

Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: Η Κοινωνική Προστασία των ανθρώπων
της τρίτης Ηλικίας στη χώρα μας μέσα
από τους Ο.Τ.Α



Υπεύθυνος καθηγητής: Αρχοντής Χρήστος
Σπουδάστρια: Τζιλίνη Μαρία

ΙΟΥΝΙΟΣ 1999
ΚΑΛΑΜΑΤΑ

Εξώφυλλο:

Α΄ Κ.ΑΠ.Η. Τρικάλων
Δωρεά του Αριστοτέλη Αντωνίου (Ιατρός)
(Πρώην Κλινική)
Ομήρου 6, Τρίκαλα – Τ.Κ. 42 100
Τηλ.: 0431 – 76 614

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	σελ.
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΩΝ	
ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ	4

1.1. Παγκόσμιο πληθυσμιακό περιβάλλον	4
1.2. Ο πληθυσμός της Ελλάδος	5
1.3. Η κατανομή του πληθυσμού κατά ηλικίες στην Ελλάδα	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
ΒΑΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΕΔΡΑΣΑΝ	
ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	7

2.1. Γεννητικότητα	7
2.2. Θνησιμότητα	8
2.3. Διάρκεια της ανθρώπινης ζωής	8
2.4. Μετανάστευση	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΓΕΡΟΝΤΙΚΟΥ	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	
3.1. Η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε επίπεδο χώρας	10
3.2. Οι ηλικιωμένοι στις αστικές, ημιαστικές & αγροτικές περιοχές	10
3.3. Η συμμετοχή των ηλικιωμένων κατά γεωγραφικά διαμερίσματα	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο **ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

4.1. Ηλικιωμένοι και αγορά εργασίας	12
4.2. Οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων	13
4.3. Επίπεδο εκπαίδευσης των ηλικιωμένων	14
4.4. Συνθήκες στέγασης	15
4.5. Οικονομική κατάσταση	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

20

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο **ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ Ο.Τ.Α**

22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ**

26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο **ΜΟΡΦΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ** **ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

3.1. Γηροκομεία	28
3.2. Κ.Α.Π.Η.	30
3.3. Παροχή Πρώτων Κοινωνικών Βοηθειών	30

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Κ.Α.Π.Η.

1.1. Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η.	34
1.2. Τι είναι τα Κ.Α.Π.Η.	35
1.3. Ίδρυση και διάλυση των Κ.Α.Π.Η.	35
1.4. Σκοποί, Υπηρεσίες και Στόχοι των Κ.Α.Π.Η.	35
1.5. Μέλη των Κ.Α.Π.Η.	37
1.6. Προσωπικό των Κ.Α.Π.Η. – Αρμοδιότητες	38
1.7. Διοικητική διάρθρωση των Κ.Α.Π.Η.	41
1.8. Χρηματοδότηση των Κ.Α.Π.Η.	42
1.9. Προγράμματα που εφαρμόζουν τα Κ.Α.Π.Η.	42
1.10. Προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα Κ.Α.Π.Η.	43
1.11. Συμπεράσματα	45

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ε.Κ.	= Ευρωπαϊκή Κοινότητα
Ο.Τ.Α.	= Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Κ.Α.Π.Η.	= Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων
Ε.Ο.Π₁.	= Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών
Π.Ο.Υ.	= Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
Π.Ι.Κ.Π.Α.	= Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας και Αντίληψης
Ν.Π.Δ.Δ.	= Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
Τ.Α.	= Τοπική Αυτοδιοίκηση
Ν.Δ.	= Νομοθετικό Διάταγμα
Χ.Α.Ν.	= Χριστιανική Αδελφότητα Νέων
Χ.Ε.Ν.	= Χριστιανική Ένωση Νεότητας
Ε.Ο.Π₂.	= Ελληνικός Οργανισμός Πρόνοιας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία διαπραγματεύεται το θέμα της Κοινωνικής Προστασίας των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας στη χώρα μας μέσα από τους Ο.Τ.Α. Η εργασία αποτελείται από τρία μέρη: το πρώτο, το δεύτερο και το τρίτο. Το πρώτο μέρος χωρίζεται στα εξής κεφάλαια:

- 1° Ιστορική αναδρομή των πληθυσμιακών εξελίξεων
- 2° Βασικοί παράγοντες που επέδρασαν στην αύξηση της τρίτης ηλικίας
- 3° Γεωγραφική κατανομή του γεροντικού πληθυσμού
- 4° Ηλικιωμένοι και κοινωνικά χαρακτηριστικά
- 5° Συμπεράσματα

Στο πρώτο μέρος γίνεται αναφορά στα προβλήματα και τις ανάγκες της τρίτης ηλικίας. Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού. Η τρίτη ηλικία είναι η πιο παραμελημένη από την κοινωνία ηλικία και η πιο δύσκολη. Η φροντίδα των ηλικιωμένων μπορεί να προέλθει τόσο από την κοινωνία όσο και από την πλευρά του Κράτους.

Το δεύτερο μέρος αποτελείται από τα ακόλουθα κεφάλαια:

Το πρώτο κεφάλαιο, που γίνεται λόγος για τους Ο.Τ.Α. (για τις αρμοδιότητές τους και για την λειτουργία).

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναφερόμαστε στην Κοινωνική Πρόνοια (τι είναι Κοινωνική Πρόνοια και ποιοι φορείς ασκούν Κοινωνική Πρόνοια).

Και το τρίτο κεφάλαιο, όπου αναλύονται οι μορφές κοινωνικής προστασίας που είναι: τα Κ.Α.Π.Η., τα Γηροκομεία, οι Οίκοι Ευγηρίας, οι Στέγες Υπερηλικών, τα Σπίτια Γαλήνης και το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Στο τρίτο μέρος γίνεται εκτενέστερη αναφορά για τα Κ.Α.Π.Η. Τα τελευταία χρόνια η Τ.Α. καλείται να παίξει ένα σπουδαίο ρόλο στο πολιτικό – κοινωνικό και οικονομικό γίγνεσθαι τόσο σε παγκόσμιο και ευρωπαϊκό επίπεδο όσο και στον Ελλαδικό χώρο. Η Τ.Α. δίνει έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων της, μεριμνώντας μέσα σ' αυτό το πλαίσιο και για την κοινωνική πολιτική.

Τα Κ.Α.Π.Η. όπως προαναφέραμε είναι μια από τις μορφές κοινωνικής προστασίας των ηλικιωμένων. Σ' αυτό το μέρος αναφερόμαστε αποκλειστικά για τα Κ.Α.Π.Η. Για τον θεσμό των Κ.Α.Π.Η., τι είναι τα Κ.Α.Π.Η., τους σκοπούς και τις υπηρεσίες που προσφέρουν, το προσωπικό τους, το Διοικητικό Συμβούλιο των

Κ.Α.Π.Η., από πού χρηματοδοτούνται, ποια προγράμματα εφαρμόζουν, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα Κ.Α.Π.Η. καθώς και για τα συμπεράσματα.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Χρήστο Αρχοντή για τη συνεργασία του και για τη βοήθεια που μου πρόσφερε. Επίσης τους Κοινωνικούς Λειτουργούς των εξής Κ.Α.Π.Η.:

Α΄ Τρικάλων

Β΄ Τρικάλων

Α΄ Καλαμάτας

Α΄ Αγίων Αναργύρων

για τα στοιχεία που μου παραχώρησαν και για τη βοήθειά τους.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ

1.1. Παγκόσμιο πληθυσμιακό περιβάλλον

Η αριθμητική εξέλιξη του ανθρώπινου είδους μέσα στο χρόνο, δεν εμφανίζεται ομοιόμορφη. Ο παγκόσμιος πληθυσμός κατά το έτος 1650 πλησίασε τα (500) πεντακόσια εκατομμύρια. Χρειάστηκαν όμως, να περάσουν δύο αιώνες για να διπλασιαστεί ο παγκόσμιος πληθυσμός, έτσι ώστε στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, να αριθμεί το (1) ένα δισεκ. Περίπου. Από αυτό το χρονικό σημείο αρχίζει μια συνεχής και επιταχυνόμενη αύξηση του πληθυσμού. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το 1900, ο πληθυσμός να ξεπεράσει το ενάμιση δισεκ., το 1950 τα δύο δισεκ., τετρακόσια εκατ. και το 1975 να υπερβαίνει τα τέσσερα δισεκ. ανθρώπους¹.

Ειδικοί επιστήμονες που ασχολήθηκαν με τα προβλήματα που προέκυψαν από την αύξηση του πληθυσμού, χρησιμοποίησαν την έκφραση «πληθυσμιακή έκρηξη», για να προσδώσουν ιδιαίτερη έμφαση στο φαινόμενο αυτό.

Η έκφραση αυτή αποδίδει με έμφαση τις δυσάρεστες συνέπειες που συνεπάγεται η διαρκώς επιταχυνόμενη αύξηση του πληθυσμού της γης.

Πολλές οι αιτίες της αύξησης του πληθυσμού εκ των οποίων η σημαντικότερη οφείλεται στη βελτίωση του ισοζυγίου της φυσικής αυξήσεως, που προκύπτει από τη σχέση των ποσοστών των γεννήσεων και των θανάτων. Τα τελευταία εκατό χρόνια παρατηρείται συνεχής μείωση της θνησιμότητας και αύξηση του μέσου όρου ζωής. Οι παράγοντες που συνέβαλαν σ' αυτό είναι οι παρακάτω:

- α. η γενική βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης, που αποδίδεται στην τεχνολογική πρόοδο, στην αύξηση της παραγωγικότητας και στην ύπαρξη ισχυρών και οργανωμένων οικονομικά και πολιτικά κοινωνιών
- β. η πρόοδος που σημειώθηκε στον τομέα της υγιεινής του περιβάλλοντος και της ατομικής υγείας και
- γ. η σημαντική ανάπτυξη της σύγχρονης φαρμακευτικής επιστήμης, ιδιαίτερα μετά τη χρησιμοποίηση της χημειοθεραπείας και των εντομοκτόνων.

¹ Βλέπε Πίνακα1, σελ. 47

Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο έχουμε περαιτέρω μείωση της θνησιμότητας σε όλα τα μήκη και τα πλάτη της υδρογείου, εξαιτίας της τεράστιας προόδου στον τομέα της ιατρικής και της φαρμακευτικής επιστήμης, καθώς επίσης και στην ανακάλυψη των αντιβιοτικών².

1.2. Ο πληθυσμός της Ελλάδος

Η Ελλάδα στη διάρκεια των 160 περίπου ετών του ελεύθερου βίου της, συμμετείχε και αυτή στο ρυθμό της αύξησης του παγκόσμιου πληθυσμού. Έτσι, έναντι του τριπλασιασμού περίπου της εκτάσεώς της, ο πληθυσμός της αυξήθηκε περίπου κατά δεκατρείς φορές. Ενδεικτικά αναφέρουμε δύο πληθυσμιακές μεταβολές. Το 1828 ο πληθυσμός της χώρας μας ήταν 753.400 κάτοικοι και το 1981 9.740.417. Συνέπεια αυτής της πληθυσμιακής μεταβολής ήταν και ο σχεδόν πενταπλασιασμός της μέσης πυκνότητας κατοίκων ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο (από 16 το 1828 σε 74 το 1981). Λαμβάνοντας υπ' όψιν το κριτήριο της πυκνότητας του πληθυσμού, η Ελλάδα κατατάσσεται στην κατηγορία των ανεπτυγμένων χωρών μέσης πυκνότητας, στην οποία ανήκει η Βόρεια, η Νότια και η Ανατολική Ευρώπη³.

1.3. Η κατανομή του πληθυσμού στην Ελλάδα κατά ηλικίες

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα στην ηλικιακή δομή του πληθυσμού της χώρας μας παρατηρείται τάση συνεχούς μείωσης των βρεφικών και παιδικών ηλικιών (0–14 ετών) και αύξηση των γεροντικών ηλικιών (65 ετών και άνω). Έτσι, η αναλογία του πληθυσμού των ατόμων ηλικίας 0–14 ετών από 38% που ήταν το 1907 ελαττώθηκε σε 25% κατά το 1971 και σε 23% το 1979. Κατά την ίδια περίοδο, οι παραγωγικές ηλικίες (15–64 ετών) αυξήθηκαν από 58% το 1907, σε 64% το 1971 καθώς και το 1979.

Οι γεροντικές ηλικίες (65 ετών και άνω) υπερτριπλασίασαν την ποσοστιαία συμμετοχή τους. Από 4% το 1907 σε 13% το 1979⁴.

² Διονύσης Μ. Φράγκος, Ο Γεροντικός Πληθυσμός της Ελλάδος, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1987, σελ. 15 – 16

³ Όπως παραπάνω, σελ. 17

⁴ Βλέπε Πίνακα 2, σελ. 47

Εξετάζοντας το δείκτη δημογραφικής γηράνσεως δηλ. την ποσοστιαία σχέση του πληθυσμού των ομάδων ηλικίας 0-14 ετών και 64 ετών και άνω, ως προς τον πληθυσμό των παραγωγικών ηλικιών (15-64 ετών), αυτός μειώθηκε κατά τη διάρκεια της περιόδου 1907-1979 κατά 17 ποσοστιαίες μονάδες⁵.

Αναλύοντας το δείκτη γηράνσεως δηλ. την ποσοστιαία σχέση του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω, ως προς τον πληθυσμό των ηλικιών 0-14 ετών, αυτός πενταπλασιάστηκε κατά την περίοδο που εξετάζουμε. Το οποίο αν εκφράσουμε σε αριθμούς έχουμε: το 1907 σε 100 άτομα ηλικίας κάτω των 15 ετών αντιστοιχούσαν μόνο 11 ηλικιωμένοι, το 1979 η αναλογία αυτή αυξήθηκε σε 56⁶.

Η κατανομή των ηλικιών του πληθυσμού της Ελλάδος δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις, σε σχέση με προηγμένες χώρες της Ευρώπης. Όσον αφορά τη γήρανση, ο ελληνικός πληθυσμός με σχετικό δείκτη 56 κατατάσσεται στο ίδιο περίπου επίπεδο με τους πληθυσμούς: της Ολλανδίας (52), της Ιταλίας (56) και της Γαλλίας (58). Η Ιρλανδία διατηρεί το μικρότερο δείκτη γηράνσεως (35)

και η Γερμανία τον υψηλότερο (91). Στις Βαλκανικές χώρες, η Ελλάδα κατέχει τον μεγαλύτερο δείκτη γήρανσης (56), ακολουθεί η Βουλγαρία με (53), η Ρουμανία με (39), η πρώην Γιουγκοσλαβία με (36) και τέλος η Τουρκία που αντιστοιχούν 13 ηλικιωμένοι σε 100 άτομα, ηλικίας κάτω των 15 ετών⁷.

⁵ Βλέπε Πίνακα 2, σελ. 47

⁶ Βλέπε Πίνακα 2, σελ. 47

⁷ Διονύσης Μ. Φράγκος, Ο Γεροντικός πληθυσμός της Ελλάδος, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1985, σελ. 17 -

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΒΑΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΕΔΡΑΣΑΝ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Το μέγεθος του γεροντικού πληθυσμού επηρεάζεται κυρίως από δημογραφικούς, κοινωνικούς, πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες, όπου και αναλύονται παρακάτω.

Στους κοινωνικούς παράγοντες εντάσσεται η μετανάστευση. Στους δημογραφικούς παράγοντες ανήκουν: η γεννητικότητα, η θνησιμότητα, η διάρκεια της ανθρώπινης ζωής και η κατανομή του συνολικού πληθυσμού σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Η κατανομή του πληθυσμού κατά περιοχές θα αναλυθεί στο τρίτο κεφάλαιο.

2.1. Γεννητικότητα

Η γεννητικότητα των γυναικών δεν ενδιαφέρει μόνο τις ίδιες και το οικογενειακό τους περιβάλλον, αλλά και τις κοινωνίες που διαβιούν. Η πραγματική γονιμότητά της γυναίκας βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα από τη θεωρητική γονιμότητα που κυμαίνεται γύρω στις 15-20 γεννήσεις. Οι παράγοντες που επιδρούν στη διαφοροποίηση της πραγματικής γονιμότητας διαφέρουν κατά τόπο και χρόνο. Σε περιπτώσεις ίδιας γονιμότητας γυναικών κατά την αναπαραγωγική ηλικία των 15-49 ετών, το ποσοστό γεννήσεων επηρεάζεται από διαφοροποιήσεις στη διάρθρωση του πληθυσμού κατά ηλικία, την ηλικία σύναψης γάμου, την οικογενειακή κατάσταση, κ.α.

Επίσης, στη μείωση της γεννητικότητας συμβάλλει και η εξελικτική πορεία των κοινωνιών. Έχουν επέλθει οικονομικές και κοινωνικές μεταρρυθμίσεις, μετακινήσεις του εργατικού δυναμικού από το γεωργικό τομέα σε άλλους τομείς οικονομικής δραστηριότητας. Επίσης η πτώση της θνησιμότητας, η πρόοδος στον τομέα της υγείας και της εκπαίδευσης, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, η έντονη αστικοποίηση*, η μεγαλύτερη επικοινωνία μεταξύ των πληθυσμών, η ευρύτερη συμμετοχή των γυναικών στην οικονομική δραστηριότητα, κ.α.

* εξαστισμός: μορφολογικά, η μεταβολή της κατανομής του πληθυσμού στο χώρο με αποτέλεσμα την αύξηση του αστικού πληθυσμού και τη μείωση του αγροτικού πληθυσμού.

Πολιτιστικά, η διάχυση και διάδοση των αστικών τρόπων ζωής στον μη αστικό πληθυσμό.

Δ.Σ. ΤΣΑΟΥΣΗΣ, Χρηστικό λεξικό κοινωνιολογίας, Κοινωνιολογική & Ανθρωπολογιστική Βιβλιοθήκη GUTENBERG, Αθήνα '89

Η διαχρονική εξέλιξη της γεννητικότητας ακολούθησε καθοδική τάση στη χώρα μας, με εξαίρεση την περίοδο 1930-1935, όπου οι γεννήσεις υπερέβησαν τις 30 σε αναλογία 1.000 ατόμων. Η πτώση της γεννητικότητας συνεχίστηκε, ώστε να σταθεροποιηθεί στη δεκαετία του 1970 γύρω στις 16 γεννήσεις σε 1.000 κατοίκους.

2.2. Θνησιμότητα

Το 1930 οι θάνατοι ανέρχονταν στους 17 σε αναλογία 1.000 ατόμων. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, αυτοί περιορίστηκαν σε 8-9. Όμως, αναμένεται αύξηση της θνησιμότητας, λόγω της αύξησης της ποσοστιαίας συμμετοχής του πληθυσμού των γεροντικών ηλικιών.

Από τα στοιχεία του στατιστικού πίνακα ⁸, διαπιστώνουμε ότι, η φυσική κίνηση του πληθυσμού της Ελλάδος, σε σχέση με αυτή των κρατών -μελών της Ε.Κ. εμφανίζεται ικανοποιητική, τόσο στους τομείς της γεννητικότητας, όσο και της θνησιμότητας.

Στις Βαλκανικές χώρες, Ελλάδα και Βουλγαρία έχουν τη μικρότερη γεννητικότητα, ενώ η Αλβανία και η Τουρκία διατηρούν υψηλά επίπεδα γεννητικότητας σε παγκόσμια κλίμακα.

2.3. Διάρκεια της ανθρώπινης ζωής

Από τα ελάχιστα διαθέσιμα στοιχεία που υπάρχουν προκύπτει ότι: στην Αρχαία Ελλάδα κατά τον 4^ο π.Χ. αιώνα, η μέση διάρκεια της ανθρώπινης ζωής ήταν περίπου 30 έτη, στην Αρχαία Αίγυπτο 22,5 έτη, ενώ στις Ευρωπαϊκές Χώρες μεταξύ του 13^{ου} και 17^{ου} αιώνα 20 με 40 έτη.

Όσον αφορά την Ελλάδα, τον τελευταίο αιώνα η μακροζωία του ελληνικού πληθυσμού βελτιώθηκε σημαντικά. Το 1970 η διάρκεια ζωής κατά τη γέννηση υπολογίζεται σε 70 περίπου έτη για τους άνδρες και για τις γυναίκες σε 74, έναντι 36 και 38 που ήταν το 1879. Με τη συμπλήρωση του πρώτου έτους της ηλικίας, η διάρκεια της ζωής αυξάνεται σε 72 περίπου έτη για τους άνδρες και σε 75 για τις γυναίκες. Το επίπεδο μακροβιότητας του ελληνικού πληθυσμού, θεωρείται ως το πλέον ευνοϊκό στην περιοχή των Βαλκανίων και χωρίς να υστερεί σημαντικά από τα υψηλότερα επίπεδα μακροβιότητας που παρατηρούνται στο χώρο της Ε.Κ.

⁸ Βλ. Πίνακα 3, σελ. 48

2.4. Μετανάστευση *

Η μετανάστευση επιδρά στην αύξηση της ποσοστιαίας συμμετοχής του ηλικιωμένου πληθυσμού, τόσο βραχυχρόνια όσο και μακροχρόνια. Από το 1841 έως το 1976 υπήρξαν περίοδοι με εξαιρετικά έντονη μεταναστευτική κίνηση. Στη δεκαετία του '60 αναχωρούσαν 99 άτομα σε κάθε 10.000 κατοίκους για μόνιμη εγκατάσταση σε χώρες του εξωτερικού.

Η συμμετοχή των ηλικιωμένων στη μεταναστευτική κίνηση είναι ελάχιστη. Κατά το 1976 το ποσοστό των μεταναστών ηλικίας 65 ετών και άνω μόλις καλύπτει το 2% των αναχωρήσαντων. Την ίδια χρονιά σε 10.000 κατοίκους αντιστοιχούσαν 3 μετανάστες ηλικίας 65 ετών και άνω, έναντι 30 των ηλικιών 15-64 ετών και 11 κάτω των 15 ετών⁹.

* **Μετανάστευση:** η ατομική η ομαδική εγκατάλειψη μιας χώρας με σκοπό την μόνιμη εγκατάσταση σε μια
μα άλλη. Είναι ένα φαινόμενο που εμφανίστηκε από τους αρχαίους χρόνους με τη
των αποικισμών.

Δ.Σ. ΤΣΑΟΥΣΗΣ, Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας, Κοινωνιολογική & Ανθρωπολογιστική Βιβλιοθήκη
GUTENBERG, Αθήνα '89

⁹ Διονύσης Μ. Φράγκος, Ο Γεροντικός πληθυσμός της Ελλάδος,
Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1987, σελ. 21-25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΓΕΡΟΝΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

3.1. Η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε επίπεδο χώρας

Για μια πληρέστερη στατιστική απεικόνιση της γεωγραφικής κατανομής του γεροντικού πληθυσμού, θεωρείται απαραίτητη η εξέταση της συμβολής των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών που συμβάλλουν στη διαμόρφωση των συνολικών αριθμητικών μεγεθών σε επίπεδο χώρας.

Ανεξάρτητα από την αύξηση του γεροντικού πληθυσμού την περίοδο 1961-1971, η κατά φύλο ποσοστιαία συμμετοχή όμως, μεταβλήθηκε ελάχιστα. Έτσι, οι άνδρες αύξησαν τη συμμετοχή τους από 43,1% το 1961 σε 43,7% το 1971. Η συμμετοχή των γυναικών μειώθηκε από 56,9% σε 56,3% αντίστοιχα.

Την ίδια δεκαετία ο γεροντικός πληθυσμός αυξήθηκε. Το ποσοστό αύξησης κυμάνθηκε στο 39,4%. Η αύξηση κατά φύλο ήταν 41,5% για τους άνδρες και 37,8% για τις γυναίκες.

Ως αποτέλεσμα της αύξησης του γεροντικού πληθυσμού ήταν και η αύξηση του δείκτη γηράνσεως κατά την εξεταζόμενη περίοδο. Ο δείκτης αυτός, στο σύνολο της χώρας αυξήθηκε από 30,6% το 1961 σε 42,9% το 1971. Έτσι, σε 100 άτομα ηλικίας κάτω των 15 ετών αντιστοιχούσαν λιγότεροι από 31 ηλικιωμένοι και το 1971 η αναλογία αυτή αυξήθηκε σε 43%. Με βάση το δείκτη γηράνσεως κατά φύλο, διαπιστώνουμε ότι αυτός, αυξήθηκε για τους άνδρες, από 25,7% το 1961 σε 36,6% το 1971, όπως επίσης και για τις γυναίκες από 35,8% σε 49,8% αντίστοιχα.

3.2. Οι ηλικιωμένοι στις αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές

Οι λόγοι που συντελούν στη διαφοροποίηση της πληθυσμιακής συνθέσεως κατά ηλικία και των επιμέρους περιοχών (αστικών, ημιαστικών και αγροτικών) είναι: η εσωτερική μετανάστευση*, η παλιννόστηση* των μεταναστών από το εξωτερικό και η μείωση της γεννητικότητας και της θνησιμότητας.

* Εσωτερική μετανάστευση: μόνιμη ή προσωρινή μεταγκατάσταση από ένα οικισμό σε έναν άλλο, μέσα στο ίδιο πάντα κράτος

* Παλιννόστηση: επιστροφή μεταναστών από το εξωτερικό και εγκατάστασή τους στο κράτος της αρχικής προέλευσής τους.

Δ.Σ. ΤΣΑΟΥΣΗΣ, Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας, Κοινωνιολογική & Ανθρωπολογική Βιβλιοθήκη
GUTENBERG, Αθήνα '89

Η Περιφέρεια Πρωτευούσης το 1961 και το 1971 κάλυπτε το 52% και το 56% αντίστοιχα του πληθυσμού που διέμενε στις αστικές περιοχές. Σε πόλεις με πληθυσμό 10.000 κατοίκους και άνω έναντι πληθυσμιακής αύξησης κατά 37,1%, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων σ' αυτή τη δεκαετία αυξήθηκε σε ποσοστό κατά 79,5%. Ο δείκτης γηράνσεως μεταβλήθηκε με αυξητική τάση, από 33,9 το 1961 σε 43,8 το 1971.

Αλλά και στις υπόλοιπες αστικές περιοχές, παρουσιάστηκε αξιόλογη αύξηση του γεροντικού πληθυσμού σ' αυτή τη δεκαετία. Ο δείκτης γηράνσεως αυξήθηκε από 30 σε 37 αντίστοιχα.

Στις αγροτικές περιοχές, ο συνολικός πληθυσμός μειώθηκε κατά 16,1% στη δεκαετία 1961-1971. Η ποσοστιαία συμμετοχή των ηλικιωμένων αυξήθηκε κατά 22,8%. Ο δείκτης γηράνσεως αυξήθηκε σημαντικά, από 29,9% το 1961 σε 46,8% το 1971.

3.3. Η συμμετοχή των ηλικιωμένων κατά γεωγραφικά διαμερίσματα

Την ίδια περίοδο παρατηρείται αύξηση του γεροντικού πληθυσμού κατά 39,4% στο σύνολο της χώρας. Η Περιφέρεια Πρωτευούσης εμφάνισε το υψηλότερο ποσοστό αύξησης των ηλικιωμένων 79,5%. Στην υπόλοιπη Στερεά Ελλάδα και στην Εύβοια παρουσιάζεται αύξηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας με ποσοστό 36,5%. Ακολουθούν η Θεσσαλία με 35,7%, η Μακεδονία με 34,9%, η Πελοπόννησος με 33,1%, η Κρήτη με 24,2%, η Ήπειρος με 17,8%, τα Νησιά του Αιγαίου με 17,3%, η Θράκη με 16,8% και το Ιόνια Νησιά με 16,6%.

Ο γενικός δείκτης γηράνσεως σε επίπεδο χώρας το 1971 ανέρχονταν σε 42,9%. Τα Ιόνια Νησιά κατέχουν το μεγαλύτερο δείκτη γηράνσεως με 65,5%. Σειρά μετά έχουν τα Νησιά του Αιγαίου με 61,4%, η Πελοπόννησος με 50,4%, η Κρήτη με 46,1% και η Περιφέρεια Πρωτευούσης με 43,8%. Διαμερίσματα όπου ο δείκτης γηράνσεώς τους είναι κάτω του γενικού μέσου όρου είναι: η λοιπή Στερεά Ελλάδα με 41,8%, η Μακεδονία με 38,4%, η Θεσσαλία με 37,6%, η Ήπειρος με 34,1% και τέλος η Θράκη με 31,6% ¹⁰.

¹⁰ Κ.Ν. Κανελλοπούλου, Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα 1984, σελ. 27-35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

4.1. Ηλικιωμένοι και αγορά εργασίας

Η εργασία για ορισμένους ηλικιωμένους αποτελεί λόγο ύπαρξης και το κέντρο του ενδιαφέροντός τους, ενώ για άλλους είναι μια μηχανιστική δραστηριότητα που τους αποτραβάει από άλλες πιο ικανοποιητικές γι' αυτούς δραστηριότητες. Η οριστική έξοδος από το εργατικό δυναμικό αποτελεί για όλους αποφασιστικό σταθμό και μπορεί να τους δημιουργήσει προβλήματα προσαρμογής όταν αυτή δεν γίνεται οικειοθελώς και σταδιακά. Η ηλικία των 65 ετών αποτελεί το όριο συνταξιοδότησης ευρέων ομάδων του πληθυσμού στην Ελλάδα. Ο πληθυσμός των ηλικιών 65 ετών και άνω χαρακτηρίζεται ότι εκπροσωπεί τους απόμαχους της βιοπάλης, ενώ ένα μέρος από αυτούς εξακολουθούν να συμμετέχουν στην παραγωγική διαδικασία. Το ποσοστό αυτών (ανδρών και γυναικών) το 1971 ήταν 179,8%.

Κατά τη δεκαετία 1961-1971 το ποσοστό των ηλικιωμένων στο εργατικό δυναμικό ήταν 24,5% και 19,5% αντίστοιχα. Η ουσιώδης αυτή μεταβολή οφείλεται στην αστικοποίηση και στην πρωϊμότερη και επεκτεινόμενη υποχρεωτική συνταξιοδότηση στον αστικό τομέα, όπου έλαβε χώρα στη συγκεκριμένη περίοδο. Όσον αφορά τη διάκριση κατά φύλο προκύπτει ότι υπάρχουν έντονες διαφορές στο ποσοστό των οικονομικά ενεργών ηλικιωμένων. Έτσι το ποσοστό ηλικιωμένων ανδρών στο εργατικό δυναμικό είναι 33,7%. Σ' αυτό το ποσοστό συμπεριλαμβάνονται οι άνεργοι και οι απασχολούμενοι. Το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών είναι 8,5%. Η συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας είναι μια στους τρεις ηλικιωμένους εργαζομένους. Αυτό οφείλεται στην πρωϊμότερη συνταξιοδότηση και στο χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών, καθώς επίσης και στην οικογενειακή κατάσταση.

Έντονες διαφορές επίσης παρουσιάζονται και στο ποσοστό των οικονομικά ενεργών* ηλικιωμένων, κατά βαθμό αστικότητας του τόπου κατοικίας τους. Στις

* **Πληθυσμός οικονομικά ενεργός:** πληθυσμός που εργάζεται ή που ζητεί εργασία. Ο πληθυσμός που μετέχει στην αγορά εργασίας.

Δ.Σ. ΤΣΑΟΥΣΗΣ, Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας, Κοινωνιολογική & Ανθρωπολογιστική Βιβλιοθήκη
GUTENBERG, Αθήνα '89

πόλεις οι ηλικιωμένοι συμμετέχουν στο εργατικό δυναμικό με 9,1%, στις αγροτικές περιοχές με 30,6% και στις ημιαστικές με 19,7%.

Σχετικά, με τη συμμετοχή των ατόμων της τρίτης ηλικίας κατά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας έχουμε: ο αγροτικός πληθυσμός ασχολείται κυρίως με τη γεωργία και ο αστικός πληθυσμός σε μη γεωργικούς κλάδους. Οι απασχολούμενοι στη γεωργία εργάζονται μέχρι τα βαθιά γηρατειά τους. Αυτό συμβαίνει γιατί, η σύνταξη των αγροτών θεωρείται ανεπαρκής και είναι η μικρότερη σε σχέση με τις συντάξεις των άλλων ταμείων, γι' αυτό αναγκάζονται να συνεχίζουν να δουλεύουν για να συμπληρώσουν το εισόδημά τους, ενώ οι απασχολούμενοι σε άλλους κλάδους αποσύρονται πριν από την ηλικία των 65 ετών. Πιο συγκεκριμένα ο πρωτογενής τομέας παραγωγής καλύπτεται από το ποσοστό 77,3% των ηλικιωμένων ανδρών και το 88,1% των γυναικών. Στο δευτερογενή τομέα συμμετέχουν με 6% οι άνδρες και με 2,2% οι γυναίκες. Στην τριτογενή παραγωγή τα αντίστοιχα μεγέθη ανέρχονται σε 16,7% για τους άνδρες και 9,7% για τις γυναίκες.

Τέλος εξετάζοντας την κατάταξη των ηλικιωμένων με βάση το επάγγελμα προκύπτουν τα παρακάτω: οι άνδρες με ποσοστό 77,5% και οι γυναίκες με 88,1% ασκούν το επάγγελμα του γεωργού και του κτηνοτρόφου. Ακολουθούν οι υπάλληλοι γραφείου, έμποροι και πωλητές με 10,2% για τους άνδρες και 7,4% για τις γυναίκες, τεχνίτες και εργάτες εκτός γεωργίας με 8% και 3% αντίστοιχα, επιστήμονες και ελεύθεροι επαγγελματίες με 4,3% οι άνδρες και οι γυναίκες με 1,5%.

4.2. Οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων

Η πιο διαδεδομένη κοινωνική ομάδα της οποίας αποτελεί μέλος το άτομο είναι η οικογένεια. Πολλές πλευρές της συμπεριφοράς των ηλικιωμένων, καθώς και το επίπεδο ευτυχίας τους, επηρεάζονται άμεσα από τη σύνθεση, τη διάρθρωση και την οργάνωση της οικογένειας. Τα στοιχεία της Ε.Ο.Π.¹¹ αναφέρουν ότι στην Ελλάδα δεν παρατηρείται ακόμη έντονο το φαινόμενο να αποκόπτονται οι γέροι από τις οικογένειές τους. Ωστόσο η οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων έχει ιδιαίτερη σημασία, τόσο γι' αυτούς και το οικογενειακό τους περιβάλλον, όσο και για τις σύγχρονες κοινωνίες στις οποίες ζουν.

¹¹ βλέπε συντομογραφίες, σελ. 1

Το 64,3% των ηλικιωμένων είναι παντρεμένοι. Υπάρχει εντούτοις έντονη διαφορά μεταξύ ποσοστού παντρεμένων ανδρών και γυναικών. Το ποσοστό των ανδρών είναι 88,1% και των γυναικών 45,2%. Το 62,5% των ανδρών και το 8,6% των γυναικών, άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών παραμένουν παντρεμένοι. Από τους παντρεμένους άνδρες το 90% περίπου είναι αρχηγοί των νοικοκυριών, ενώ για τους χωρισμένους και για τους χήρους το αντίστοιχο ποσοστό είναι 37,4%.

Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων που είναι αρχηγοί των νοικοκυριών. Το 99,1% των ηλικιωμένων ανδρών που είναι πτυχιούχοι ανωτάτων σχολών είναι αρχηγοί της οικογένειας (ορισμός που τροποποιήθηκε μετά την εφαρμογή του Ν. 1329/83), για τους αποφοίτους μέσης εκπαίδευσης το αντίστοιχο ποσοστό είναι 91,3% και γι' αυτούς που δεν πήγαν καθόλου στο σχολείο 74,1%.

Όσον αφορά τη θέση των ηλικιωμένων γυναικών με το νοικοκυριό αναφέρουμε ότι: το 85,1% των παντρεμένων γυναικών είναι σύζυγοι του αρχηγού της οικογένειας, το 10,6% μητέρες και σχεδόν το 5% πεθερές. Τα ποσοστά για της χήρες και τις χωρισμένες ανέρχονται στο 40,6% και 19,8% αντίστοιχα.

Τέλος, αξιόλογες διαφορές υπάρχουν στην κατανομή των ηλικιωμένων σε σχέση με τον αρχηγό του νοικοκυριού μεταξύ των αστικών, ημιαστικών και αγροτικών περιοχών. Το 89% των ηλικιωμένων ανδρών που κατοικούν σε πόλεις είναι αρχηγοί νοικοκυριών, για τις αγροτικές περιοχές είναι 81% και για τις ημιαστικές 78,5%. Εξετάζοντας την κατανομή των χήρων γυναικών, αυτές κατοικούν σε αγροτικές περιοχές με ποσοστό 44% και στις αστικές με 57%.

4.3. Επίπεδο εκπαίδευσης των ηλικιωμένων

Τα δυσμενή στατιστικά δεδομένα του επιπέδου εκπαίδευσης των ηλικιωμένων αντικατοπτρίζουν τους δύσκολους καιρούς που έζησε η χώρα κατά τις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού δεν ήταν δυνατόν να εξαλειφθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα. Έτσι, τα ηλικιωμένα άτομα έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ τα άτομα που διανύουν ακόμα και τη μέση ηλικία ο αναλφαβητισμός βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα. Το επίπεδο εκπαίδευσης είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων που ρυθμίζει τη δυνατότητα ενσωμάτωσής τους στην κοινωνική και πολιτιστική ζωή και επηρεάζει την οικονομική τους στάθμη. Ο αγράμματος ηλικιωμένος ή αυτός που έχει χαμηλή εκπαίδευση δεν συμμετέχει σε ποικίλες δραστηριότητες και

το εισόδημά τους είναι χαμηλό με αποτέλεσμα να στερούνται στοιχειώδη αγαθά και υπηρεσίες.

Εξετάζοντας το επίπεδο εκπαίδευσης, διαπιστώνουμε ότι το 3,7% των ανδρών και το 15,6% των γυναικών είναι αναλφάβητοι. Απολυτήριο δημοτικού σχολείου έχουν το 71,3% των ανδρών και το 78% των γυναικών. Συμπεραίνουμε, ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο μικρότερο ποσοστό ατόμων αντιστοιχεί σ' αυτό. Σχετικά με τα ηλικιωμένα άτομα παρατηρούμε ότι: το ποσοστό των ανθρώπων που δεν ξέρουν να υπογράφουν ανέρχεται στο 10,4% για τους άνδρες και στο 50% για τις γυναίκες. Το 80,4% και το 93,3% αντίστοιχα έχουν το πολύ απολυτήριο δημοτικού σχολείου. Παρόμοιες εξελίξεις παρουσιάζονται και στα άλλα επίπεδα εκπαίδευσης, που σημαίνει ότι οι διαφορές μεταξύ των φύλων στο θέμα αυτό μειώνονται, όμως οι γυναίκες υστερούν ακόμη χαρακτηριστικά έναντι των ανδρών.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν το επίπεδο εκπαίδευσης σε σχέση με την ηλικία, παρατηρούμε ότι όσο πιο ηλικιωμένοι είναι οι άνδρες και οι γυναίκες τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των αγράμματων και τόσο μικρότερο των κατόχων απολυτηρίου μέσης εκπαίδευσης ή πτυχίου ανώτατης σχολής.

Στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές το επίπεδο εκπαίδευσης των ηλικιωμένων είναι χαμηλότερο από ότι στις αστικές. Στις αστικές περιοχές υπάρχει μεγάλος αριθμός ανδρών και γυναικών που έχουν τουλάχιστον απολυτήριο μέσης εκπαίδευσης, ενώ οι αγροτικές περιοχές συγκεντρώνουν τους αναλφάβητους και αυτούς που έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Οι ηλικιωμένοι των αγροτικών περιοχών είναι αναλφάβητοι, στους μεν άνδρες ο ένας στους έξι και στις δε γυναίκες οι δύο στις τρεις. Για τις αστικές περιοχές, είναι ένας στους δεκαέξι άνδρες και μια στις τρεις γυναίκες. Το 1974 οι αναλφάβητοι είχαν τις εξής ηλικίες: άνω των 55 ετών, συναντούσαμε δύο στους τρεις αναλφάβητους άνδρες και τρεις σχεδόν στις τέσσερις γυναίκες. Το 1,7% των ανδρών ηλικίας 15-24 ετών δεν έχουν τελειώσει το δημοτικό, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών είναι 2,8%.

4.4 Συνθήκες στέγασης

Η θέση των ηλικιωμένων στην κοινωνία, καθώς και το επίπεδο διαβίωσής τους προσδιορίζονται άμεσα από τις συνθήκες στέγασής τους. Οι ηλικιωμένοι φαίνεται ότι μειονεκτούν έναντι των νεωτέρων ως προς τις συνθήκες στέγασης και ότι υπάρχουν έντονες στεγαστικές ανισότητες μεταξύ των ηλικιωμένων. Σ' αυτό και στο επόμενο κεφάλαιο θα εξετάσουμε μόνο τους ηλικιωμένους που είναι

αρχηγοί νοικοκυριών. Ο περιορισμός αυτός επιβάλλεται από τα δεδομένα της Ε.Ο.Π.Ι. η οποία καταγράφει τις συνθήκες στέγασης μόνο για τους αρχηγούς των νοικοκυριών.

Εξετάζοντας την κατανομή του συνόλου των νοικοκυριών κατά αριθμό δωματίων προκύπτουν τα παρακάτω: το 60% περίπου των νοικοκυριών στεγάζεται σε κατοικίες με τρία ή τέσσερα κύρια δωμάτια, το 6% σε κατοικίες με 6 δωμάτια τουλάχιστον και το 4% σε κατοικίες με ένα κύριο δωμάτιο. Ενώ, τα ποσοστά των ηλικιωμένων αρχηγών νοικοκυριών είναι: το 5,2% διαμένει σε κατοικίες ενός κύριου δωματίου και το 2,3% σε κατοικίες με 7 τουλάχιστον δωμάτια. Σχετικά, με την κατανομή των νοικοκυριών με αρχηγό ηλικιωμένο κατά αριθμό δωματίων ανάλογα με το βαθμό αστικότητας του τόπου της κατοικίας παρουσιάζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις. Οι αγροτικές κατοικίες των ηλικιωμένων έχουν μεγαλύτερο αριθμό δωματίων από ότι οι αστικές. Οι αρχηγοί νοικοκυριών που κατοικούν σε αστικές περιοχές μένουν σε κατοικίες μέχρι τριών δωματίων το 60,8%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα αγροτικά νοικοκυριά είναι 53,3%.

Το 83% των ηλικιωμένων διαμένει σε ιδιόκτητες κατοικίες, ενώ το 17% πληρώνει ενοίκιο. Στις αστικές περιοχές, ποσοστό 3% των αρχηγών νοικοκυριών μένουν με ενοίκιο, ενώ στις αγροτικές περιοχές μόνο το 1,6% μένει με ενοίκιο. Αναφορικά με τις ανέσεις και τον εξοπλισμό των κατοικιών παρατηρούμε ότι: στα αγροτικά νοικοκυριά με αρχηγό ηλικιωμένο, το 46,7% διαμένει σε κατοικίες με εσωτερική ύδρευση, το 17,5% σε κατοικίες με εσωτερικό αποχωρητήριο και το 8,6% σε κατοικίες που διαθέτουν λουτρό. Οι κατοικίες όμως αυτές δεν διαθέτουν όλο τον αναγκαίο εξοπλισμό. Έτσι, μόνο το 43,7% διαθέτει ψυγείο, το 7,7% δεν έχει ηλεκτρικό ρεύμα, ενώ τηλέφωνο έχει μόνο το 10,7%. Για τα αστικά νοικοκυριά αυτά τα ποσοστά έχουν ως εξής: το 93,6% των ηλικιωμένων αρχηγών διαμένουν σε κατοικίες με εσωτερικό μαγειρείο και ύδρευση, το 83,1% σε κατοικίες με εσωτερικό αποχωρητήριο και το 65,1% σε κατοικίες που διαθέτουν λουτρό. Σχεδόν όλες οι κατοικίες έχουν ηλεκτρικό ρεύμα, ελάχιστα νοικοκυριά δεν διαθέτουν ηλεκτρική κουζίνα, το 84,6% διαθέτουν ψυγείο και το 62,5% έχουν τηλέφωνο.

Σε σχέση με τον τύπο της κατοικίας το 1974 κυριαρχούσε η μονοκατοικία. Έτσι, το 63,5% των ηλικιωμένων διέμεναν σε μονοκατοικίες, το 14,2% σε διπλοκατοικίες και το 22,1% σε πολυκατοικίες. Για τους αρχηγούς των νοικοκυριών που ζουν σε αστικές περιοχές, από αυτούς το 42,4% κατοικούν σε πολυκατοικίες, το 19% σε διπλοκατοικίες και το 38,1% σε μονοκατοικίες. Οι ηλικιωμένοι των αγροτικών περιοχών ζουν σε μονοκατοικία με ποσοστό 93,2% και σε διπλοκατοικία το 6,3%.

Κεντρική θέρμανση, ύδρευση και αποχέτευση που κατά κανόνα διαθέτουν οι πολυκατοικίες είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ανθρώπινη διαβίωση των ηλικιωμένων. Όμως η μόλυνση, ο θόρυβος και το γενικότερα βεβαρημένο περιβάλλον των αστικών κέντρων αποδυναμώνει αυτά τα πλεονεκτήματα. Τέλος, συμπεραίνουμε ότι οι ηλικιωμένοι των αγροτικών περιοχών ζουν σε ιδιόκτητες μονοκατοικίες με σχετικά μεγάλο αριθμό δωματίων, αλλά χωρίς τις σύγχρονες ανέσεις και τον εξοπλισμό. Για τους ηλικιωμένους των πόλεων η πολυκατοικία αποτελεί τον κύριο τύπο κατοικίας, έχει λιγότερα κατά μέσο όρο δωμάτια αλλά με σύγχρονες ανέσεις και εξοπλισμό.

4.4. Οικονομική κατάσταση

Στην παρούσα μελέτη μας εξετάζουμε μόνο την οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων που είναι αρχηγοί των νοικοκυριών, χρησιμοποιώντας τα στοιχεία της Ε.Ο.Π₁ του 1974.

Το μέσο μηνιαίο εισόδημα των ηλικιωμένων αρχηγών νοικοκυριών το 1974 ήταν 5.197 δρχ. και για όλους τους αρχηγούς νοικοκυριών το μέσο εισόδημά τους ήταν 7.682 δρχ. Το σχετικά χαμηλό μέσο εισόδημα των ηλικιωμένων εκφράζει τη χαμηλότερη και φθίνουσα παραγωγικότητα αυτών και επηρεάζεται επίσης από τις χαμηλές συντάξεις που παίρνουν αρκετοί ηλικιωμένοι. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ανισότητα που υπάρχει στα εισοδήματα των ηλικιωμένων η οποία είναι μεγαλύτερη από ότι σε όλες τις άλλες ηλικίες. Η μεγάλη αυτή ανισότητα προσδιορίζεται από τις έντονες ανισότητες που υπάρχουν στο ύψος και στις προϋποθέσεις απονομής των συντάξεων μεταξύ των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.

Εξετάζοντας την κατανομή του εισοδήματος των ηλικιωμένων αρχηγών νοικοκυριών παρατηρούμε ότι, το εύρος του εισοδήματος είναι μεγάλο. Το 10% των ηλικιωμένων είχε εισόδημα μέχρι 500 δρχ., το 2% είχε εισόδημα πάνω από 25.000 δρχ. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είχαν εισόδημα που κυμαίνονται μεταξύ 1.500 και 7.000 δρχ.

Η κατανομή του εισοδήματος κατά φύλο διαφέρει σημαντικά από την αντίστοιχη κατανομή όλων των ηλικιωμένων. Το εισόδημα των γυναικών ανέρχονταν σε 2.607 δρχ. και ισοδυναμούσε, με το 44% του μέσου εισοδήματος των ανδρών. Το 68,2% των ηλικιωμένων γυναικών που ήταν αρχηγοί νοικοκυριών είχαν ατομικό εισόδημα 2.500 δρχ., για τους άνδρες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 35,8%. Η σχετικά ασθενέστερη οικονομική θέση των γυναικών οφείλονταν: στη

μικρή τους συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό και στις χαμηλότερες συντάξεις που έπαιρναν ¹² (τουλάχιστον μέχρι προ 10ετίας).

Έντονες επίσης διαφορές συναντάμε στο ύψος του εισοδήματος των ηλικιωμένων που κατοικούν σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Στη χειρότερη θέση βρίσκονται οι αγρότες, αυτοί που κατοικούν σε αστικές περιοχές στην πιο ευνοϊκή και όσοι διαμένουν σε ημιαστικές κάπου ενδιάμεσα. Έτσι, το μέσο εισόδημα των ηλικιωμένων αγροτών αποτελεί το 46% του μέσου εισοδήματος των ηλικιωμένων των πόλεων και το 15% των πρώτων έχουν εισόδημα κάπου 500 δρχ., ενώ για τους δεύτερους το αντίστοιχο ποσοστό είναι 7,2%. Η ασθενέστερη οικονομική θέση των ηλικιωμένων αγροτών, οφείλεται στις καθηλωμένες τιμές που απολάμβανε ο παραγωγός αγροτικών προϊόντων. Το υψηλό εισόδημα των ηλικιωμένων των αστικών περιοχών είναι αποτέλεσμα των υψηλών συντάξεων και των υψηλών εισοδημάτων των επαγγελματιών και των επιχειρηματιών. Οι αγροτικές συντάξεις θεωρούνται συμπληρωματικές του εισοδήματος των αγροτών, αφού οι ηλικιωμένοι αγρότες μπορούν να αποκτούν επιπλέον εισόδημα από τη γεωργική τους εκμετάλλευση, ενώ οι συντάξεις του αστικού τομέα θεωρούνται αναπληρωματικές του εισοδήματος των συνταξιούχων, αφού αυτοί δεν μπορούν να συνεχίσουν την εργασία τους ¹³.

Ένας άλλος παράγοντας που προσδιορίζει το ύψος και τη διανομή του εισοδήματος των ηλικιωμένων είναι η θέση τους στην αγορά εργασίας. Για κάποιον που εργάζεται το εισόδημα που αποκτά από την εργασία του, προκύπτει πολλαπλασιάζοντας τις ώρες απασχόλησης επί την ωριαία αμοιβή. Γι' αυτούς που έχουν αποσυρθεί από την αγορά εργασίας το εισόδημά τους προέρχεται κυρίως από συντάξεις και άλλες πηγές που δεν συνδέονται με τις ώρες απασχόλησης.

Το σχετικά χαμηλό εισόδημα των ηλικιωμένων δηλώνει πως είναι αρκετοί αυτοί που ζουν σε συνθήκες φτώχειας (στοιχεία που αναφέρονται στο έτη 1974-75). Ως κριτήρια φτώχειας παίρνουμε α) το ποσοστό των ηλικιωμένων αρχηγών νοικοκυριών που έχουν εισόδημα κάτω των 500 δρχ. ημερησίως και που ισούται με τη μέση σύνταξη του αγρότη ή β) αυτοί που έχουν εισόδημα κάτω των 3.750 δρχ. όπου ισοδυναμεί με τις κατώτατες μηνιαίες αποδοχές ενός πλήρως απασχολούμενου ανειδίκευτου εργάτη. Με βάση το α' το 10,3% των ηλικιωμένων είναι φτωχοί. Πρόκειται κυρίως για ηλικιωμένες γυναίκες, υπερήλικες και κάτοικοι αγροτικών περιοχών. Υιοθετώντας το β' κριτήριο προκύπτει ότι το 57% των ηλικιωμένων αρχηγών νοικοκυριών χαρακτηρίζονται φτωχοί.

¹² Βλέπε πίνακα 4, σελ. 49

¹³ Βλέπε πίνακα 5, σελ. 50

Η πιθανότητα ωστόσο να βρεθούν οι ηλικιωμένοι κάτω από αυτό το όριο φτώχειας δεν είναι ίδια για όλους. Το 50,8% των ανδρών έχει εισόδημα κάτω 3.750 δρχ., ενώ για τις γυναίκες το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 80%. Παρόμοιες διαφοροποιήσεις στο ποσοστό των φτωχών ηλικιωμένων εντοπίζονται με κριτήριο την περιοχή του τόπου κατοικίας: 47% για τις αστικές, 60,4% για τις ημιαστικές και 69,7% για τις αγροτικές και της ηλικίας: για ηλικίες 60-64 ετών 43,9% και για άνω των 80 ετών 82,2%.

Από το 1974 η θέση των φτωχών ηλικιωμένων έχει βελτιωθεί λόγω αύξησης των συντάξεών τους. Όμως ο υψηλός και επίμονος πληθωρισμός* και ο περιορισμός των ευκαιριών απασχόλησης ίσως έχουν επιδράσει προς την αντίθετη κατεύθυνση, με αποτέλεσμα οι ανισότητες στα εισοδήματα των ηλικιωμένων να παραμένουν ακόμη έντονες ¹⁴.

***Πληθωρισμός:** είναι η έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα στην προσφορά αγαθών και την ποσότητα χρήματος η οποία εκδηλώνεται με ύψωση του γενικού επιπέδου τιμών. Έξαρση της αγοραστικής δύναμης ή των μέσων πληρωμής (χρήματος) που συνήθως συγχέονται με την άνοδο των τιμών, η οποία όμως, δεν είναι η αιτία αλλά το αποτέλεσμα του πληθωρισμού.

ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΧΡ. ΤΟΤΣΗ, Οικονομική Εγκυκλοπαίδεια, Εκδοτικός Οίκος «ΠΑΜΙΣΟΣ», Αθήνα

¹⁴ Κ.Ν. Κανελλοπούλου, Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα 1984, σελ. 21-61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τρίτη ηλικία, ευαίσθητη, συναισθηματική, ευάλωτη σωματικά, αλλά γεμάτη από εμπειρίες και βιώματα χρόνων. Μπορεί να αποτελέσει δημιουργικό κρίκο ζωής αλλά και πηγή γνώσης. Η γενιά της τρίτης ηλικίας είναι η γενιά που στήριξε και συνεχίζει να στηρίζει τις νεότερες γενιές, δεν πρέπει να είναι η ξεχασμένη και η παραγκωνισμένη γενιά. Οι νεώτερες γενιές την έχουν ανάγκη και θέλουν να τη νιώθουν παρούσα καθημερινά.

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ.¹⁵ το 2020 θα έχουμε 1 δις. ανθρώπους σε ολόκληρο τον κόσμο που η ηλικία τους θα ξεπερνά τα 60 χρόνια. Η χώρα με το μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων θα είναι η Ιαπωνία με 31%, δεύτερη η Γερμανία, τρίτη η Ελλάδα και ακολουθούν η Ιταλία και η Ελβετία όπου το ποσοστό των ηλικιωμένων θα ξεπερνά το 27%.

Αυτή η γενιά διατρέχει το τρίτο και τελευταίο στάδιο της βιολογικής τους παρουσίας στον πλανήτη μας. Γι' αυτό μελετώνται, σχεδιάζονται και εφαρμόζονται προγράμματα βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης τους. Αλλά το είδος και η έκταση της κοινωνικής μέριμνας διαφέρουν κατά τόπο και χρόνο.

Στα προγράμματα αυτά είναι απαραίτητο να περιλαμβάνεται η σύσταση ιδρυμάτων προστασίας του γήρατος όπως γηροκομεία κ.α. Τα ιδρύματα αυτά πρέπει να λειτουργούν σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις. Έτσι, εκτός από μια αξιοπρεπή διαβίωση, να παρέχουν ακόμη τη δυνατότητα για αξιοποίηση των γνώσεων και των δεξιοτεχνιών των ηλικιωμένων. Τούτο σημαίνει ότι η ζωή αυτών των ατόμων γίνεται πιο ευχάριστη και πιο χρήσιμη για το κοινωνικό σύνολο ¹⁶. Αν οι κυβερνήσεις θελήσουν να λάβουν μέτρα βελτίωσης των ηλικιωμένων, η ηλικία είναι η κρίσιμη μεταβλητή.

Τα άτομα 60 ετών και άνω αποτελούν ένα μεγάλο και αυξανόμενο τμήμα του πληθυσμού και τα μέλη του οποίου έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά έτσι ώστε να αποτελούν την κατηγορία των ηλικιωμένων. Αυτά τα άτομα αργά ή γρήγορα αλλάζουν ρόλο και από παραγωγικοί που είναι, για όσο καιρό συμμετέχουν στην παραγωγική διαδικασία, καθίστανται εξαρτημένοι συνταξιούχοι και συντηρούνται από τις νεώτερες γενιές.

¹⁵ Βλέπε συντομογραφίες, σελ. 1

¹⁶ Διονύσης Μ. Φράγκος, Ο Γεροντικός πληθυσμός της Ελλάδος, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1987, σελ. 21-25

Όταν οι λειτουργικές ικανότητες των ηλικιωμένων είναι αυξημένες, τότε αυτοί μπορούν κάλλιστα να ενσωματωθούν στην κοινωνία. Οι λειτουργικές αυτές ικανότητες προσδιορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τα στοιχεία και τις μεταβλητές που αναφέρονται: στην αγορά εργασίας, στην οικογενειακή κατάσταση, στην εκπαίδευση, στη στέγαση και στην οικονομική κατάσταση.

Υψηλά ποσοστά ηλικιωμένων ζουν σε συνθήκες φτώχειας, στερούνται τις στοιχειώδεις ανέσεις κατοικίας και είναι αγράμματοι. Αυτά τα ποσοστά διαφέρουν κατά πολύ μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, μεταξύ ανδρών και γυναικών, μεταξύ ηλικιών και ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων. Από την άλλη πλευρά, έχουμε ένα σημαντικό αριθμό ηλικιωμένων που βρίσκεται σε προνομιακή σχετικά θέση, όχι μόνο μεταξύ των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω αλλά και μεταξύ όλων των ηλικιών¹⁷.

Ο γεροντικός πληθυσμός αφενός μεν έχει συναίσθηση του υποβιβασμού του αλλά και των δικαιωμάτων του, λόγω της μακροχρόνιας συμμετοχής του, στους επιμέρους τομείς δραστηριότητας, αφετέρου δε επηρεάζει με την ψήφο του την κοινή γνώμη για τη θέσπιση διαφόρων δυσκολιών της ζωής όπως π.χ. η κοινωνική ασφάλιση, οι συντάξεις γήρατος, τα γηροκομεία, κ.α., ενώ κάποια άλλα τείνουν στην αξιοποίηση των σημαντικών βιολογικών κεφαλαίων τα οποία βρίσκονται εναποθηκευμένα στα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, όπου αυτά αποτελούν το γεροντικό πληθυσμό.

Οι ηλικιωμένοι έχουν δικαίωμα για μια ζωή με ασφάλεια, παραδοχή και κατανόηση από τις άλλες γενιές. Αυτό αποδεικνύεται εμπράκτως και καθημερινά. Είναι χρέος η προσφορά σ' αυτή τη γενιά που έδωσε και ακόμη δίνει. Είναι αναγκαία η αγάπη μας και ο σεβασμός μας για την τρίτη ηλικία. Η γενιά αυτή έχει υποστεί τα πάνδεινα για το σήμερα και για εμάς.

¹⁶ Κ.Ν. Κανελλοπούλου, Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα 1984, σελ. 62-63

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ Ο.Τ.Α.

Η ιστορία της αυτοδιοίκησης ξεκινά από την αρχαία Ελλάδα όπου η ιδέα της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας των πόλεων δημιούργησε τις πόλεις – κράτη. Ο θεσμός, με την πάροδο των χρόνων ατόνησε. Αναπτύχθηκε όμως και πάλι την περίοδο της τουρκοκρατίας. Μετά την απελευθέρωση και με το Διάταγμα της 27-12-1833 η χώρα μας διαιρέθηκε σε δήμους. Οι αρμοδιότητες των Δήμων ορίζονταν από το άρθρο 17 το οποίο έλεγε «ανατίθεται στους δήμους η ακριβής εκτέλεση όλων των υποχρεώσεων που πηγάζουν από τον κοινωνικό σκοπό τους ή από νόμιμους ειδικούς λόγους».

Με το Σύνταγμα του 1864 (άρθρο 105) κατοχυρώθηκε και συνταγματικά αυτός ο θεσμός, ο οποίος συμπεριλαμβανόταν σε όλα τα επακολουθήσαντα Συντάγματα. Με το Ν. ΔΝΖ/1912 καθιερώθηκαν και οι κοινότητες – παράλληλα με τους Δήμους – ως Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με διαφορετικά κριτήρια αναγνώρισής των.

Στο άρθρο 102 του Συντάγματος του 1975, όχι μόνο επαναλαμβάνεται η κατοχύρωση του θεσμού της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, αλλά ορίζεται ότι:

- i) Η διοίκηση των τοπικών υποθέσεων ανήκει στους Ο.Τ.Α.
- ii) Οι Ο.Τ.Α. έχουν διοικητική αυτοτέλεια και οι αρχές τους εκλέγονται με καθολική και μυστική ψηφοφορία.
- iii) Το κράτος ασκεί στους Ο.Τ.Α. εποπτεία χωρίς όμως αυτή να εμποδίζει την πρωτοβουλία και την ελεύθερη δράση τους.
- iv) Το κράτος μεριμνά ώστε να εξασφαλίζονται οι αναγκαίοι πόροι για την εκπλήρωση της αποστολής των Ο.Τ.Α.¹⁸

Σήμερα και σύμφωνα με το άρθρο 1 του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα (Π.Δ. 410/95), οι Δήμοι και οι Κοινότητες αποτελούν την πρώτη βαθμίδα των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Με βάση το άρθρο 2, Δήμοι είναι οι πρωτεύουσες των Νομών ανεξαρτήτως πληθυσμού και οι πόλεις που έχουν περισσότερους από 10.000 κατοίκους.

¹⁸ Ε. Μάνου – Πανταζοπούλου, Διοικητικό Δίκαιο. Εκδόσεις Ελλην, Αθήνα 1993, σελ. 86-87

Με Προεδρικό Διάταγμα αναγνωρίζονται ως Δήμοι, πόλεις με πληθυσμό τουλάχιστον 2.500 κατοίκους, εφόσον έχουν χαρακτηρισθεί ως λουτροπόλεις ή ανεξαρτήτως πληθυσμού όταν το επιβάλλουν λόγοι ιστορικής σημασίας.

Ο Δήμος διοικείται από το Δημοτικό Συμβούλιο, τη Δημαρχιακή Επιτροπή και το Δήμαρχο. Ενώ, η Κοινότητα από το Κοινοτικό Συμβούλιο και τον Πρόεδρο. Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης εμπλέκονται άμεσα παραγωγικά ή υποστηρικτικά σε ένα διαρκώς διευρυνόμενο φάσμα δραστηριοτήτων που καλύπτει:

- Τα θέματα προσωπικής κατάστασης (δημοτολόγιο, ληξιαρχείο, κ.α.)
- Την κατασκευή και συντήρηση υποδομών τοπικής σημασίας αλλά άμεσης και καθημερινής πρόσβασης για τον πολίτη (δρόμοι, πλατείες, γέφυρες, χώροι αναψυχής, ηλεκτροφωτισμός δημοσίων χώρων, κ.λ.π.)
- Την καθαριότητα των δημοσίων χώρων αλλά και των νοικοκυριών (αποκομιδή και διαχείριση απορριμμάτων, οδοκαθαρισμός)
- Την οικονομική και επαγγελματική δραστηριότητα (αδειοδότηση, έλεγχος και είσπραξη τελών από κατάληψη πεζοδρομίου, διαφημιστικές πινακίδες και αφίσες, ύδρευση, ηλεκτροφωτισμός, κ.α.)
- Την οικοδομική δραστηριότητα (πολεοδομικές αρμοδιότητες)
- Την εκπαίδευση (ίδρυση, κατασκευή και συντήρηση σχολικών κτιρίων)
- Την συγκοινωνία, την κυκλοφορία και τη στάθμευση (δημοτικές συγκοινωνίες, κυκλοφοριακές ρυθμίσεις, μονοδρομήσεις, πεζοδρομήσεις, ονομασία οδών και πλατειών, κατασκευή χώρων στάθμευσης, τέλη στάθμευσης, παρκόμετρα)
- Το φυσικό περιβάλλον (πάρκα, έργα πρασίνου, δενδροστοιχίες)
- Τον αθλητισμό και την νεολαία (αθλητικά κέντρα, κέντρα νεότητας, παιδικές χαρές)
- Τον πολιτισμό (δημοτικά θέατρα και κινηματογράφοι, πνευματικά και πολιτιστικά κέντρα όπως μουσεία, βιβλιοθήκες, φιλαρμονικές. Επίσης δημοτικά ωδεία, φεστιβάλ, κ.α.)

- Τις κοινωνικές υπηρεσίες (ίδρυση και λειτουργία παιδικών – βρεφικών – βρεφονηπιακών σταθμών, νηπιαγωγείων, Κ.Α.Π.Η., δημοτικά ιατρεία, κ.λ.π.)
- Την ύδρευση και την αποχέτευση (κατασκευή, συντήρηση και λειτουργία συστημάτων ύδρευσης – αποχέτευσης – άρδευσης, κ.α.)

Επίσης η λειτουργία των λαϊκών αγορών και των εμποροπανηγύρεων, η έκδοση κανονιστικών αποφάσεων και η σύναψη προγραμματικών συμβάσεων.

Βασική προϋπόθεση είναι ότι με την αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων προς την Τ.Α. θα πρέπει παράλληλα να υπάρχει και διασφάλιση οικονομικών πόρων για την ολοκληρωμένη υλοποίησή τους.

Όπως προαναφέρθηκε οι Ο.Τ.Α. απολαύουν διοικητικής αυτοτέλειας προκειμένου να χαράξουν πολιτική, μέσω των αιρετών τους οργάνων και να ασκήσουν τις αρμοδιότητές τους. Χωρίς τη συνταγματική διασφάλιση της αυτοτέλειας θα ήταν αδύνατη η εκπλήρωση της αποστολής των Ο.Τ.Α. Το κράτος ασκεί έλεγχο και εποπτεία στους Ο.Τ.Α., χωρίς όμως να παρεμποδίζει την πρωτοβουλία και την ελεύθερη δράση τους.

Οι Ο.Τ.Α. εκτός από κοινωνικοί φορείς είναι και οικονομικές μονάδες. Η χρηματοδότηση των δραστηριοτήτων των Ο.Τ.Α. μπορεί να γίνει: α) είτε με ίδιους πόρους, β) είτε με τη μεταφορά πόρων από την κεντρική διοίκηση προς αυτούς. Στην πρώτη περίπτωση μιλάμε για οικονομική αυτοδυναμία των Ο.Τ.Α., ενώ στη δεύτερη περίπτωση για οικονομική εξάρτηση από το κέντρο. Μια άλλη διάκριση των πόρων είναι σε ίδιους και σε ξένου πόρους (έσοδα από δανεισμό και από κρατική επιχορήγηση).

Λέγοντας έσοδα εννοούμε όλες τις εισπράξεις που πραγματοποιούν οι Ο.Τ.Α., ενώ έξοδα κάθε πληρωμή που γίνεται από τους Ο.Τ.Α. στα πλαίσια των λειτουργιών τους. Τα ΕΣΟΔΑ διακρίνονται σε Τακτικά και Έκτακτα.

Η Τ.Α. αντιμετώπιζε ένα σημαντικό πρόβλημα. Τον μεγάλο αριθμό των κοινοτήτων, οι περισσότερες δε, είχαν λίγους κατοίκους. Μέχρι και το 1997 οι κοινότητες ανέρχονταν σε 5.318 με πληθυσμό από 0 έως 6.000 κατοίκους. Οι Δήμοι αριθμούσαν 457 με πληθυσμό από 172.000 έως 772.072 κατοίκους. Η πολυδιάσπαση της πρωτοβάθμιας Τ.Α. αναγνωρίζονταν από όλους ως ένα κρίσιμο δομικό πρόβλημα του τοπικού, πολιτικού και διοικητικού μας συστήματος. Οι Κοινότητες δεν ήταν σε θέση να εκπληρώνουν την αποστολή τους, ούτε επίσης την ικανότητα να αναλάβουν δυναμικό ρόλο στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της τοπικής ανάπτυξης.

Ο Νόμος 2539/1997, Συγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Τοπικής Αυτοδιοίκησης, δίνει τη λύση στο παραπάνω πρόβλημα. Οι συνενώσεις Δήμων και Κοινοτήτων είναι αναγκαστικές. Κάποιες Κοινότητες συνεχίζουν να υπάρχουν. Είτε λόγω της ιστορικής τους σημασίας, ή επειδή είναι χειμάζουσες κοινότητες, είτε γιατί βρίσκονται σε παραμεθόριες περιοχές¹⁹.

Οι συνενώσεις δημιουργούν συνθήκες αυξημένης αποκέντρωσης της δημόσιας δράσης και διαμορφώνουν ευνοϊκές προοπτικές για την ολοκληρωμένη μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της πρωτοβάθμιας Τ.Α.

Επίσης θα συμβάλλουν στον εκσυγχρονισμό του διοικητικού, τοπικού και πολιτικού μας συστήματος και θα ενισχυθεί ο ρόλος της πρωτοβάθμιας Τ.Α.

¹⁶ Βλέπε πίνακα 6, σελ. 51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ

Σαν Κοινωνική Πρόνοια ορίζεται η μέθοδος της κρατικής πολιτικής για την προστασία των πολιτών και κυρίως των φτωχών και εξαθλιωμένων κοινωνικών τάξεων. Επίσης, τα προληπτικά μέτρα που παίρνει το κράτος για να προλάβει τη φτώχεια και τις προϋποθέσεις που θα οδηγήσουν τα άτομα στην εξαθλίωση και τη δυστυχία ²⁰. Ενώ κατά την άποψη του Τσαούση, Κοινωνική Πρόνοια είναι: η εκ μέρους του κράτους ή άλλων δημοσίων ή εποπτευομένων από το κράτος ιδιωτικών οργανισμών ή υπηρεσιών προσφορά παροχών σε χρήμα (π.χ. επιδόματα) ή σε είδος (π.χ. τρόφιμα, φάρμακα) ή υπηρεσιών σε μεμονωμένα άτομα (π.χ. γέροντες, ανάπηροι) ή κατηγορίες ατόμων (πρόσφυγες) που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν με δικά τους μέσα τις βασικές βιοτικές τους ανάγκες και δεν καλύπτονται από κάποιον ασφαλιστικό οργανισμό ²¹.

Η άσκηση της Κοινωνικής Πρόνοιας γίνεται μέσω τριών φορέων:

- α) **Φορείς με Εθνική δράση:** στην Ελλάδα ο κύριος φορέας Κοινωνικής Πρόνοιας είναι το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με τις κεντρικές και περιφερειακές του υπηρεσίες. Οι Διευθύνσεις ή τα Τμήματα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που λειτουργούν στις Νομαρχίες όλης της χώρας, είναι υπεύθυνα για την εφαρμογή των προγραμμάτων του Υπουργείου. Επίσης, ελέγχουν και εποπτεύουν ιδρύματα κρατικής και ιδιωτικής πρωτοβουλίας.

Διάφοροι οργανισμοί Κοινωνικής Πρόνοιας όπως Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π.²², έχουν δραστηριότητα σε εθνικό επίπεδο και παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες σε όλη την επικράτεια καθώς επίσης και τα Υπουργεία Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εργασίας και Δικαιοσύνης. Το Υπουργείο Γεωργίας παρέχει υπηρεσίες για το γεωργικό πληθυσμό.

Ο Ερυθρός Σταυρός, η Χ.Α.Ν., η Χ.Ε.Ν. (βλέπε συντομογραφίες, σελ. 1) κ.α. είναι οργανισμοί ιδιωτικού χαρακτήρα και λειτουργούν σε εθνική κλίμακα.

²⁰ Εγκυκλοπαίδεια «Υδρόγειος», Εκδόσεις Δομική

²¹ Δ.Γ. Τσαούσης, Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας, Κοινωνιολογική & Ανθρωπολογική Βιβλιοθήκη GUTEMBERG, Αθήνα 1989, σελ. 147

²² Βλέπε συντομογραφίες, σελ. 1

- β) **Φορείς με περιφερειακή δράση:** κάποιοι οργανισμοί ιδιωτικής και κρατικής πρωτοβουλίας παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες που εξυπηρετούν το κοινό μιας ευρείας περιφέρειας όπως είναι τα ιδρύματα για την προστασία ορισμένων αναπήρων.
- γ) **Φορείς σε τοπικό επίπεδο:** υπάρχουν ορισμένοι οργανισμοί και ιδρύματα που έχουν μόνο τοπική δράση και εξυπηρετούν το άμεσό τους περιβάλλον. Κοινωνικές υπηρεσίες με τοπική δράση είναι τα προγράμματα και τα ιδρύματα των Δήμων και Κοινοτήτων, τα τοπικά σωματεία και τα προγράμματα ιδιωτικής πρωτοβουλίας που δημιουργούνται για την αντιμετώπιση τοπικών αναγκών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΜΟΡΦΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

3.1. Γηροκομεία

Η περίθαλψη των ηλικιωμένων εμφανίζεται με τριπλή μορφή: την Κλειστή στην οποία εντάσσονται τα Γηροκομεία και την Ανοικτή που παρέχεται από τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Ενώ υπάρχουν και ενδιάμεσες μορφές όπως π.χ. οι Οίκοι Ευγηρίας, οι Στέγες Υπερηλίκων, τα Σπίτια Γαλήνης, κ.α

Ο θεσμός των γηροκομείων εμφανίζεται πρώτον στην εποχή του Βυζαντίου, κατά την οποία αναφέρονται ως γεροντοκομεία, γηροτροφεία ή και πτωχοκομεία. Διοικούνται από γηροκόμους οι οποίοι ήταν αξιωματούχοι της πολιτείας. Σήμερα τα γηροκομεία είναι ιδρύματα κλειστής περίθαλψης τα οποία προσφέρουν στέγη, τροφή και ιατρική περίθαλψη σε ηλικιωμένα άτομα χαμηλής συνήθως οικονομικής κατάστασης.

Στα Κέντρα αυτά εισέρχονται ηλικιωμένοι που έχουν άμεση ανάγκη βοήθειας ή εκείνοι που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να συγκατοικήσουν με τα άτομα του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων που καταλήγει στα γηροκομεία δεν έχουν πραγματική ανάγκη ιδρυματικής προστασίας, γιατί είναι άνθρωποι πνευματικά και σωματικά ικανοί. Τα άτομα αυτά ζητούν την εισαγωγή τους γιατί δεν έχουν πόρους ζωής.

Τα γηροκομεία παρέχουν δωρεάν περίθαλψη στα οικονομικά αδύναμα άτομα. Για να εισαχθεί ένα ηλικιωμένο άτομο σε γηροκομείο πρέπει να είναι αυτοεξυπηρετούμενο και να έχει συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας του.

Σύμφωνα με τις εκθέσεις για το Πρόγραμμα Κοινωνικής Πρόνοιας 1983-87 ²³ το 30% του συνόλου των ηλικιωμένων που μένουν σε ιδρύματα είναι κατάκοιτοι, ενώ σε αρκετά ιδρύματα το ποσοστό αυτό ξεπερνά το 50%. Με την πάροδο του χρόνου πολλά ηλικιωμένα άτομα δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Αυτό οφείλεται: πρώτον στη γήρανση των ηλικιωμένων και δεύτερον τα περισσότερα γηροκομεία δεν έχουν τα κατάλληλα μέσα όπως, π.χ. χώροι για φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, διασκέδαση, κ.α. Επίσης, ούτε το κατάλληλο

²¹ Εκθέσεις για το Πρόγραμμα 1983-87, Κοινωνική Πρόνοια, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα 1985, σελ. 50-51

εκπαιδευτικό προσωπικό. Υπάρχει έλλειψη σε κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές, κ.α. Διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό δεν έχουν καμία ειδικευση και ούτε υπόκεινται σε καμία προετοιμασία για τη δύσκολη δουλειά που πρόκειται να κάνουν. Οι συνθήκες εργασίας και οι μισθοί είναι τόσο χαμηλοί ώστε να μην αποτελούν κίνητρα για την προσέλκυση προσωπικού υψηλού επιπέδου.

Σχετικά με τις κτιριακές εγκαταστάσεις διαπιστώνονται βασικές ελλείψεις, πολλές από αυτές δεν επιδέχονται επιδιορθώσεις και βελτιώσεις. Όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ιδρύματα, αυτή είναι χαμηλή.

Η επίβλεψη των ιδρυμάτων είναι ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, το οποίο αδυνατεί να επιβάλλει τις προδιαγραφές που απαιτούνται από το νόμο ή να απαγορεύσει τη λειτουργία των ιδρυμάτων χαμηλής στάθμης. Αυτό οφείλεται στο περιορισμένο δικαίωμα του κράτους να παρέμβει στη λειτουργία των εθελοντικών οργανώσεων και στην έλλειψη κρατικών ιδρυμάτων που θα αναλάβουν τη φροντίδα των ηλικιωμένων.

Παρά τα προβλήματα που επιλύουν τέτοιου είδους ιδρύματα, έχουν και ένα μειονέκτημα, το μεγάλο ψυχικό κόστος των ηλικιωμένων. Για να μπορέσει ο άνθρωπος να παραμείνει «ζωντανός» πρέπει να ζει στο οικείο του κοινωνικό περιβάλλον. Για να μπορέσει να δείξει τις ικανότητές του πρέπει να κινείται ελεύθερα χωρίς περιορισμούς και ωράρια. Στα ιδρύματα όμως μειώνεται η ζωτικότητα των ηλικιωμένων. Ο ιδρυματισμός δεν είναι ότι καλύτερο για τους ηλικιωμένους και θα πρέπει να αποτελεί την έσχατη λύση για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων.

Οι Οίκοι Ευγηρίας αποτελούν ιδιωτικές επιχειρήσεις. Η σύσταση και η λειτουργία τους διέπονται από τα Ν.Δ. 118/72 και 770/72. Οι περισσότερες από τις επιχειρήσεις αυτές λειτουργούν στην πρωτεύουσα και εποπτεύονται από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων.

Οι Γεροντικές Στέγες είναι μια ενδιαμέση μορφή κοινωνικής προστασίας μεταξύ της Κλειστής και Ανοικτής περίθαλψης. Υπάρχουν και Γεροντικές Στέγες ιδιωτικής πρωτοβουλίας όπως της Χ.Ε.Ν. στην Ηλιούπολη, της Αρμενικής Καθολικής Εξαρχίας στην Αθήνα και των Αρμενίων Νάνσεν στη Θεσσαλονίκη.

Τα Σπίτια Γαλήνης έχουν ιδρυθεί από την Αρχιεπισκοπή Αθηνών και προσφέρουν ημιιδρυματική περίθαλψη²⁴.

²⁴ Εγκυκλοπαίδεια «Πάπυρος» Λαρούς Μπριτάνικα

3.2. Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Πολλοί Δήμοι προσφέρουν υπηρεσίες προνοιακού χαρακτήρα μέσω των Κ.Α.Π.Η. και των Κέντρων Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας. Τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν Κέντρα κοινωνικής συναναστροφής και προστασίας των ηλικιωμένων. Προσφέρουν όμως και υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής. Καθιερώθηκαν την τελευταία δεκαετία και αποτελούν σήμερα έναν πετυχημένο θεσμό στο χώρο της προστασίας των ηλικιωμένων. Επιδίωξη των Κ.Α.Π.Η. είναι τα ηλικιωμένα άτομα να παραμείνουν όσο το δυνατόν περισσότερο στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον και να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική και πολιτιστική ζωή του τόπου. Για την επίτευξη αυτού του στόχου τα Κ.Α.Π.Η. θα παρέχουν βοήθεια στο σπίτι, φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, κοινωνική εργασία, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, κ.α. Για την εισαγωγή των ατόμων (άνδρες ή γυναίκες) στα Κ.Α.Π.Η. απαιτείται: να έχουν ηλικία 60 ετών και άνω και να είναι κάτοικοι του Δήμου στον οποίο λειτουργεί Κ.Α.Π.Η.

Εκτενέστερη αναφορά για τα Κ.Α.Π.Η. θα γίνει στο επόμενο κεφάλαιο. Τα Δε, Κέντρα Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας παρέχουν προνοιακού χαρακτήρα υπηρεσίες σε άτομα με ειδικές ανάγκες, σε χρονίως πάσχοντες, κ.α.

3.3. Παροχή Πρώτων Κοινωνικών Βοηθειών

Στην κατηγορία αυτή εντάσσεται το πρόγραμμα «**ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**». Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με σαφή αντίληψη των σύγχρονων δομών της οικογένειας και της κοινωνίας και προκειμένου να εξασφαλίσει οργανωμένη και αποτελεσματική φροντίδα στους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας προχώρησε στην εφαρμογή του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι. Πρόκειται για ένα καινούργιο πρόγραμμα με πλήρες σύστημα κοινωνικής φροντίδας, όπου και εφαρμόζεται πανελλαδικά σε συνεργασία με τα Κ.Α.Π.Η. και τους Δήμους με μεγάλη και ουσιαστική επιτυχία.

Σκοπός του προγράμματος είναι η παροχή φροντίδας από ειδικούς επιστήμονες, στελέχη και εθελοντές, σε ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους, σε ηλικιωμένους με αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης και σε ηλικιωμένα άτομα χωρίς επαρκείς οικονομικούς πόρους. Το πρόγραμμα αυτό προσφέρει:

- Ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στα σπίτια
- Νοσηλευτικές υπηρεσίες και φυσικοθεραπεία
- Κοινωνική εργασία με άτομα, ομάδες και κοινότητα
- Κοινωνική εργασία με την οικογένεια
- Πρακτικές εξυπηρέτησης όπως: εξόφληση λογαριασμών, ψώνια, συνοδεία σε διάφορες υπηρεσίες, επισκέψεις στα σπίτια κ.α.
- Κατ' οίκον καθαριότητα

Ως γενικός σκοπός του προγράμματος είναι η παραμονή των ηλικιωμένων στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας των ηλικιωμένων, η ελαχιστοποίηση χρήσης ιδρυματικής φροντίδας, καθώς η βελτίωση και εξασφάλιση της ποιότητας της ζωής τους.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στο Δήμο Περιστερίου. Τώρα εφαρμόζεται στο Δήμο Κερατσινίου και τις περιοχές των Αθηνών, Κυψέλη, Πατήσια, Εξάρχεια, σε συνεργασία με τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, τις Μητροπόλεις και τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων. Πρόσφατα επεκτάθηκε στους Δήμους: Υμηττού, Αργυρούπολης, Δράμας, Βέροιας, Τρικάλων, Δελβινακίου και Καλαμαριάς, στις Μητροπόλεις Σπάρτης και Κισσάμου και στο Θεραπευτήριο Χανίων καθώς επίσης και στο Γ' Θεραπευτήριο Αθηνών. (αφορούν το έτος 1998)

Οι παθήσεις που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα είναι: ζαχαροδιαβήτης, πάρκινσον, σκλήρυνση κατά πλάκας, βαριές αρθροπάθειες, εγκεφαλικά επεισόδια, βαριές αναπνευστικές ανεπάρκειες, όγκοι (σε αποθεραπεία ή τελική φάση), μαιευτικές παραλύσεις, μειωμένη όραση, ακρωτηριασμοί, ψυχικές παθήσεις και προβλήματα συμπεριφοράς. Έτσι προλαμβάνονται οι εισαγωγές στα νοσοκομεία και περιορίζονται οι μέρες νοσηλείας σ' αυτά.

Για την ένταξη και την επιλογή των Κ.Α.Π.Η. στο πρόγραμμα, υπάρχουν κάποια κριτήρια. Τα κριτήρια αυτά είναι:

1. Η ύπαρξη Δημοτικής Επιχείρησης στο Δήμο, έτσι ώστε να είναι δυνατή η πρόσληψη 3 στελεχών που θα είναι:

- α) Εκπαιδευόμενη οικογενειακή βοηθός, με πιστοποίηση από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό ή από τον Ε.Ο.Π. (Ελληνικός Οργανισμός Πρόνοιας) ή από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού ή από τον Δήμο ή από άλλον φορέα,
- β) Κοινωνικός λειτουργός
- γ) Νοσηλεύτης – τρία τριετούς φοίτησης

2. Η γεωγραφική κατανομή των Δήμων, έτσι ώστε να καλυφθούν όλες οι Διοικητικές Περιφέρειες.
3. Τα Κ.Α.Π.Η. που θα επιλεγούν θα πρέπει να βρίσκονται εν ενεργεία με την απασχόληση τουλάχιστον ενός (1) Κοινωνικού λειτουργού. Η αρτιότητα της στελέχωσης αποτελεί κριτήριο επιλογής.

Τα Κ.Α.Π.Η. που θα επιλεγούν θα πρέπει να αποδεχθούν τη χρηματοδοτική διαδικασία του προγράμματος, η οποία θα αποτελέσει αντικείμενο της Προγραμματικής Σύμβασης που θα υπογραφεί μεταξύ του Υπουργείου Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, του Υπουργείου Υγείας – Πρόνοιας, της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. (Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος), του Δημάρχου, του Προέδρου του Κ.Α.Π.Η., εκπροσώπου της Δημοτικής Επιχείρησης που θα ενταχθεί στο Πρόγραμμα.

Η διάρκεια του προγράμματος είναι πενταετής. Το ποσό χρηματοδότησης είναι 12.000.000 δρχ. σε κάθε Κ.Α.Π.Η. ανά έτος. Για τα πρώτα 3 χρόνια του προγράμματος το ποσό καλύπτεται αποκλειστικά από το αντίστοιχο Υπουργείο (Εσωτερικών ή Υγείας). Για τα επόμενα 7 έτη το ποσό καλύπτεται εξ' ημισείας από το Υπουργείο και το Δήμο.

Προϋπόθεση για την ένταξη στο πρόγραμμα είναι η αποδοχή εκ μέρους του αντίστοιχου Κ.Α.Π.Η. ή Δήμου της υποχρέωσης για σύσταση σώματος εθελοντών για τη βοήθεια στην τρίτη ηλικία, ώστε το πρόγραμμα να αποκτήσει ολοκληρωμένη μορφή.

Όπως προαναφέρθηκε το πρόγραμμα στελεχώνεται από: α) Κοινωνικό λειτουργό, β) Νοσηλεύτη-τρια και γ) Οικογενειακή βοηθό. Τα καθήκοντά τους αντίστοιχα είναι: ο/η Κοινωνικός/ή Λειτουργός συνεργάζεται με τα μέλη με σκοπό να συμβάλλει στην αντιμετώπιση τυχόν ψυχολογικών, ατομικών ή οικογενειακών προβλημάτων σεβόμενος/η την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του μέλους. Επίσης, έχει την ευθύνη της επικοινωνίας με τους τοπικούς παράγοντες της περιοχής που λειτουργεί το Κέντρο με σκοπό τη διαφώτιση και τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Ο/η Νοσηλεύτης/τρια

επισκέπτεται τα μέλη στο σπίτι τους και παρέχει νοσηλευτικές φροντίδες και οδηγίες. Επισημαίνει τις περιπτώσεις των μελών που χρειάζονται οδηγίες και παρέχει πληροφορίες σχετικά με θέματα ατομικής και δημόσιας υγείας. Γενικά επιλαμβάνεται με κάθε θέμα υγείας που αφορά τα μέλη και τις οικογένειές τους. Έργο της Οικογενειακής βοηθού είναι να προσφέρει τις υπηρεσίες της στα σπίτια των μελών, για τις περιπτώσεις που ζουν μόνοι τους και έχουν ιδιαίτερες ανάγκες βοήθειας. Η βοήθεια συνίσταται στην παροχή υπηρεσιών μέσα στο σπίτι όπως είναι: μαγείρεμα, καθαριότητα, ψώνια, κ.α.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Κ.Α.Π.Η.

1.1. Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η.

Η δημιουργία νέων θεσμών για την προστασία των ηλικιωμένων ήταν αναγκαία, γιατί οι σύγχρονες ανάγκες των ηλικιωμένων γίνονταν ολοένα και επιτακτικότερες. Έτσι, στα τέλη της δεκαετίας του '70 έχουμε την κοινωνική πολιτική για τους ηλικιωμένους. Εκείνη την εποχή όμως υπήρχε άγνοια όρων, όπως π.χ. Ανοικτή Προστασία Ηλικιωμένων.

Το Υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και συγκεκριμένα η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων γνωρίζοντας τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας όπως μοναξιά, ανησυχία για την υγεία κ.α. συνεργάστηκε με διάφορες οργανώσεις, όπως ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, ο Ελληνικός Οργανισμός Πρόνοιας, κ.α. για τη δημιουργία προγραμμάτων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων.

Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών γίνονταν από το Υπουργείο Υγείας, ενώ την ευθύνη της λειτουργίας των, την είχαν οι παραπάνω οργανώσεις. Το 1981 και ύστερα από πρόταση του Υπουργείου Υγείας, τα Κ.Α.Π.Η. υπάγονται στην Τ.Α.. Επειδή, η φροντίδα της τρίτης ηλικίας μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από την προσπάθεια της Τ.Α. Και εφόσον τα Κέντρα που δημιουργούνται θα λειτουργούν σωστά και υπεύθυνα. Στα Κ.Α.Π.Η. γίνεται προσπάθεια να απαλλαγούν τα άτομα από το στρες, το άγχος, τις αρρώστιες, τη μοναξιά, την απομόνωση, κ.λ.π.

1.2. Τι είναι τα Κ.Α.Π.Η.

Τα Κ.Α.Π.Η. είναι κρατικά προγράμματα τα οποία εντάσσονται στο θεσμό «Προστασία στο Σπίτι». Είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου. Τα Κ.Α.Π.Η. έχουν σαν σκοπό την παροχή ιατροκοινωνικής προστασίας στα ηλικιωμένα άτομα. Την εποπτεία τους, την έχει το Υπουργείο Υγείας, ενώ οι αρμοδιότητες και η λειτουργία τους ανήκει στους Δήμους. (άρθρο 68 Ν. 1416/84)

Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. αποσκοπεί στην προστασία των ηλικιωμένων είτε ψυχαγωγικά, είτε ιατρικά. Ο όρος «Ανοικτή Προστασία» σημαίνει την προστασία

που παρέχεται με τη μορφή οργανωμένων προγραμμάτων προς τους ηλικιωμένους, με το πλεονέκτημα να παραμείνουν αυτοί, στο οικείο τους περιβάλλον. Από τα παραπάνω προκύπτουν τα εξής χαρακτηριστικά στοιχεία των Κ.Α.Π.Η.:

- α) την παραμονή των ηλικιωμένων στο σπίτι τους και**
- β) ο περιορισμός του ιδρυματισμού (γηροκομεία)**

Τα πρώτα Κ.Α.Π.Η. δημιουργήθηκαν από το Κράτος το 1979 στην περιοχή της πρωτεύουσας και λειτούργησαν σε πειραματική βάση. Έως και το 1981 λειτούργησαν άλλα 8 προγράμματα με την ενίσχυση εθελοντικών οργανισμών (Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, κ.α.). Το 1997 στην περιοχή της πρωτεύουσας τα Κ.Α.Π.Η. αριθμούσαν τα 87 και στην υπόλοιπη Ελλάδα περίπου 150.

Στη χώρα μας τα Κ.Α.Π.Η. λειτουργούν με κύρια ενασχόλησή τους: τα προβλήματα και τις ιδιαιτερότητες της τρίτης ηλικίας και γενικότερα τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Στα Κ.Α.Π.Η. συναντιόνται οι ηλικιωμένοι, συζητούν, ψυχαγωγούνται, εκφράζουν τα προβλήματά τους και τα συναισθήματά τους. Έτσι, δημιουργείται μεταξύ τους ένας ισχυρός δεσμός, μια οικογένεια ηλικιωμένων ανθρώπων, διαφορετικού κοινωνικού, μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου αλλά με στερεά θεμέλια της συνύπαρξής τους.
(βλέπε παράρτημα σελ. 52 κτίριο Κ.Α.Π.Η.)

1.3. Ίδρυση και διάλυση των Κ.Α.Π.Η.

Για την ίδρυση των Κ.Α.Π.Η. απαιτείται απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου και κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών και Υγείας. Διαλύονται με τον ίδιο τρόπο που έχουν συσταθεί. Η περιουσία τους περιέχεται στο Δήμο που το ίδρυσε και διατίθεται κατά τον τρόπο που θα ορίσει το Δημοτικό Συμβούλιο και σύμφωνα με τις διατάξεις των Δημοτικών και Κοινοτικών Προσώπων του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα που ισχύουν κάθε φορά.

1.4. Σκοποί – Υπηρεσίες και Στόχοι των Κ.Α.Π.Η.

Πρωταρχικός σκοπός των Κ.Α.Π.Η. είναι:

- α) Να βοηθήσουν τα μέλη τους να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά άτομα του κοινωνικού συνόλου. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την πρόληψη**

των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων.

- β) Συνεργασία του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων για την ανάλυση των προβλημάτων και των αναγκών των ηλικιωμένων.
- γ) Η έρευνα για θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους²⁵

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

- α) Οργανωμένη ψυχαγωγία (εκδρομές), επιμόρφωση (διαλέξεις, εργασία με ομάδες, μελέτη θεμάτων).
- β) Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη
- γ) Κοινωνική εργασία που προσφέρεται όχι μόνο στους ίδιους, αλλά και στο άμεσο περιβάλλον τους.
- δ) Φυσιοθεραπεία
- σ) Εργοθεραπεία
- στ) Βοήθεια στο σπίτι για όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν
- ζ) συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις
- η) Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα που προσφέρει ρόφημα, αναψυκτικά, καφέ και όπου εκεί βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη²⁶

Με τους σκοπούς διαγράφονται παράλληλα και οι στόχοι, οι οποίοι αφορούν: την κοινωνικοποίηση, την προληπτική ιατρική, την ενεργοποίηση και την ευαισθητοποίηση της γειτονιάς.

Κοινωνικοποίηση: Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Α.Π.Η. και οι ειδικά διαμορφωμένοι χώροι και αίθουσες συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των μελών τους. Το γεγονός ότι Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου είναι ο Δήμαρχος και το ότι οι ηλικιωμένοι εκπροσωπούνται από τον αιρετό τους εκπρόσωπο δημιουργούν ισχυρά κίνητρα συμμετοχής που τους οδηγούν στην κοινωνικοποίηση. Η προέλευση των ηλικιωμένων δεν είναι μόνο από τις χαμηλές εισοδηματικές τάξεις, αλλά από κάθε είδους τάξεις εισοδηματικές και κοινωνικές.

²⁵ Α.Ι. Ριτσάκη, Α.Κ. Κώτση, Χρ. Αθ. Αυγουστή, Κ.Α.Π.Η. Μελισσίων, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα 1992, σελ. 26

²⁶ Α.Ι. Ριτσάκη, Α.Κ. Κώτση, Χρ. Αθ. Αυγουστή, Κ.Α.Π.Η. Μελισσίων, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα 1992, σελ. 26

Τα Κ.Α.Π.Η. επιδιώκουν την κοινή αντιμετώπιση διαφόρων προβλημάτων που στόχο έχουν την αντιμετώπιση της μοναξιάς των ηλικιωμένων. Οι εκδρομές που πραγματοποιούνται και οι διάφορες επισκέψεις συντελούν επίσης στην κοινωνικοποίηση.

Προληπτική Ιατρική: Τα Κ.Α.Π.Η. εφαρμόζουν προληπτική ιατρική που διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: α) την πρωτογενή (με ιατρικές συμβουλές, εμβολιασμοί, αποφυγή ατυχημάτων, κ.λ.π.) και β) τη δευτερογενή που σκοπό έχει την έγκαιρη διάγνωση ώστε να αποφευχθούν πολλές φορές οι μακροχρόνιες θεραπείες. Στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής πραγματοποιούνται εξετάσεις όπως: αίματος, μαστογραφία, κυτταρολογικές εξετάσεις, καρδιολογικές, ακτινογραφίες θώρακος, κ.α.

Ενεργοποίηση: Οι ηλικιωμένοι αφού αποκτήσουν κοινωνικότητα και βεβαιωθούν ότι η υγεία τους είναι καλή φτάνουν στο στάδιο της ενεργοποίησης. Η κοινωνική λειτουργός εντοπίζει τις ικανότητες και τα ταλέντα των ηλικιωμένων. Έτσι, οι ηλικιωμένοι φτιάχνουν χειροτεχνίες, μαθαίνουν μαθήματα ζωγραφικής, χορού, μουσικής, κ.α. Επίσης συνεργάζονται με διάφορους τοπικούς συλλόγους όπως, πολιτιστικούς, μορφωτικούς και με συλλόγους συνταξιούχων. Τέλος υπάρχει και η συνεργασία όλων των Κ.Α.Π.Η. μεταξύ τους.

Ενυαισθητοποίηση της γειτονιάς: Τα Κ.Α.Π.Η. ολοκληρώνουν την επιτυχία τους, όταν τα άτομα της γειτονιάς προσφέρουν την βοήθειά τους στα Κ.Α.Π.Η., στα σπίτια των ηλικιωμένων και σε διάφορες δραστηριότητες. Τα άτομα αυτά μπορεί να είναι από κάθε ηλικία ²⁷.

1.5. Μέλη των Κ.Α.Π.Η.

Μέλη των Κ.Α.Π.Η. θεωρούνται: άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, άνδρες και γυναίκες και κατοικούν στην περιοχή που λειτουργεί το Κέντρο, χωρίς διάκριση οικονομικών δυνατοτήτων. Ο αριθμός των μελών κάθε Κέντρου δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από 300 μέλη και μικρότερος από 50. Εκτός του

²⁷ Άννα Αμηνά, Έφη Γεωργιάδη, Αφροδίτη Τεπέρογλου.
Ο θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα.
Έρευνα για τα Κ.Α.Π.Η., Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1986, σελ 16-18

αριθμητικού ορίου και εφόσον δεν έχει συμπληρωθεί ο αριθμός αυτός εγγράφονται άτομα νεώτερης ηλικίας. Τα μέλη πληρώνουν για την εγγραφή τους μια συνδρομή, η οποία είναι ανάλογη με τις οικονομικές τους δυνατότητες. Επίσης πληρώνουν ένα συμβολικό ποσό για τη συμμετοχή τους στις διάφορες εκδηλώσεις, στα προγράμματα, στις εκδρομές και άλλα που οργανώνει το Κέντρο.

Το 1985 πραγματοποιήθηκε μια έρευνα σε 92 Κ.Α.Π.Η. της Ελλάδας και απάντησαν 150 μέλη από κάθε Κ.Α.Π.Η. Με βάση την έρευνα αυτή διαπιστώθηκε ότι: μέλη των Κ.Α.Π.Η. είναι περισσότερο άνδρες από ότι γυναίκες. Οι έγγαμοι άνδρες ανέρχονται στο ποσοστό 76% του συνόλου και οι χήροι το 17%. Στις γυναίκες έχουμε 43% και 49% αντίστοιχα. Το 60% των ανδρών και των γυναικών απάντησαν ότι η οικονομική τους κατάσταση είναι μέτρια, το 23% ότι είναι καλή, το 16% των γυναικών και το 13% των ανδρών ότι βρίσκονται σε κακή οικονομική κατάσταση. Απολυτήριο δημοτικού έχει το 32% των ανδρών και για τις γυναίκες το 23%, ενώ το 39% δηλώνει ότι παρακολούθησε μερικές τάξεις του δημοτικού. Τα ποσοστά των ανδρών που έχουν παιδιά είναι 58%, ενώ των γυναικών είναι 81%. Το 25% συγκατοικούν με τα παιδιά τους. Ένα άλλο 25% ζουν μόνοι τους.

Όσον αφορά την υγεία, οι άνδρες σε ποσοστό 17% και οι γυναίκες το 11% απάντησαν πως δεν έχουν κανένα πρόβλημα υγείας. Το 10,5% των ανδρών και το 6,5% των γυναικών είναι ανάπηροι. Σε ιδιόκτητο σπίτι ζουν το 75% των ανδρών και το 69% των γυναικών. Σχετικά με τον ελεύθερο χρόνο, οι γυναίκες τον αφιερώνουν σε δουλειές του σπιτιού και στην οικογένεια. Οι άνδρες τον ελεύθερο χρόνο τους τον περνούν εκτός σπιτιού. Υψηλά ποσοστά τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες κατέχει επίσης και η τηλεόραση²⁸.

1.6. Προσωπικό των Κ.Α.Π.Η. – Αρμοδιότητες

Το κάθε Κ.Α.Π.Η. στελεχώνεται από το ακόλουθο προσωπικό:

1. Κοινωνική Λειτουργός και σε περίπτωση που το Κ.Α.Π.Η. λειτουργεί και τις απογευματινές ώρες προσλαμβάνεται και δεύτερη Κοινωνική Λειτουργός.
(Βλέπε παράρτημα σελ. 54)

²⁸ Αφροδίτη Τεπέρογλου,
Αξιολόγηση της Προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων.
Έρευνα στα μέλη των Κ.Α.Π.Η., Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1990, σελ. 155-171

2. Φυσιοθεραπευτής.
3. Εργοθεραπευτής
4. Ιατρός Φυσικής Ιατρικής και Αποκαταστάσεως ή Γηρίατρος και ελλείπει αυτών Παθολόγος ή άλλη ειδικότητα.
5. Αδελφή Επισκέπτρια ή αδελφή Νοσοκόμα
6. Οικογενειακή βοήθος.

Ενώ καθήκοντά τους αντίστοιχα είναι:

Της Κοινωνικής Υπηρεσίας προίσταται η Κοινωνική Λειτουργός του Κέντρου και έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

- α) Συνεργάζεται με τα μέλη με σκοπό να συμβάλλει στην αντιμετώπιση τυχόν ψυχολογικών, ατομικών ή οικογενειακών προβλημάτων, σεβόμενη την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του μέλους.
- β) Συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό του Κέντρου και έχει την διοικητική ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας των Υπηρεσιών του Κέντρου, δηλαδή του Ιατρείου, του Φυσιοθεραπευτηρίου και των άλλων ειδικοτήτων που αποσκοπούν στην καλύτερη εξυπηρέτηση των προστατευομένων μελών.
- γ) Συνεργάζεται με την Διοίκηση του Κέντρου και έχει την ευθύνη, την οργάνωση, την εκπαίδευση και την αξιοποίηση των εθελοντών.
- δ) Έχει την ευθύνη της επικοινωνίας με τους τοπικούς παράγοντες της περιοχής που λειτουργεί το Κέντρο, με σκοπό την διαφώτισή τους και την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα.
- ε) Οργανώνει σύμφωνα με το συγκεκριμένο πρόγραμμα του Κέντρου διάφορες εκδηλώσεις όπως ψυχαγωγικές, μορφωτικές, κ.α. στα πλαίσια καλής συνεργασίας με τους δημότες ή ιδιώτες εθελοντές εφόσον υπάρχουν, καθώς και με τα μέλη. Γενικά αντιμετωπίζει κάθε έκτακτο θέμα που αφορά τη λειτουργία του Κέντρου.

Του Ιατρείου προίσταται ο ιατρός, ο οποίος παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες, φροντίζει για την ύστερα από εξέτασή τους, παραπομπή των μελών σε άλλες ειδικότητες, συνιστά διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων και παρέχει

οδηγίες για φαρμακευτική αγωγή, επισκεπτόμενος σε έκτακτες περιπτώσεις και στο σπίτι το μέλος που έχει την ανάγκη του.

Στο Ιατρείο του Κέντρου υπηρετεί **Επισκέπτρια Αδελφή** ή **Νοσοκόμα**, της οποίας το έργο είναι:

- α) Να βοηθά τον ιατρό τις ημέρες και τις ώρες που λειτουργεί το Ιατρείο.
- β) Μαζί με τον ιατρό έχει την ευθύνη για τη φύλαξη και τη διαχείριση του φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού του Κέντρου.
- γ) Επισκέπτεται με εντολή του ιατρού, τα μέλη στο σπίτι τους και παρέχει νοσηλευτικές φροντίδες και οδηγίες.
- δ) Επισημαίνει τις περιπτώσεις των μελών που χρειάζονται οδηγίες και παρέχει πληροφορίες σχετικά με θέματα ατομικής και δημόσιας υγείας.

Στο **Φυσιοθεραπευτήριο** του Κέντρου, προϊστάται ο φυσιοθεραπευτής ο οποίος ύστερα από γραπτή εντολή του ιατρού, εφαρμόζει φυσιοθεραπευτική αγωγή στα μέλη του Κέντρου που έχουν ανάγκη από αυτή. Φυσιοθεραπευτική αγωγή μπορεί να εκτελεστεί στο σπίτι των μελών σε έκτακτες και ειδικές ανάγκες τους, που κρίνει ο ιατρός.

Στο **Εργοθεραπευτήριο** προϊστάται ο εργοθεραπευτής ο οποίος έχει ως έργο του, την αξιοποίηση και την δραστηριοποίηση του μέλους, για δημιουργική απασχόληση και παραγωγικό έργο με σκοπό και την οικονομική ενίσχυση. Επίσης βοηθά το μέλος στην άσκηση για αυτοεξυπηρέτηση και στην ανάπτυξη ειδικών ενδιαφερόντων.

Η **Οικογενειακή Βοηθός** προσφέρει τις υπηρεσίες κυρίως στο σπίτι των μελών, για τις περιπτώσεις που ζουν μόνοι τους και έχουν ιδιαίτερες ανάγκες βοήθειας. Η βοήθεια συνίσταται στην παροχή υπηρεσιών μέσα στο σπίτι όπως είναι: ελαφρό μαγείρεμα, καθαριότητα, προμήθεια τροφίμων και διάφορες άλλες μικροεξυπηρετήσεις έξω από το σπίτι. Επίσης μεριμνά για την καθαριότητα και τον ευπρεπισμό όλων των χώρων του Κ.Α.Π.Η. (Βλέπε παράρτημα σελ. 53)

Οι υπηρεσίες γραμματείας και διαχειρίσεων ανατίθενται σε Δημοτικό Υπάλληλο, βάσει του άρθρου 109 του Ν. 1188/81 και σε μέλη του Κ.Α.Π.Η. Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ανάμεσα στις δραστηριότητες του Κέντρου είναι και η κινητοποίηση, εκπαίδευση και χρησιμοποίηση εθελοντικού προσωπικού σε όλα τα προγράμματα που θα παρέχονται κατά προτίμηση από το Δήμο και στην περιοχή που λειτουργεί το Κέντρο.

1.7. Διοικητική Διάρθρωση των Κ.Α.Π.Η.

Τα Κ.Α.Π.Η. διοικούνται από επταμελή Διοικητικά Συμβούλια με ανάλογο αριθμό αναπληρωματικών μελών. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας τα Διοικητικά Συμβούλια αποτελούνται από:

1. Τον Δήμαρχο της πόλης ή τον Αντιδήμαρχο, ως Πρόεδρο.
2. Έναν Δημοτικό Σύμβουλο, που ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
3. Έναν Κοινωνικό Λειτουργό, ο οποίος είναι υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας.
4. Έναν αιρετό εκπρόσωπο των μελών, ο οποίος εκλέγεται από τα μέλη του Κ.Α.Π.Η.
5. Έναν αιρετό εκπρόσωπο του προσωπικού του Κ.Α.Π.Η.
6. Έναν δημότη ο οποίος ασχολείται με παρεμφερείς δραστηριότητες και ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
7. Έναν εκπρόσωπο των τοπικών συλλόγων των συνταξιούχων.

Από τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου εκλέγονται στην αρχή κάθε δημοτικής περιόδου ο Αντιπρόεδρος και ο Γραμματέας αυτού. Το διοικητικό Συμβούλιο φροντίζει για την επίτευξη των σκοπών του Κ.Α.Π.Η., την διαχείριση της περιουσίας του και γενικά τα συμφέροντά του, την διοίκηση – την εποπτεία και τον έλεγχο της λειτουργίας του Κ.Α.Π.Η. Ακόμα, μπορεί με απόφαση του να αναθέσει σε μέλη του, τη φροντίδα και επιμέλεια ορισμένων τομέων της δραστηριότητάς του. Μπορεί επίσης να συγκροτεί επιτροπές, στις οποίες θα μετέχουν και ιδιώτες εθελοντές με σκοπό, να φροντίζουν και να επιμελούνται συγκεκριμένους τομείς της δραστηριότητάς του. Τέτοιες επιτροπές ενδεικτικά μπορεί να είναι:

- α) Επιτροπή που θα φροντίζει την πραγματοποίηση διαλέξεων και συζητήσεων για τα προβλήματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους.
- β) Επιτροπή που θα φροντίζει την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, την κοινωνική εργασία. κ.α.

- γ) Επιτροπή που θα φροντίζει για την πραγματοποίηση ψυχαγωγικών και μορφωτικών εκδηλώσεων, την διοργάνωση σεμιναρίων, κ.λ.π.
- δ) Επιτροπή για τη δημιουργία δανειστικής βιβλιοθήκης στους ηλικιωμένους του Δήμου.

1.8. Χρηματοδότηση των Κ.Α.Π.Η.

Κάθε χρόνο τα Κ.Α.Π.Η. μικρών Δήμων χρηματοδοτούνται εν μέρει από το Υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Τα Κ.Α.Π.Η. των μεγάλων Δήμων χρηματοδοτούνται εξ ολοκλήρου από τους Δήμους με ένα προϋπολογισμό ο οποίος ετοιμάζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του Κ.Α.Π.Η., ψηφίζεται από το Δημοτικό Συμβούλιο και εγκρίνεται από την Νομαρχία.

Το μεγαλύτερο μέρος του προϋπολογισμού πηγαίνει στη μισθοδοσία του προσωπικού, στα ασφαλιστικά τους, το υπόλοιπο διατίθεται για λειτουργικές δαπάνες όπως ενοίκιο όταν το κτίριο δεν είναι ιδιόκτητο, ΔΕΗ, νερό, έξοδα ψυχαγωγίας, εκδηλώσεων, κ.λ.π.

Το Υπουργείο Υγείας καταθέτει τα χρήματα στο Τοπικό Δημόσιο Ταμείο σε δύο ή τρεις δόσεις το χρόνο. Πολλές φορές όμως η χρηματοδότηση δεν καταβάλλεται εγκαίρως στην αρχή του χρόνου. Αυτό συνεπάγεται: περικοπές προγραμμάτων των Κ.Α.Π.Η. και δυσκολία εκπλήρωσης των υποχρεώσεών τους.

1.9. Προγράμματα που εφαρμόζουν τα Κ.Α.Π.Η.

Τα Κ.Α.Π.Η. προκειμένου να βοηθήσουν στην ενεργοποίηση και στην κοινωνικοποίηση των μελών τους οργανώνουν κάποια προγράμματα, μερικά από τα οποία είναι:

Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας και Λουτροθεραπείας: το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στοχεύει στην διαφώτιση των ηλικιωμένων γύρω από διάφορες χρόνιες παθήσεις καθώς και γενικότερα προβλήματα που τους απασχολούν. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται για την παροχή λουτροθεραπείας στα μέλη, σε διάφορα μέρη της Ελλάδος ανάλογα με τα προβλήματά τους.

Πολιτιστικά Προγράμματα: εκδηλώσεις σε γιορτές, επετείους, κ.α. Επίσης εκδηλώσεις που γίνονται από τα Κ.Α.Π.Η. σε συνεργασία με διάφορους τοπικούς φορείς όπως: σχολεία, συλλόγους, Δημοτικές Επιχειρήσεις, κ.α.

Ψυχαγωγικά Προγράμματα: διοργάνωση εκδρομών, κατασκηνώσεις, δενδροφυτεύσεις – κηπουρική κ.α.

Πρόγραμμα Ζωγραφικής και Χειροτεχνίας: με το πρόγραμμα αυτό τα άτομα αισθάνονται χρήσιμα μέλη της κοινωνίας, γιατί δημιουργούν διάφορα χειροτεχνικά αντικείμενα, καδράκια με ζωγραφιές, κ.α.

Πρόγραμμα Ορχήστρας - Χορωδίας: αποσκοπεί στην ψυχαγωγία των ηλικιωμένων. Οι χορωδίες συμμετέχουν σε διάφορες εορταστικές εκδηλώσεις. (Βλέπε παράρτημα σελ. 56)

Πρόγραμμα Χορού: οι ηλικιωμένοι ασχολούνται με την εκμάθηση παραδοσιακών χορών, βοηθώντας στην διατήρηση της λαϊκής μας παράδοσης.

Πρόγραμμα Λαογραφίας: αποσκοπεί στην μετάδοση των ηθών και εθίμων από τους ηλικιωμένους στις νεώτερες γενιές.

Αντίστοιχα με τα παραπάνω έχουν δημιουργηθεί οι εξής ομάδες: χορωδίας, χορού, εκδρομών, ψυχαγωγίας, θεάτρου, καντίνας, αλληλοβοήθειας, κηπουρικής, κ.α. Για την ψυχαγωγία, την επιμόρφωση και τη δραστηριοποίηση των μελών τους τα Κ.Α.Π.Η. πραγματοποιούν επισκέψεις σε ιδρύματα, νοσοκομεία, παιδικούς σταθμούς, νηπιαγωγεία, αρχαιολογικούς χώρους και Κ.Α.Π.Η. άλλων πόλεων.

1.10. Προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα Κ.Α.Π.Η.

Όσον αφορά τα προβλήματα των Κ.Α.Π.Η. αυτά είναι:

Οικονομικά: τα Κ.Α.Π.Η. μικρών Δήμων αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα γιατί η χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας είναι μικρή και δεν επαρκεί να καλύψει ούτε τα πιο βασικά έξοδα. Τα Κ.Α.Π.Η. μπορούν αν εισπράξουν χρήματα από το Κρατικό Λαχείο. Τα χρήματα αυτά διατίθενται μόνο για εξοπλισμό (π.χ. αγορά computer, ιατρικά μηχανήματα κ.α.)

Προσωπικό: όταν δεν υπάρχουν κονδύλια το Κ.Α.Π.Η. δεν μπορεί να στελεχωθεί με το απαραίτητο προσωπικό. Έτσι, δημιουργούνται προβλήματα, όπως έλλειψη υπευθύνου στις διάφορες υπηρεσίες (ιατρείο, φυσιοθεραπευτήριο, κ.α.), στα προγράμματα, στις εκδρομές που διοργανώνουν τα Κ.Α.Π.Η. κ.λ.π.

Στέγασης: ορισμένα Κ.Α.Π.Η. στεγάζονται σε ακατάλληλα κτίρια, σε κτίρια με μικρούς χώρους καθώς και σε ενοικιαζόμενα.

Θεσμικά: τα Κ.Α.Π.Η. είναι Ν.Π.Δ.Δ. Υπάρχει διαφορά στο θέμα της ασφάλισης του προσωπικού των Κ.Α.Π.Η. με τους άλλους υπαλλήλους των Δήμων. Ενώ όλοι οι υπάλληλοι των Δήμων είναι ασφαλισμένοι υγειονομικά και συνταξιοδοτικά στο Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. (Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων), οι εργαζόμενοι στα Κ.Α.Π.Η. είναι ασφαλισμένοι υγειονομικά στο Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. και συνταξιοδοτικά στο Ι.Κ.Α. (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

Οργανωτικά: λόγω της μικρής επιχορήγησης δημιουργούνται και οργανωτικά προβλήματα. Το προσωπικό των Κ.Α.Π.Η. μπορεί να είναι δραστήριο και να θέλει να υλοποιήσει και άλλα προγράμματα, όμως συναντά δυσκολίες. Αυτές οι δυσκολίες οφείλονται είτε στην αδιαφορία των μελών με την μη συμμετοχή τους στα διάφορα προγράμματα, είτε σε μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου τα οποία μερικές φορές δεν συνεργάζονται και δεν ενδιαφέρονται για τις δραστηριότητες, για τα μέλη, για τα προγράμματα των Κ.Α.Π.Η. κ.α.

Όταν τα μέλη αδιαφορούν για τις δραστηριότητες των Κ.Α.Π.Η. τότε αυτό έχει σαν επακόλουθο την **αδυναμία υλοποίησης προγραμμάτων**, γιατί τα προγράμματα που δημιουργούνται αφορούν αυτούς. Οι ηλικιωμένοι θα δημιουργήσουν κάτι το ωραίο και το εντυπωσιακό όταν βρίσκονται στα αντίστοιχα προγράμματα. Δηλαδή, κάποιον που του αρέσει να ζωγραφίζει, θα συμμετάσχει στην ομάδα της ζωγραφικής, κάποιον άλλον που αγαπά το τραγούδι θα συμμετάσχει στην ομάδα χορωδίας κ.ο.κ. Σ' αυτήν την περίπτωση ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι αυτός που θα εντοπίσει τα «κρυφά ταλέντα» των ηλικιωμένων και θα τους προτείνει τη συμμετοχή τους στο αντίστοιχο πρόγραμμα.

Ένα άλλο πρόβλημα είναι ο **μεγάλος αριθμός εγγεγραμμένων μελών**. Γίνεται πρόβλημα όταν όλα τα εγγεγραμμένα μέλη είναι συγχρόνως και ενεργά. Αυτό όμως δεν συμβαίνει. Τα ενεργά μέλη που πηγαίνουν είναι μικρότερα σε αριθμό σε σχέση με τα εγγεγραμμένα.

Ορισμένα Κ.Α.Π.Η. θα πρέπει να προσέξουν, γιατί δεν παρέχουν τους σκοπούς οι οποίοι είναι κοινοί για όλα τα Κ.Α.Π.Η., αλλά τείνουν να γίνουν καφενεΐα και λέσχες εκδρομών για τους ηλικιωμένους (βάση έρευνας της Παντείου Ανώτατης Σχολής Πολιτικών Επιστημών, Πρόγραμμα Επιμόρφωσης Στελεχών Κοινωνικής Ανάπτυξης, Ενημέρωση για το ρόλο των Στελεχών Κοινωνικής Ανάπτυξης στο χώρο της Τ.Α., 8 Δεκεμβρίου 1987)

Τέλος, υπάρχουν και κάποιοι προβληματισμοί σχετικά με το εάν οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Α.Π.Η. συμβάλλουν ουσιαστικά στη μείωση της ανάγκης για ιδρυματική περίθαλψη και εάν οι υπηρεσίες που προσφέρονται ωφελούν πραγματικά εκείνους που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη. Αυτό εξαρτάται από το ίδιο το Κ.Α.Π.Η. Όταν το Κ.Α.Π.Η. προσφέρει τις απαιτούμενες υπηρεσίες και ενεργοποιεί τα μέλη του μέσω προγραμμάτων, εκδρομών, εκδηλώσεων, συνεδρίων, κ.α. τότε θα μπορούμε να μιλάμε για έναν πετυχημένο θεσμό.

1.11. Συμπεράσματα

Πρώτα απ' όλα θα πρέπει να αναφέρουμε ότι τα Κ.Α.Π.Η. είναι ένας πολύ πετυχημένος θεσμός, σε σχέση με τις άλλες μορφές κοινωνικής προστασίας των ηλικιωμένων. Τα Κ.Α.Π.Η. έχουν καταξιωθεί στη συνείδηση των ηλικιωμένων, γιατί πρωταρχικό μέλημα των Κ.Α.Π.Η. είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των μελών τους. Ακόμα η ενθάρρυνση των ηλικιωμένων στις διάφορες ασχολίες τους, η ζωή τους να αποκτήσει κάποιο νόημα και να βγουν από το τέλμα της αδράνειας.

Ο κάθε Δήμος το πρώτο Κ.Α.Π.Η. το ιδρύει σε περιοχές όπου οι ανάγκες των ηλικιωμένων είναι πιο πολλές και τα οικονομικά τους είναι σε άσχημη κατάσταση, καθώς και σε περιοχές που δεν υπάρχουν καθόλου υπηρεσίες για την τρίτη ηλικία. Η δημιουργία ενός Κ.Α.Π.Η. σε αυτά τα μέρη σημαίνει παροχή νέων υπηρεσιών με στόχο την αντιμετώπιση των αναγκών των ηλικιωμένων.

Η λέξη Κ.Α.Π.Η. έχει περάσει στο καθημερινό μας λεξιλόγιο. Η στάση του Κράτους απέναντι στην τρίτη ηλικία άλλαξε. Το Κράτος έχει υποχρέωση να βοηθήσει τους ηλικιωμένους να παραμείνουν ενεργά μέλη της Κοινωνίας, αφού έχουν και αυτοί δικαίωμα να συμμετέχουν στην κοινωνική, πολιτική και πολιτιστική ζωή.

Για την εκτίμηση της προσφοράς των Κ.Α.Π.Η., το 1985 πραγματοποιήθηκε μια έρευνα σε 92 Κ.Α.Π.Η. της Ελλάδας και απάντησαν 150 μέλη από κάθε Κ.Α.Π.Η. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής είναι τα παρακάτω ²⁹.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι απάντησαν πως το Κ.Α.Π.Η. τους προσφέρει ψυχαγωγία (με το θέατρο, τη μουσική, το χορό). Δεύτερη στη σειρά απάντηση ήταν η συντροφιά (παρέα, συζητήσεις ηλικιωμένων). Θετικές απαντήσεις δόθηκαν και στο ότι στο Κ.Α.Π.Η. είναι όλα ωραία και καλά. Επίσης, θετικά απάντησαν όσον αφορά και τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Α.Π.Η., εκτός από το 1% οι οποίοι ανέφεραν τους ακατάλληλους χώρους στους οποίους στεγάζονται τα Κ.Α.Π.Η.

Σχετικά με τα προγράμματα, είναι ευχαριστημένοι και δεν ζητούν τίποτε περισσότερο. Όμως κάποια άτομα της ηλικίας 60-74 ετών ζητούν περισσότερα προγράμματα, να πραγματοποιούνται περισσότερες εκδρομές κ.α. γιατί θα τους βοηθήσουν ακόμα πιο πολύ στην ενεργοποίηση. Υπάρχουν και μερικά αιτήματα των ηλικιωμένων. Αυτά έχουν σχέση με την ιατρική περίθαλψη, τη χρηματική βοήθεια, αυτοκίνητο για τη μεταφορά των μελών, δημιουργία και άλλων Κ.Α.Π.Η. και τα Κ.Α.Π.Η. να παραμένουν περισσότερες ώρες ανοικτά.

Όπως προαναφέραμε, ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. έχει επιτύχει. Αυτό φαίνεται από τον μεγάλο αριθμό των Κ.Α.Π.Η. που υπάρχουν και από τον αριθμό των μελών του κάθε Κ.Α.Π.Η. Θα πρέπει εδώ να διευκρινίσουμε κάτι. Ότι η επιτυχία του κάθε Κ.Α.Π.Η. εξαρτάται από την διοίκησή του.

Καταρχάς πρέπει να φροντίζει για την πρόσληψη του απαραίτητου προσωπικού, να μην υπάρχουν οικονομικά προβλήματα και να είναι πάντα κοντά στο Κ.Α.Π.Η. για να επιλύουν αμέσως οτιδήποτε πρόβλημα προκύψει.

Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. για τη χώρα μας είναι πρωτοποριακός. Θα πρέπει όμως να δημιουργηθούν καινούργιες συνθήκες στους σκοπούς και στις υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Α.Π.Η. Τα Κ.Α.Π.Η. να μην προσφέρουν τις υπηρεσίες τους μόνο στους ηλικιωμένους, αλλά να παρέχουν μέσω αυτών αλληλοβοήθεια στο κοινωνικό σύνολο. Να δημιουργηθούν Κ.Α.Π.Η. τα οποία θα είναι αυτοδιοικούμενα, αυτοχρηματιζόμενα (μέσα από τα μέλη τους, τις δραστηριότητές τους κ.α.) και αυτοδιαχειριζόμενα.

²⁹ Α.Ι. Ριτσάκη, Α.Κ. Κώστη, Χρ. Αθ. Αυγουστή, Κ.Α.Π.Η. Μελισσίων, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα 1992, σελ. 26

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1

	Σε εκατομμύρια					
	1650	1750	1850	1900	1950	1975
Παγκόσμιο σύνολο	470	694	1.091	1.571	2.406	4.033
Αφρική	100	100	100	141	199	406
Βορ. Αμερική	1	1	26	81	166	236
Λατ. Αμερική	7	10	33	63	162	323
Ασία (χωρίς Ε.Σ.Σ.Δ)	257	437	656	857	1.272	2.318
Ευρώπη και Ασιατ. Ε.Σ.Σ.Δ.	103	144	274	423	594	728
Ωκεανία	2	2	2	6	13	22

Πηγή: α. UN, The Determinants and Consequences of the Population Trends, NY, 1953, σ. 11.

β. UN, Demographic Year Book, 1979, σ. 158

Πίνακας 2

Έτος	Πληθυσμός		Ομάδες ηλικιών			Δείκτες	
	(000)	%	0 - 14	15 - 64	65 και άνω	Δημ/φικής Εξαρτήσεως	Γηράνσεως
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1097	2.630,4	100	38	58	4	74	11
1920	5.014,1	100	34	60	6	66	16
1928	6.184,6	100	32	62	6	61	18
1951	7.632,8	100	29	64	7	54	23
1961	8.388,6	100	27	65	8	54	31
1971	8.768,4	100	25	64	11	57	43
1979	9.449,3	100	23	64	13	57	56

Πηγή: ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος, 1980, σ.σ. 17, 28

Πίνακας 3

Χώρα	Έτος	Γεννη- τικότητα	Γονιμό- τητα ¹	Θνησι- μότητα	Βρεφική θνησιμό- τητα	Φυσική αύξηση
Α΄ Χώρες ΕΟΚ						
Ελλάς	1979	15,7	64,4	8,7	28,7	7,0
Αγγλία	1979	13,0	51,2	12,1	12,6	0,9
Βέλγιο	1979	12,6	52,0	11,4	11,2	1,2
Γαλλία	1979	14,1	59,4	10,2	9,8	3,9
Δυτ. Γερμανία	1979	9,5	38,9	11,6	14,7	- 2,1
Δανία	1979	11,6	51,7	10,7	9,1	0,9
Ιρλανδία	1978	21,1	99,2	10,0	14,9	11,1
Ιταλία	1979	11,8	55,1	9,5	15,3	3,1
Λουξεμβούργο	1979	11,2	44,9	11,0	13,0	0,2
Ολλανδία	1979	12,5	50,8	8,0	8,5	4,5
Β΄ Βαλκανικές χώρες						
Αλβανία	1971	33,3	202,8	8,1	86,8	25,2
Βουλγαρία	1978	15,5	63,3	10,5	21,8	5,0
Γιουγκοσλαβία	1979	17,1	67,1	8,6	32,2	8,5
Ρουμανία	1979	19,1	77,8	9,7	30,3	9,4
Τουρκία	1967	39,6	175,0	14,6	153,0	25,0

Πηγή: UN, Demographic Year Book, 1979, σ. 163

1. Ετήσιο ποσοστό γεννήσεων σε 1.000 γυναίκες ηλικίας 15-49 ετών.

Πίνακας 4

Τάξεις εισοδήματος (δραχμές)	Όλοι οι ηλικιωμένοι	Άνδρες	Γυναίκες	Ηλικιωμένοι κατά περιοχή		
				Αστικές	Ημιοστικές	Αγροτικές
Μέχρι 500	4,3	1,7	7,6	2,1	5,3	7,1
501 - 1.000	5,6	5,1	9,9	1,5	3,5	11,5
1.001 - 1.500	4,4	3,0	9,7	3,0	3,1	6,8
1.501 - 2.500	12,9	11,0	17,1	9,3	14,9	17,0
2.501 - 3.750	12,4	12,9	14,9	11,9	13,6	12,7
3.751 - 5.000	11,4	21,1	11,4	9,9	14,0	12,8
5.001 - 7.000	11,1	11,3	9,1	10,9	15,4	10,3
7.001 - 9.000	8,9	9,4	7,2	10,0	7,5	7,7
9.001-12.000	9,4	10,2	6,0	12,4	7,5	5,9
12.001-15.000	5,9	6,8	3,1	8,5	4,8	2,8
15.001-20.000	6,2	7,3	2,7	9,0	5,3	2,7
20.001-25.000	3,4	4,2	0,4	4,6	3,1	2,0
25.001-30.000	1,4	1,6	0,2	2,4	0,4	0,3
30.001-40.000	1,1	1,4	0,2	1,9	0,9	0,1
40.001-50.000	0,6	0,6	0,2	1,0	0,4	0,1
50.001 +	1,0	1,2	0,2	1,7	0,4	0,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	2232	1748	848	1146	228	858
Μέσο εισόδημα	8.020	8.962	4.619	10.618	6.833	4.865
Τυπική απόκλιση	10.345	11.037	6.237	12.667	7.794	5.360
Συντελεστής μεταβλητότητας	1,29	1,23	1,35	1,19	1,14	1,10

Πίνακας 5

Τάξεις εισοδήματος (δραχμές)	Όλοι οι ηλικιωμένοι	Άνδρες	Γυναίκες	Ηλικιωμένοι κατά περιοχή		
				Αστικές	Ημιαστικές	Αγροτικές
Μέχρι 500	10,3	6,2	25,2	7,2	8,3	14,9
501 - 1.000	8,7	8,8	8,5	3,7	8,3	15,5
1.001 - 1.500	6,5	5,1	11,6	5,1	7,0	8,4
1.501 - 2.500	17,3	15,7	22,9	15,2	20,6	19,2
2.501 - 3.750	14,2	15,0	11,6	15,8	16,2	11,7
3.751 - 5.000	11,0	12,1	7,2	10,6	14,5	10,6
5.001 - 7.000	10,5	12,1	5,0	11,0	11,8	9,6
7.001 - 9.000	6,7	7,6	3,5	8,8	3,9	4,7
9.001-12.000	6,2	7,2	2,7	8,9	3,9	3,1
12.001-15.000	2,6	3,0	0,8	3,9	2,6	0,7
15.001-20.000	2,6	3,3	0,4	4,1	1,3	1,0
20.001-25.000	1,3	1,6	0,4	2,3	0,4	0,3
25.001-30.000	0,6	0,7	0,0	1,0	0,0	0,1
30.001-40.000	0,5	0,7	0,0	1,0	0,0	0,1
40.001-50.000	0,3	0,3	0,0	0,4	0,4	0,0
50.001 +	0,5	0,7	0,0	1,0	0,4	0,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	2232	1748	848	1146	228	852
Μέσο εισόδημα	5197	5913	2607	6888	4313	3173
Τυπική απόκλιση	7717	8368	3635	9601	6401	3588
Συντελεστής μεταβλητότητας	1,48	1,41	1,39	1,39	1,48	1,13

Πίνακας 6

ΝΟΜΟΣ	ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ
ΓΡΕΒΕΝΩΝ	ΑΒΔΕΛΛΑΣ	130
	ΔΟΤΣΙΚΟΥ	70
	ΜΕΣΟΛΟΥΡΙΟΥ	135
	ΠΕΡΙΒΟΛΙΟΥ	312
	ΣΑΜΑΡΙΝΑΣ	285
	ΣΜΙΞΗΣ	491
	ΦΙΛΙΠΠΑΙΩΝ	294
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΒΡΑΔΕΤΟΥ	32
	ΚΑΛΑΡΙΤΩΝ	300
	ΜΑΤΣΟΥΚΙΟΥ	232
	ΣΙΡΑΚΟΥ	141
	ΑΕΤΟΜΗΛΙΤΣΑΣ	196
ΚΟΖΑΝΗΣ	ΝΑΜΑΤΩΝ	186
ΤΡΙΚΑΛΩΝ	ΑΝΘΟΥΣΗΣ	37
	ΚΑΤΑΦΥΤΟΥ	165
	ΚΑΛΛΙΡΡΟΗΣ	151
	ΚΡΑΝΕΑΣ	129
	ΠΟΛΥΘΕΑΣ	215
	ΣΤΕΦΑΝΙΟΥ	65
	ΧΑΛΙΚΙΟΥ	38
	ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	228
	ΑΘΑΜΑΝΙΑΣ	100
	ΓΑΡΔΙΚΟΥ	359
	ΔΕΣΗΣ	125
	ΔΡΟΣΟΧΩΡΙΟΥ	22
	ΛΙΒΑΔΟΧΩΡΙΟΥ	82
	ΜΕΣΟΧΩΡΑΣ	529
	ΝΕΑΣ ΠΕΥΚΗΣ	121
	ΝΕΡΑΙΔΑΣ	244
	ΠΑΡΑΜΕΡΟΥ	57
	ΠΑΧΤΟΥΡΙΟΥ	289
	ΠΥΡΡΑΣ	150



Εξωτερική όψη του Κ.Α.Π.Η.



Χώρος από το Κ.Α.Π.Η.



Χώρος από το Κ.Α.Π.Η.



Γραφείο του Κοινωνικού Λειτουργού



Ιατρείο του Κ.Α.Π.Η.



Φυσιοθεραπευτήριο



Φυσιοθεραπευτήριο του Κ.Α.Π.Η.



Ομάδα χορωδίας

(ορισμένα άτομα από την ομάδα χορωδίας σε πρόβα)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Διονύσης Μ. Φράγκος**, Ο γεροντικός πληθυσμός της Ελλάδος, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1987.
2. **Κ. Ν. Κανελλοπούλου**, Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα 1984
3. **Α. Ι. Ριτσατάκη, Α. Κ. Κώτση, Χρ. Αθ. Αυγουστή, Κ.Α.Π.Η. Μελισσίων**, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα 1992
4. **Άννα Αμηνά, Έφη Γεωργιάδη, Αφροδίτη Τεπέρογλου**, Ο θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1986
5. **Αφροδίτη Τεπέρογλου**, Αξιολόγηση της Προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων, Έρευνα στα μέλη των Κ.Α.Π.Η., Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1990
6. **Εκθέσεις για το Πρόγραμμα 1983 – 1987**, Κοινωνική Πρόνοια, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα 1985
7. **Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης**, Δημοτικός και Κοινοτικός Κώδικας, Π.Δ. 410/95 (ΦΕΚ Α' 231), Ελληνική Εταιρεία, Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης, Αθήνα 1995.
8. **Ε. Μάνου – Πανταζοπούλου**, Διοικητικό Δίκαιο, Εκδόσεις Ελλην., Αθήνα 1993.
9. **Ανδρέας Λίβας**, Λογιστική των Ο.Τ.Α., Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Καλαμάτα 1995.

10. Δ. Γ. Τσαούση, Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας, Κοινωνιολογική και Ανθρωπολογική Βιβλιοθήκη, Εκδόσεις GUTENBERG, Αθήνα 1989
11. Νικολάου Χρ. Τότση, Οικονομική Εγκυκλοπαίδεια, Εκδοτικός Οίκος «ΠΑΜΙΣΟΣ», Αθήνα
12. Εγκυκλοπαίδεια Υδρόγειος, Εκδόσεις Δομική
13. Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος, Εκδόσεις Λαρους Μπριτάνικα