα νομικά πρόσωπα, δρουν και παρέχουν υπηρεσίες σε καθορισμένα τοπικά πλαίσια, για τις οποίες ωστόσο δεν είναι βέβαιο αν ως οργανισμοί διαθέτουν έχουν ή όχι την επάρκεια προσωπικού, τεχνογνωσίας, χρημάτων και υποδομών για να τις παρέχουν. Μια βασική επομένως πρόκληση που αντιμετωπίζει καθημερινά κάθε δημοτική οντότητα είναι η αξιοποίηση των ‘καλών της’ στοιχείων σε αντίστιξη με την υπέρβαση των μειονεκτημάτων που ενδεχόμενα έχει ‘κληρονομήσει’ από τη ειδική γεωγραφική θέση και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Αφορά εξίσου στη διαχείριση του προσωπικού τους, των οικονομικών και κάθε άλλου είδους μέσων που διαθέτουν και εν τέλει και στον χειρισμό των «αποστάσεων», ώστε να παρέχονται οι δημοτικές υπηρεσίες κάθε τύπου σε όλους τους δημότες.

Αφορά με την έννοια αυτή στη διακρίβωση, από πλευράς των δήμων αυτών, των ‘δυναμικών τους ικανοτήτων’, που απορρέουν μέσα από τους πόρους (υλικούς και μη) που διαθέτει ο κάθε δήμος και οι οποίοι «είναι πολύτιμοι (*valuable*), σπάνιοι (*rare*), ατελώς μιμήσιμοι (*imperfectly imitable*), και μη αντικαταστάσιμοι (*not substitutable*)», (Barney (1991), Helfat et al. (2009). Η παρακάτω ανάλυση βασικών μεγεθών των δήμων συνιστά μια τέτοια προσέγγιση. (Πίνακας 3 και 4)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Δημόσιες Υπηρεσίες στον Δ. Κ. Τζουμέρκων

	Δι- καστ.	ΚΑΠΗ	Νηπ Δημοτ. σχολείο	Γυμν.- Λύκειο	ΚΕΠ	Κέντρα Υγείας	Πολιτ. υποδομές	ΔΟΥ	Αστ. Τμήμα	Ταχ.	ΟΤΕ	Γηρ.
1^η υπό-περιοχή												
Δημ. ενόπτια Άγναντων	X	x	3✓	1✓	1✓	1✓	x	x	x	1✓	x	x
2^η υπό-περιοχή												
Δημ. ενόπτια Αθαμανίας και θεοδώριανων	X	x	7✓	1✓	1✓	1✓	x	x	1✓	1✓	1✓	x
3^η υπό-περιοχή												
Δημ. ενόπτια Μελισσουργών	X	x	4✓	1✓	1✓	1✓	x	x	1✓	1✓	1✓	x
4^η υπό-περιοχή												
Δημ. ενόπτια Βαθύπεδου- Καλαρίτες- Σιράκο	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΣΥΜΒΟΛΩΝ:

x: Όπου [X] εννοείται η απουσία δομής.

√: Όπου [√] εννοείται η ύπαρξη δομής. Συνοδεύεται με αριθμητική ένδειξη του πλήθους των ανωτέρω δομών.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων επιτόπιας έρευνας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Δημόσιες Υπηρεσίες στον Δ. Δωδώνης

	Δικαστ.	ΚΑΠΗ	Δημοτ Νηπιαγ. σχολείο	Γυμν.- Λύκειο	ΚΕΠ	Κέντρα Υγείας	Πολιτ. υποδο- μές	ΔΟΥ	Αστ. Τμήμα	Ταχ.	ΟΤΕ	Γηρ.
1^η υπό-περιοχή												
(Δημ. ενότητα Αγ. Δημητρίου)	X	x	1√	1√	1√	x	x	x	x	x	x	x
2^η υπό-περιοχή												
(Δημ. ενότητα Δωδώνης)	X	x	x	x	1√	x	x	x	x	x	x	x
3^η υπό-περιοχή												
(Δημ. ενότητα Λάκκας Σουλίου)	X	x	1√	x	1√	1√	x	x	x	x	x	x
4^η υπό-περιοχή												
(Δημ. ενότητα Σελλών)	X	x	1√	x	1√	x	x	x	x	x	x	x

ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΣΥΜΒΟΛΩΝ:

x: Όπου [X] εννοείται η απουσία δομής.

√: Όπου [√] εννοείται η ύπαρξη δομής. Συνοδεύεται με αριθμητική ένδειξη του πλήθους των ανωτέρω δομών.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων επιτόπιας έρευνας.

Από τα στοιχεία αυτά διαπιστώνεται ότι οι δήμοι αντιμετωπίζουν σοβαρό ζήτημα ανεπαρκών υπηρεσιών. Εξάλλου οι δημοσιονομικοί περιορισμοί για νέες προσλήψεις, περιορίζουν σημαντικά την εκπλήρωση των στρατηγικών δεσμεύσεων των δήμων, καθώς η ανάθεση πολλών αρμοδιοτήτων στο υφιστάμενο προσωπικό, λόγω της υποστελέχωσής τους και της ελλιπούς τεχνογνωσίας και εκπαίδευσης δεν αποδίδει. Οι δυναμικές ικανότητες των υπό έρευνα δήμων αποκτούν ιδιαίτερη σημασία από το πλήθος των κοινοτήτων τους που ποικίλλει από 97 για το δήμο Κ. Τζουμέρκων έως 109 για το δήμο Δωδώνης.

3. Ανάλυση των αποτελεσμάτων. Εδαφικές και χωρικές εξαρτήσεις.

3.1. Η διαχείριση της εδαφικότητας και οι επιδράσεις της στα ευάλωτα άτομα

Έχει αποδειχθεί ότι ο πληθυσμός που διαμένει στην ελληνική επαρχία και αντιμετωπίζει σημαντικά και χρόνια προβλήματα υγείας, χρειάζεται συστηματική παρακολούθηση και φροντίδα (Μωυσίδης, Ανθοπούλου, Ντυκέν (2002)). Τα προβλήματα υγείας για τους ηλικιωμένους της έρευνας στα οποία αναφέρεται το παρόν άρθρο φέρουν κοινά χαρακτηριστικά σε πολλές και διάφορες σωματικές αδυναμίες και σε θέματα υγείας και αφορούν κυρίως σε προβλήματα των άνω και κάτω άκρων και καρδιακά νοσήματα. Η σοβαρότητά τους εστιάζεται στην ικανότητα κίνησης μέσα κι έξω από το σπίτι, αλλά και στη δυσκολία/αδυναμία χρήσης του αυτοκινήτου (όταν υπάρχει).

Η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων και Α.με.Α. που ζουν στους δύο δήμους αντιμετωπίζει την ασθένεια και την ερμηνεία της με μια ιδιότυπη συμφιλίωση μαζί τους. Χειρίζονται στο μέτρο των δυνατοτήτων τους τα προβλήματα τους, ζώντας ουσιαστικά σε καθημερινή διακινδύευση, καθώς η συστηματική παρακολούθηση τους από τους γιατρούς της περιοχής βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τις εποχικές συνθήκες ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες και ορεινές κοινότητες. (Ντάφλου (2016)).

Τα ηλικιωμένα και μοναχικά άτομα των περιοχών αυτών φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα οικονομικά ζητήματα και κοινωνική απομόνωση, και τα γεωγραφικά εμπόδια του τόπου τους συναρτώνται σε μεγάλο βαθμό με την οικονομική αδυναμία κάλυψης της πρόσβασης στην υγειονομική δομή. Η κατοχή αυτοκινήτου θεωρείται εργαλείο και εκέγγυο της διατήρησης της ανεξάρτητης κινητικότητας, αλλά δεν το διαθέτουν όλοι. Η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων και Α.με.Α. σε συνδυασμό με τα γεωγραφικά εμπόδια ορίζουν τη συχνότητα των μετακινήσεων, άρα και το βαθμό της χαμηλότερης κινητικότητάς τους.

Το καθαρό εισόδημα, κυρίως των γυναικών που διαμένουν στα πεδινά χωριά της έρευνας, είναι εξαιρετικά χαμηλό κι εκεί ο κίνδυνος της φτώχειας είναι συνώνυμος της δυσκολίας της γεωγραφικής πρόσβασης. Οι ηλικιωμένες γυναίκες απευθύνονται στο κοντινό περιβάλλον τους και πληρώνουν το κοντινό, συγγενικό τους ή άλλο ανδρικό περίγυρο για την εξυπηρέτησή τους προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες περίθαλψης και ιατρικής παρακολούθησης επιχειρώντας να υπερκεράσουν τα εμπόδια κινητικότητας (Ντάφλου (2016)).

Η δυσκολία αυτή στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αφορά εν τέλει σε μια διαμορφωμένη ανισότητα που οδηγεί σε επιλεκτική παραπομπή και χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών (για όσους διαθέτουν το ανάλογο τίμημα) στο κέντρο των περιφερειακών ενοτήτων. Ο πληθυσμός, που δε διαθέτει οικονομικά μέσα που να του επιτρέπει την ιδιωτική περίθαλψη, αναζητά λύσεις στα κεντρικά/περιφερειακά νοσοκομεία με το αντίστοιχο κόστος του χρόνου αναμονής.

Κατά τεκμήριο, η γεωγραφική απόσταση από την πλησιέστερη υπηρεσία έκτακτης ανάγκης θεωρείται διαχειρίσιμη όταν διαρκεί λιγότερο από 30 λεπτά (Mell, et al. (2017)). Ωστόσο για τους δύο δήμους της έρευνας, η κακή κατάσταση του οδικού δικτύου και τα έντονα καιρικά φαινόμενα αυξάνουν κατά πολύ το χρόνο ανταπόκρισης των υπηρεσιών έκτακτης φροντίδας, άρα την ίδια την αποτελεσματικότητα των δομών καθώς δυσχεραίνουν την ατομική δυνατότητα μετακίνησης και πρόσβασης/χρήσης των υπηρεσιών.

Η παρατηρούμενη ανισότητα μεταξύ των δύο δήμων διαφαίνεται στη διαθεσιμότητα των ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών, στα σημεία εξυπηρέτησης, την ποικιλομορφία των δομών υγείας και στην ανεπαρκή συγκοινωνία. Παρότι στα στρατηγικά σχέδια των δήμων κατά κανόνα αναφέρονται συγκεκριμένα έργα, οι κοινωνικές δομές παραμένουν αδύναμες. Η Κοινωνική Πολιτική ως θεσμική παρέμβαση δεν έχει απλοποιηθεί ως διαδικασία για τους πολίτες. Μια δυσκολία που φαίνεται, ότι ξεκινά από την αδυναμία κατανόησης των ίδιων των φορέων και μεταφέρεται στους δημότες, ως αναγκαστική προσαρμογή.

Τα γεωγραφικά και κλιματικά χαρακτηριστικά του τόπου αναγνωρίζονται από τους φορείς ως αρνητικές παράμετροι. Ταυτόχρονα όμως τα γεωγραφικά, δημοτικά εν τέλει όρια είναι ιδιαίτερα ελαστικά στη δημοτική πολιτική καθώς μετατρέπονται συχνά, άλλοτε σε εργαλείο διεκδίκησης εσόδων και άλλοτε τα επικαλούνται ως πρόσχημα αδυναμίας κάλυψης του πληθυσμού και των αναγκών του. Αυτό εμφανίζεται ως ανομοιομορφία αντιμετώπισης/κάλυψης του πληθυσμού ευθύνης: Οι ομάδες πληθυσμού που απολαμβάνουν τις δημοτικές υπηρεσίες Κοινωνικής Πολιτικής (π.χ. του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»), συνήθως διαμένουν σε περιοχές που εξυπηρετούν τους δήμους (όμορες/κοντινές ενότητες της έδρας της κεντρικής δημοτικής ενότητας) και δεν επιλέγονται με κριτήριο τη σοβαρότητα ή τη συχνότητα των προβλημάτων του πληθυσμού.

Αυτό επηρεάζει σημαντικά τη χρήση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής κάλυψης μεταξύ των ηλικιωμένων και Α.με.Α. Η ευθύνη αυτής της, εκ προοιμίου, αναποτελεσματικής διαδικασίας αφορά στον κάθε δήμο ξεχωριστά που εμφανίζεται αδύναμος να φροντίσει τον πληθυσμό ευθύνης στον τόπο κατοικίας του. Εξάλλου, η επείγουσα ιατρική περίθαλψη είναι συνήθως δυνατή μόνο στα κεντρικά νοσοκομεία ενώ και τα Κέντρα Υγείας που λειτουργούν πια με ευθύνη των περιφερειών στους οποίους ανήκουν οι δήμοι, ουσιαστικά υπολειπονται. Συχνά βρίσκονται σε δύσκολα προσβάσιμα σημεία του δήμου και οι υπηρεσίες τους είναι ελάχιστες, (συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων). Με τον τρόπο αυτό, ο πληθυσμός ευθύνης των δήμων επιλέγει συστηματικά τη δευτεροβάθμια δομή υγείας παρά την πρωτοβάθμια.

Συμπληρωματικά σε αυτά τα στοιχεία αξίζει να αναφερθεί ότι, τα έξοδα μετακίνησης στο περιφερειακό κέντρο που φιλοξενεί τη β'θμια δομή υγείας βαραίνουν σημαντικά τον ηλικιωμένο/Α.με.Α. πληθυσμό ειδικά όταν αφορούν πράξεις που θα μπορούσαν να εκτελεστούν στα Κέντρα Υγείας (π.χ. συνταγογράφηση φαρμάκων). Ουσιαστικά, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι ένα διαρκές πρόβλημα για τους κατοίκους της υπαίθρου ακόμη κι όταν αφορά στην βασική τους ιατρική κάλυψη.

Η λανθασμένη και υποτυπώδης λειτουργία του ευρύτερου συστήματος κοινωνικής προστασίας, αυξάνει την ανάπτυξη παράλληλων άτυπων υπηρεσιών φροντίδας. Η χρήση των υπηρεσιών αυτών αφενός δεν είναι επιτεύξιμη για όλους και αφετέρου εξαρτάται από το οικονομικό και οικογενειακό υπόβαθρο των ηλικιωμένων και των Α.με.Α. το οποίο αποτελεί και κριτήριο λήψης των υπηρεσιών αυτών. Εύλογα δε συνιστά μια κλήση για βοήθεια, μια «*δήλωση αδυναμίας ή/και ασθένειας*». Η φυσική και λειτουργική εξάρτηση των ηλικιωμένων και Α.με.Α. από το φροντιστή τους και αφετέρου η ασκούμενη κριτική από τον κοινωνικό περίγυρο του χωριού για την αδυναμία της οικογένειας να φροντίσει τον ηλικιωμένο ή Α.με.Α. μεταφράζεται ως ηθική και αξιακή παρέκκλιση και συνδέεται με τη δυσκολία τους να δημοσιοποιήσουν τα οικογενειακά τους προβλήματα. Ως τέτοια αξιακή παρέκκλιση θεωρείται και στους δήμους της έρευνας.

Οι ηλικιωμένοι και τα Α.με.Α των δύο δήμων αντιμετωπίζουν λοιπόν μια σύνθεση εξαρτήσεων από διαφορετικές, αλλά συμπληρωματικές μορφές προσέγγισης, που αφορούν στην οικονομική και την κακή κατάσταση της υγείας τους, την έλλειψη ή δυνατότητα άδειας οδήγησης, αλλά και εξαρτήσεις σχετικές με τις υποδομές μετακίνησης και λειτουργίας των κοινωνικών υπηρεσιών. Οι εξαρτήσεις αυτές καθορίζουν την έννοια της πρόσβασης, η οποία ορίζεται ως η συνισταμένη μιας ομάδας παραγόντων που καθορίζουν τόσο την ατομική/προσωπική ικανότητα όσο και την αντίστοιχη εξωτερική προς τον πολίτη-εξυπηρετούμενο, δηλαδή τη δημοτική κατάσταση αλλά και τους φυσικούς περιορισμούς. (Σχεδιάγραμμα 1)

Σχεδιάγραμμα 1. Συνέργεια παραγόντων στη διαδικασία επίτευξης πρόσβασης



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων έρευνας.

Το ζήτημα δηλαδή της προσβασιμότητας στις δομές υγείας, μέσα από την αξιολόγηση των έκτακτων καταστάσεων στις περιοχές της έρευνας, παραπέμπει αφενός στην ένδειξη της ικανότητας των ανθρώπων να ξεπερνούν τις αποστάσεις και τα φυσικά εμπόδια στο οδικό δίκτυο, αφετέρου το ίδιο το ζήτημα της προσβασιμότητας αφορά στη δυνατότητα και αποδοτικότητα των δομών να ικανοποιούν τις ανάγκες που προκύπτουν από την άνθρωπο-γεωγραφία της περιοχής, επίκεντρο της οποίας δε μπορεί παρά να είναι η ποιότητα ζωής και η μείωση των περιορισμών μετακίνησης, ισότητας ευκαιριών και κάλυψης των αναγκών.

Επειδή, όμως, μια οποιαδήποτε κανονιστική αντίληψη εμπεριέχει αξιολογικές κρίσεις για το τι πρέπει να γίνει και γιατί, όπως και για ποιόν, ορίζει δηλαδή εσκεμμένες πορείες δράσης, η προσβασιμότητα στις δομές υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια μέτρηση της «κοινωνικής δικαιοσύνης των θεσμών» (Τσουκαλάς (2010), που ορίζουν με την πρακτική τους την επίτευξη της κανονικής, της εύκολης, της συλλογικής επιλογής ή αντίστοιχα την εξάρτηση και την αδυναμία επιλογής.

3.2. Συμπεράσματα: Οι παράγοντες της προσβασιμότητας

Τα ερωτήματα που εξετάστηκαν από το παρόν άρθρο αφορούσαν εν τέλει τί είναι μια “υγιής γειτονιά” (Diez (2003) και πυκνές του περιβάλλοντος, όπως η διαθεσιμότητα και η διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής. Το οργανωτικό πλαίσιο που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα εστίασε στις απομονωμένες και δυσπρόσιτες περιοχές, με ακραία γεωμορφολογικά χαρακτηριστικά στα οποία ήδη έγινε αναφορά. Οι ιδιομορφίες των τοπικών εδαφών φαίνεται ότι επηρεάζουν σημαντικά την κατάσταση της υγείας των κατοίκων τους, γιατί:

1. Τα φυσικά χαρακτηριστικά ενός τόπου αφορούν όλους τους κατοίκους σε μια τοποθεσία. Είναι κάτι που μοιράζονται κι είναι πιθανό να είναι κοινό στοιχείο και μεγαλύτερων πληθυσμιακά περιοχών.
2. Η διαθεσιμότητα των υποδομών αφορά στη σύσταση των Τοπικών Αυτοδιοικήσεων ως θεσμικών φορέων που υπόκεινται στον κεντρικό σχεδιασμό των εκάστοτε κυβερνήσεων και τις αντίστοιχες οικονομικές πιστώσεις.
3. Οι δήμοι-περιοχές ποικίλλουν όσον αφορά την παροχή Κοινωνικής Πολιτικής και υπηρεσιών υγείας. Αυτά τα περιβάλλοντα δεν επηρεάζουν με τον ίδιο τρόπο όσους ζουν σε μια περιοχή. Μπορεί να επηρεάσουν όμως συνολικά τη ζήτηση των αντίστοιχων υπηρεσιών και την ικανοποίησή τους με τους αντίστοιχους φραγμούς στην πρόσβαση. Με αυτό το πλαίσιο κάποιες περιοχές, αστικές ή/και αγροτικές, περιφέρειες ή/και δήμοι θεωρούνται μειονεκτικές.
4. Οι άνθρωποι στην καθημερινή τους ζωή επιλέγουν τις μετακινήσεις τους, τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας επιδιώκοντας το μέγιστο όφελος. Οι καιρικές συνθήκες αυξάνουν τη σημασία των δημόσιων συγκοινωνιών, καθώς η κάλυψη των αποστάσεων που χωρίζει τον τόπο κατοικίας των χρηστών με το κέντρο της ιατρικής αναφοράς, δεν είναι πάντα διαχειρίσιμη από τα ίδια τα άτομα, αλλά εξαρτώμενη παράμετρος τόσο από το κλίμα όσο και από τη φυσική υγεία και κατάστασή τους.
5. Τα κοινωνικό-οικονομικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά ενός τόπου ενσωματώνουν οικονομικά χαρακτηριστικά, τους κανόνες και τις αξίες της κοινότητας, το βαθμό της κοινοτικής ολοκλήρωσης, καθώς και τα δίκτυα των συγγενικών και κοινοτικών σχέσεων. Η υποστήριξη που δείχνει η κοινότητα και τα συγγενικά πρόσωπα στα ανήμπορα μέλη της, η αλληλέγγυα δηλαδή πρακτική της αποτελεί στοιχείο που χαρακτηρίζει τον τόπο διαμονής αλλά και την αξία που προσδίδεται από την κοινότητα στην οικογένεια.
6. Τα δίκτυα αυτά, κατά τεκμήριο άτυπα και συναρτώμενα από το εύρος της κοινότητας, την πληθυσμιακή της δομή και τις καλές οικογενειακές/συγγενικές και ενδοκοινοτικές σχέσεις, υποκαθιστούν, πολλές φορές σε σταθερή βάση, τις κοινωνικές υπηρεσίες του δήμου στην προσφορά πρωτοβάθμιας φροντίδας για τους ηλικιωμένους και αναπήρους.

Η διαμόρφωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη ανέδειξε στην έρευνα ως σημαντικές τις διασταυρώσεις μεταξύ της γεωγραφικής περιοχής και της καθημερινής υγείας. Ο κάθε τόπος, είτε ως δήμος, είτε ως κοινότητες ή περιφέρειες μπορεί να έχει πολλές ιδιότητες. Η πιο προφανής συναρτάται με τη γεωγραφική θέση του, με συντεταγμένες δηλαδή στο χάρτη. Η άλλη πλευρά αφορά στα άτομα, τις αντιλήψεις και τις ανάγκες του πληθυσμού που διαμένει

εκεί. Οι μετακινήσεις εξάλλου του πληθυσμού αυτού συνδέονται σε σημαντικό βαθμό, εν τέλει, με το κλίμα του χώρου/τόπου τους και αφορούν αναγκαστικές και εξαρτώμενες από εξωτερικούς παράγοντες (καιρικές συνθήκες).

Στην ελληνική επαρχία το οικογενειακό περιβάλλον αναλαμβάνει εκούσια, αλλά συχνά και κάτω από την πίεση της κριτικής της κοινότητας, την υποστήριξη της διαβίωσης των ανήμπορων μελών της. Ωστόσο η εξαρτημένη διαβίωση δε δίνει πάντα τη δυνατότητα μακροχρόνιας φροντίδας κι αυτό μπορεί να επηρεάζει τις λειτουργικές δυνατότητες οργάνωσης της καθημερινής τους εξυπηρέτησης. Αυτό σημαίνει, αφενός ότι σημαντικός πληθυσμός ηλικιωμένων και Α.με.Α. δεν απολαμβάνει τις υπηρεσίες που χρειάζεται και αφετέρου τονίζει την ανυπαρξία άλλου τρόπου ικανοποίησης των αναγκών του, στο βαθμό που διαπιστώνεται η μη ικανοποιητική ενιαία εφαρμογή της Κοινωνικής Πολιτικής για την κάλυψη αυτών των αναγκών. Η λειτουργία των δήμων της έρευνας στην Κοινωνική Πολιτική και προστασία εμφανίζει σημαντικές διαφορές κι είναι άμεσα εξαρτώμενη από τη διοικητική-οικονομική ωριμότητα τους. Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης είναι διαχειριστικός των ζητημάτων Κοινωνικής Πολιτικής υπό τους περιορισμούς των απαραίτητων υποδομών για την παρέμβασή της στην περιοχή της δικαιοδοσίας της.

Ανακεφαλαιώνοντας επισημαίνεται ότι η κινητικότητα /προσβασιμότητα του πληθυσμού στις δομές φροντίδας και υγείας είναι σε σημαντικό βαθμό εξαρτώμενη από το χωρικό πλαίσιο του τόπου κατοικίας. Γι' αυτό και προτείνεται η τοποθέτηση των μονάδων υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής να είναι προσαρμοσμένη στα επιμέρους χαρακτηριστικά αυτών των γεωγραφικών θέσεων και των αναγκών των κατοίκων.

Αναφορές

Sites

<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/> [access 05.10.2013]

<http://deinstitutionalisationguide.eu/> [access 02.10.2013]

http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/ [access 06.10.2013]

http://www.esponusespon.eu/dane/web_articles_files/847/greek_support_materials_gr.pdf.
11/12/2013

http://www.cor.europa.eu/en/documentation/studies/Documents/Future_of_Cohesion_Policy_report_II.pdf.

Ελληνόγλωσση

Delmas, C. (1963). *L' Aménagement du Territorie* PUF, Paris. Εδώ από το Βασενχόβεν Λ. (1997). Χωροταξία: Θεωρία και Πράξη. Βιώσιμη Ανάπτυξη με την Περιβαλλοντική Αγωγή. Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Αιτωλοακαρνανίας, Μεσολόγγι. Σελ.180-200.

ΕΣΥΕ. (2011). Απογραφή. <http://www.statistics.gr>.

Ευρωπαϊκό δίκτυο για την ανεξάρτητη διαβίωση (2009). ENIL's Key definitions in the Independent Living area (Βασικοί ορισμοί στον τομέα της ανεξάρτητης διαβίωσης). <http://www.enil.eu/policy/>

- ΙΣΤΑΜΕ, (2006). Νοέμβριος. Η Στρατηγική της Λισαβόνας και οι προκλήσεις των μεταρρυθμίσεων για την Ελλάδα: Προς μία νέα κοινωνική συμφωνία για ανάπτυξη με κοινωνική συνοχή.
- Κιτρινού, Ε. (2010). «Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών (Τ.Π.Ε.) στις νησιωτικές και παραμεθόριες περιοχές: αναγκαίες υποδομές και υπηρεσίες». Σημειώσεις Τμήματος Κοινωνιολογίας Πανεπιστημίου Αιγαίου. Μυτιλήνη Οκτώβριος.
- Μωυσίδης, Α. Ανθοπούλου, Θ. Ντυκέν, Μ. (2002). Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο. Συνθήκες διαβίωσης και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού: Μελέτη περίπτωσης σε δύο κοινότητες. Εκδόσεις Gutenberg.
- Ντάφλου, Α. (2016). Η αξιοποίηση των Τεχνολογιών Πληροφορικής & Επικοινωνιών από την Τοπική Αυτοδιοίκηση στις εφαρμογές της Κοινωνικής Πολιτικής. Το παράδειγμα εφαρμογής σε δήμους της Περιφέρειας Ηπείρου. Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Παπαθεοδώρου, Χ. Μωυσίδου, Α. (2011). Υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας. Μελέτες (Studies) 16. ΙΝΕ Αθήνα. Δεκέμβριος.
- Τσαγκάρης, Μ., Χατζηπανταζή, Π., Τσαρούχη, Α. και Τσαντούλας, Δ. (2000). “Τηλεϊατρική: η εμπειρία του Σισμανόγλειου νοσοκομείου”, Επίκαιρα Θέματα, Επιστημονικά Χρονικά Σισμανογλείου, 1(1), σελ. 41-45. <http://panacea.med.uoa.gr>.
- Τσουκαλάς, Κ. (2010). Η επινόηση της ετερότητας. «Ταυτότητες» και «διαφορές» στην εποχή της παγκοσμιοποίησης. Αθήνα. Εκδόσεις Καστανιώτης.

Ξενόγλωσση

- Allison L. Diamant, MD, MSHS; Cheryl Wold, MPH; Karen Spritzer, BA; Lillian Gelberg, MD, MSPH. (2000). Health Behaviors, Health Status, and Access to and Use of Health Care. A Population-Based Study of Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women. *Arch Fam Med.*;9: 1043-1051.
- Altpeter, M., Schneider, E., Bryant, L. Beattie, B., & Whitelaw, N. (2004). Using the evidence base to promote healthy aging. National Council on the Aging Evidence-based Health Promotion Series, Vol. 1. Washington, DC: National Council on the Aging.
- Audretsch, D.B. and Feldman, M. (2004). ‘Knowledge Spillovers and the Geography of Innovation’. In Henderson, J.V. and Thisse, J.F. (eds) *Handbook of Urban and Regional Economics*, Vol. 4 (Amsterdam: Elsevier).
- Barney, J. (1991). “Firm Resources and Competitive Advantage,” *Journal of Management*, Vol. 17, No. 1, pp. 99-120.
- Bulpitt, J. (1989). Walking Back to Happiness: Conservative Central Governments and Elected Local Authorities in the 1980s. In Crouch and Monkland (Eds). *The New Centralism* (London: Basil Blackwell) p.p. 56 - 74.
- Carstairs, V. & Morris. R. (1991). *Deprivation and health in Scotland*. Aberdeen: Aberdeen University Press.
- Cope, M. (2001). Between welfare and work: the roles of social service organizations in the social regulation of labour markets and regulation of the poor. *Urban Geography* 22, p.p.391-406.

- Diez R. A. (2003). The examination of neighborhood effects on health: Conceptual and methodological issues related to the presences of multiple levels of organization. In: Kawachi I, Berkman LF, eds. *Neighborhoods and Health*. New York: Oxford University Press: 20-44.
- European Commission, Directorate General for Regional Policy: Report: ex-post evaluation of Objective 1 programmes, (2003). Brussels, June.
http://europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/evaluation/doc/obj1/synthesis_final.pdf.
- Faria, R. Weatherly H. Van Den Berg B. (2012). A review of approaches to measure and monetarily value informal care, w: L. Curtis, *Unit Costs of Health & Social Care 2012*, PSSRU.
- Game, C. Wilson, D. (2011). *Local Government in the United Kingdom*, April, Publisher Palgrave
- Glesson, B. (1999). *Geographies of Disability*. London: Routledge.
- Helfat, C. E. Finkelstein, S. Mitchell, W. Peteraf, M. Singh, H. Teece, D. Winter, S. G. (2009). *Dynamic Capabilities: Understanding Strategic Change in Organizations*. John Wiley & Sons. ISBN 9781405182065.
- Macintyre, S. & Ellaway, A. (1998). Social and local variations in the use of urban neighborhoods: a case study in Glasgow. *Health and Place*, 4 (1), 91–94.
- Macintyre, S. & Ellaway, A. (1999). Local opportunity structures, social capital and social inequalities in health: what can central and local government do? *Health Promotion Journal of Australia*, 9 (3), 165–170.
- Mell, H., Mumma, S., Hiestand, B., Carr, B., Holland, T., Stopyra, J. (2017). July 19). Emergency medical response times in rural, suburban and urban areas [Editorial]. *JAMA Surgery* DOI: 10.1001/jamasurg. 2017. 2230
- Migue, J.-L. Belanger, G. (1974). Towards a General Theory of Managerial Discretion. *Public Choice*, 17, 24-43.
- Moss, P. (1997). Inquiry into environment and body: women, work and chronic illness. *Social Science and Medicine*, 45, pp.23-33
- Mossialos, E. Oliver, A. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J. Epidemiol Community Health*, 58:655–658. doi: 10.1136/jech.2003.017731
- Niskanen, W. A. (1975). Bureaucrats and politicians. *Journal of Law and Economics*, 18, (December):617-44.
- Nitzkin, J. Smith S. (2013). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Center for Mental Health Services (CMHS), U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). Nancy McKenzie of Z-Tech Corporation.
- Nutley, S. (2003). Indicators of transport and accessibility in Australia. *Journal of Transport Geography*, Volume 11, Issue 1, March.
- Oates, W. E. Schwab, R. M. (1991). 'The Allocative and Distributive Implications of Local Fiscal Competition', in Kanyon, D. A. and Kincaid, J. (eds) *Competition Among States and Local Governments*, pp. 127-145. Washington, DC: The Urban Institute.
- Penchansky, R, Thomas, J. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*; 19:127-40.
- Phillips, D. (1995). "Islands, health and development", *Health & Place*, 1(4), pp.195-197

- Power, M. (2001). Geographies of Disability and Development in Southern Africa. *Disability Studies Quarterly* Fall, Volume 21, N.4. pp. 84-97.
- Rinortner, K. (2015). Telemedizin. Wearable EKG-Gerat übertragt. Daten an den Arzt. www.eGovernmentcomputing.de.
- Rodrigues, M. J. (2002). (ed.): *The New Knowledge Economy in Europe: A Strategy for International Competitiveness and Social Cohesion*, Cheltenham, Edward Elgar
- Roulstone, A. Prideaux, S. (2012). *Understanding disability Policy*, The Policy Press, Bristol.
- Salet, W. Thornley, A. and Kreukels, A. (2003). *Metropolitan Governance and Spatial Planning Comparative Case Studies of European City-Regions*. Spon Press London Taylor & Francis Group
- Saunders, P. (1984). *Rethinking Local Politics. Local Socialism?* P.p. 22-48
- Shah, S. Priestley, M. (2010). *Disability and social change - private lives and public Policies*, The Policy Press, Bristol.
- Sooman, A. Macintyre, S. & Anderson, A. (1993). Scotland's health; a more difficult challenge for some? The price and availability of healthy foods in socially contrasting localities in the West of Scotland. *Health Bulletin*, 51, 276-284.
- Sorenson, O. & Waguespack, D. M. (2006). Social structure and exchange: Self-confirming dynamics in Hollywood. *Administrative Science Quarterly*, 51, 560-589.
- Spilanis, I. Kizos, T. Vaitis, M. Koukourouvli. N. (2013). Measuring the economic, social and environmental performance of European island regions: emerging issues for European and regional policy, *European Planning Studies*. *European Planning Studies*, 21 (12), p.p. 1998-2019.
- Stoker, G. (1995). *Intergovernmental relations*, Volume 73, Issue 1, March, Pages 101-122
- Townsend, P. (1962). *The Last Refuge*, Routledge & Kegan Paul, London, pp. 257-61 and 464-76; Shanas, E., et al., (1968). *Old People in Three Industrial Societies*, Routledge & Kegan Paul, London, Full Text of the Black Report, supplied by the Socialist Health Association website.
- <http://www.sochealth.co.uk/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>
- Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of Social Policy*. Volume 16, Issue 2 April, pp. 125-146. <https://doi.org/10.1017/S0047279400020341>
- The economic value of informal care in 2010. Report by Access Economics Pty Limited for Careers Australia [online], <http://carersaustralia.com.au/storage/Economic-Value-Informal-Care-Oct-2010.pdf>
- The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases (2011). World Economic Forum and the Harvard School of Public Health [online].
- Wilson, D. Game, C. (2011). *Local Government in the United Kingdom*, April, Publisher Palgrave
- World Bank. (2004). *The millennium development goals for health: rising to the challenges*. Washington DC: World Bank;
- Young, C. and Kaczmarek, S. (2000). Local government, local economic development and quality of life in Poland, *Geo Journal*, Vol. 50, No. 2/3, Human Resources of

Eastern Europe.

Zahorsky, I. (2015). CCS Tele-health, Ostsachsen. Pilotbetrieb telemedizinische. Betreuung gestartet. www.eGovernmentcomputing.de.

Zhang, P. Tao G. Anderson L.A. (2003). Aust. J. Rural Health. 2003 Apr; 11(2):64-72. Differences in access to health care services among adults in rural America by rural classification categories and age.