

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ –ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΑΣΤΕΓΟΙ, ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ, ΧΡΗΣΤΕΣ ΣΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ
ΚΕΝΤΡΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ
ΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΑΘΗΝΑ
ΙΟΥΝΙΟΣ 2011

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
Της μεταπτυχιακής Φοιτήτριας ΜΑΡΙΑ ΠΟΥΛΟΥ

Εξεταστική Επιτροπή

-Επιβλέπων
-Μέλος
-Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της 9^{ης} Ιουνίου 2011 για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου κυρίας Μαρίας Πούλου, συνεδρίασε σήμερα 09/06/2011.

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία της Κύριας Μαρίας Πούλου με τίτλο:ΑΣΤΕΓΟΙ, ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ, ΧΡΗΣΤΕΣ ΣΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ, είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «(Άριστα /Λίαν Καλώς /Καλώς)& (Βαθμός).....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

-Επιβλέπων (Υπογραφή) _____
-Μέλος (Υπογραφή) _____
-Μέλος (Υπογραφή) _____

ΣΤΟΝ ΑΔΕΛΦΟ ΜΟΥ ΛΟΥΚΑ

Ευχαριστώ πολύ τον Καθηγητή Κο Ρόζενμπεργκ για την ευκαιρία που μου έδωσε να πραγματοποιήσω ένα όνειρο ζωής και την Κυρία Βαρβάρα Γκεμπιάου, που συνεχίζει να ονειρεύεται.....

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1.1.ΑΣΤΕΓΟΙ -ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΔΙΧΩΣ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	
ΕΓΓΡΑΦΑ Η/ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΙ.....	6
1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	8
1.3 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	8
2 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ.....	11
2.1 ΕΛΛΑΔΑ.....	11
2.2 ΙΣΠΑΝΙΑ.....	15
2.3 ΓΑΛΛΙΑ.....	18
2.4 ΒΕΛΓΙΟ.....	22
2.5 ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ.....	25
2.6 ΓΕΡΜΑΝΙΑ.....	27
2.7 ΣΟΥΗΔΙΑ.....	30
2.8 ΙΤΑΛΙΑ.....	32
3 ΥΛΙΚΟ- ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	36
4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	37
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	59
6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ –ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ.....	68
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	71
ΑΒSTRACT.....	72
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

1.1 ΑΣΤΕΓΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΔΙΧΩΣ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ Η/ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΙ

Στην ευρύτερη περιοχή του εμπορικού και ιστορικού κέντρου Αθηνών,, παρατηρείται μεγάλη συγκέντρωση αλλοδαπών άρτι αφιχθέντων δίχως νομιμοποιητικά έγγραφα ή με κάρτες του αιτούντα άσυλο. (2,4,5,6,7,8,9)

Η συγκέντρωση αυτή άρχισε να αυξάνει αισθητά μετά το 2004 λόγω της αύξησης των μεταναστευτικών ροών και την έλλειψη μεταναστευτικής πολιτικής, καθώς το μοντέλο που εφάρμοσε η χώρα περιορίστηκε στην κράτηση των άρτι αφιχθέντων σε κέντρα παραμονής ή σε κρατητήρια στην περιφέρεια για ένα διάστημα που κυμαίνεται από λίγες εβδομάδες έως και 6 μήνες και στην συνέχεια στην προώθηση αυτών στο κέντρο της Αθήνας έχοντας στην κατοχή τους ένα έγγραφο διοικητικής απέλασης βάσει του οποίου καλούνται να εγκαταλείψουν τη χώρα εντός ενός μηνός.

Η πλειονότητα του πληθυσμού αυτού παραμένει στη χώρα μας επειδή η επιστροφή του στη χώρα προέλευσης είναι πρακτικά ή νομικά ανέφικτη. Προέρχονται από χώρες που είτε αρνούνται να τους δεχθούν πίσω (Πακιστάν, Νιγηρία, κ.α) είτε δεν μπορούν να τους δεχθούν λόγω εσωτερικών προβλημάτων (Αφγανιστάν, Ιρακ, Σομαλία, Σουδάν) και οι ίδιοι προσπαθούν να εξαντλήσουν κάθε όριο στην προσπάθεια

μετάβασής τους προς άλλα κράτη-μέλη, η οποία βέβαια είναι ανέφικτη λόγω του Κανονισμού Δουβλίνου II.

Ο πληθυσμός αυτός αναζητά φτηνή στέγη είτε σε εγκαταλελειμμένα κτήρια του ιστορικού κέντρου είτε σε κτήρια που βρίσκονται σε άθλια κατάσταση και ενοικιάζονται από Έλληνες ιδιοκτήτες δίχως τις νόμιμες διαδικασίες. Τα κτήρια αυτά συνιστούν απειλή κατά της δημόσιας υγείας καθώς αποτελούν εστίες μόλυνσης. (1,10,11,12,13,14,15)

Συχνά τα κτήρια αυτά εκκενώνονται με εισαγγελική παρέμβαση. Όμως, η απλή εκκένωση των χώρων αυτών δίχως την ταυτόχρονη δημιουργία χώρων φιλοξενίας για τις ευπαθείς ομάδες, οδηγεί σε περαιτέρω όξυνση του προβλήματος.

«Είναι περίεργο, αλλά συνήθως, ευαισθητοποιούμαστε και γινόμαστε αλληλέγγυοι πολίτες όταν οι άνθρωποι που υποφέρουν είναι πολύ μακριά. Συμπάσχουμε όταν βλέπουμε στην τηλεόραση τον πόλεμο στο Αφγανιστάν ή την ακραία φτώχεια στην Αφρική. Αντίθετα, όταν οι ίδιοι άνθρωποι, εξαιτίας όλων αυτών των σύνθετων προβλημάτων, έρχονται δίπλα στην πόρτα μας αδιαφορούμε επιδεικτικά. Υπάρχουν άνθρωποι που χρειάζονται βοήθεια. Βρίσκονται όμως πολύ πιο κοντά απ' ότι νομίζουμε.» (18,19,20,21,22,23,224,25,26,27,28,29,30)

Από το 2006 δεν είναι καν ανοικτός ο μεροληπτικός και προβληματικός νόμος που υπήρχε για την παραχώρηση άδειας παραμονής και εργασίας για τους αλλοδαπούς. Εκτιμήσεις κάνουν λόγο για 500.000 οικονομικούς «μετανάστες χωρίς χαρτιά» στην Ελλάδα. Η ύπαρξη μεταναστών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα είναι άμεσα συνυφασμένη με την «μαύρη εργασία», την εκμετάλλευση, τους μισθούς εξαθλίωσης

και την διαρροή χρηματικών πόρων από τα ασφαλιστικά ταμεία. Επίσης ,σημαίνει ότι περίπου μισό εκατομμύριο άνθρωποι, που βρίσκονται αυτή την στιγμή στην Ελλάδα, δεν έχουν δωρεάν πρόσβαση στο εθνικό σύστημα υγείας .Άνθρωποι αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας και δεν μπορούν ή δεν ξέρουν να πάνε στο νοσοκομείο. Πολλές φορές δυσκολεύονται να συνεννοηθούν με το ιατρικό προσωπικό. Οι κακές συνθήκες διαβίωσης επιβαρύνουν την ατομική υγεία , γεγονός το οποίο θέτει σε κίνδυνο την δημόσια υγεία. (32)

1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Δεδομένου λοιπόν του προβλήματος διεξήχθη έρευνα έχοντας σκοπό να: 1)ερευνήσει την κοινωνική κατάσταση των ατόμων που ανήκουν στις προκαθορισμένες ομάδες Μετανάστες ή / και Άστεγοι ή /και Χρήστες απαγορευμένων ουσιών,2) την κατάσταση της υγείας τους, 3)την πρόσβαση τους στην περίθαλψη και θεραπεία , καθώς και 4)την καταγραφή τυχόν περιστατικών άρνησης παροχής περίθαλψης από τους επαγγελματίες υγείας

1.3 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Από ηθική άποψη, προστατεύτηκαν τέσσερα βασικά δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας, τα οποία στηρίζονται στις τρεις αρχές του Belmont Report.

Δικαίωμα να μην υποστεί βλάβη

Δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια

Δικαίωμα αυτοαπόφασης

Δικαίωμα για ιδιωτικότητα, ανωνυμία και εμπιστευτικότητα

Σύμφωνα λοιπόν με αυτά τα δικαιώματα των υποκειμένων σε μια έρευνα καθώς και με τις αρχές ηθικής που διέπουν κάθε ερευνητικό πρωτόκολλο, πραγματοποιήθηκαν οι ακόλουθες ενέργειες:

Έγινε πολύ καλή και προσεκτική επεξήγηση της ερευνητικής διαδικασίας

Ενημερώθηκαν όλοι προσωπικά για τη φύση, τη διάρκεια και τους σκοπούς της μελέτης και τις μεθόδους που θα ακολουθηθούν. Όσοι θέλησαν μπορούσαν να έχουν αυτές τις πληροφορίες και γραπτώς.

Όλοι οι συμμετέχοντες έπρεπε να δηλώσουν εγγράφως τη συγκατάθεσή τους αφού είχαν ενημερωθεί πλήρως. Για τους ανηλίκους και τις ειδικές ομάδες πληθυσμού ορίστηκε ένας κηδεμόνας ο οποίος συναίνεσε.

Έγινε σωστός και υπεύθυνος υπολογισμός του λόγου κινδύνου/ωφέλειας. Οι ωφέλειες υπερτερούν έναντι των κινδύνων.

Δόθηκαν σε όλους τα στοιχεία των ερευνητών καθώς και τα ονόματα των ατόμων με τα οποία μπορούν να έρθουν σε επαφή για πληροφορίες ή παράπονα κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Εξασφαλίστηκε η ανωνυμία των υποκειμένων αποφεύγοντας προσωπικά αναγνωρίσιμες πληροφορίες στις φόρμες συλλογής δεδομένων και αντικαθιστώντας τα ονόματα με κωδικούς αριθμούς.

Επιπροσθέτως εξασφαλίστηκε η εμπιστευτικότητα των πηγών των δεδομένων με τον περιορισμό της πρόσβασης σε αυτά από άτομα που δεν ανήκουν στην ερευνητική ομάδα. Δημιουργήθηκε μια βάση

δεδομένων με κωδικό που γνωρίζει μόνο ο κύριος ερευνητής, ο οποίος δύναται να καταστρέψει όλες τις αναγραφές και τους δεσμούς με την ταυτότητα των συμμετεχόντων αν παραστεί ανάγκη. Οι συμμετέχοντες είχαν πληροφόρηση για όλα τα μέτρα που λήφθηκαν για την διαφύλαξη της ιδιωτικότητας και της ανωνυμίας τους.

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

ΕΛΛΑΔΑ

Το εθνικό σύστημα υγείας συστάθηκε το 1983. Το σύνολο των μισθωτών καλύπτεται από υποχρεωτική ιατρική ασφάλιση. Το σύστημα περίθαλψης είναι αποκεντρωμένο σε κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, νοσοκομεία τοπικά και περιφερειακά. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται από συνεισφορές και κρατικές επιχορηγήσεις.

Η πρόσβαση στις ιατρικές επισκέψεις είναι δωρεάν στο εθνικό σύστημα υγείας. Αντίθετα το 25% του συνολικού κόστους των φαρμάκων πρέπει να καταβληθεί από τον ασθενή.

Η κοινωνική πρόνοια καλύπτει τους Έλληνες που βρίσκονται σε κατάσταση ανέχειας (πόροι χαμηλότεροι των 300 ευρώ ανά μήνα) , που είναι άνεργοι ή που είναι ασφαλισμένοι άνω των 29 ετών καθώς και άνω των 65 ετών (οι οποίοι δεν έχουν εργαστεί ή έχουν εργασθεί ελάχιστα. Για να μπορέσουν να λάβουν κάλυψη) και τα άτομα που έχουν ιδιαίτερη ανάγκη ή υποφέρουν από κάποια αναπηρία. Υπό την προϋπόθεση ότι διαθέτουν έγγραφα ταυτότητας, λαμβάνουν επίσης ένα βιβλιάριο υγείας το οποίο τους επιτρέπει δωρεάν πρόσβαση στην περίθαλψη και την φροντίδα.

Οι αιτούντες άσυλο έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους υπηκόους με την προϋπόθεση ότι μπορούν να αποδείξουν την κατάσταση τους , γεγονός που είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί στην αρχή της διαδικασίας

Τα άτομα που καταφθάνουν στην Ελλάδα κατά τρόπο παράνομο κρατούνται συχνά σε κέντρα όπου δεν ενημερώνονται για τα δικαιώματά τους . Βρίσκονται κατά συνέπεια σε πολύ δυσχερή κατάσταση όσον αφορά την υποβολή της αίτησης ασύλου. Από την έρευνα που έγινε 15,8% απάντησε ότι δεν ανήκει στην κατηγορία αιτούντων άσυλο ενώ 68,4% δεν θέλησε να απαντήσει.

Κύριος παράγοντας παραίτησης από την διαδικασία υποβολής αίτησης ασύλου είναι η χρονοβόρος διαδικασία και η έλλειψη ενημέρωσης.

Οι αλλοδαποί χωρίς νόμιμα έγγραφα δεν δύνανται να έχουν πρόσβαση στην περίθαλψη παρά μόνον σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και μέχρι την σταθεροποίηση της κατάστασής τους . Από το 2001, ένας νόμος απαγορεύει στους δημόσιους οργανισμούς να παρέχουν βοήθεια στα άτομα που δεν μπορούν να αποδείξουν ότι διαθέτουν άδεια παραμονής στην Ελλάδα . Ωστόσο αυτό δεν ισχύει στα νοσοκομεία και στις κλινικές όταν πρόκειται για ανηλίκους ή για άτομα χωρίς επίσημα έγγραφα που πρέπει να νοσηλευτούν.

Το HIV και οι μεταδοτικές ασθένειες καθώς και η εγκυμοσύνη θεωρούνται κανονικά έκτακτα περιστατικά.

Όσον αφορά στα παιδιά- ανηλίκους, η περίθαλψη και η νοσηλεία τους είναι δωρεάν σύμφωνα με νόμο που τα προστατεύει, στην πράξη ωστόσο, αυτό παραμένει πολύ δύσκολο. (ΓΤΚ)

Ευρωπαίοι πολίτες χωρίς επαρκείς πόρους και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη:

Οι πολίτες της κοινότητας που κατοικούν στην Ελλάδα εδώ και λιγότερο από τρεις μήνες μπορούν να εξυπηρετηθούν με την ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθενείας. Εάν δεν διαθέτουν ασφάλιση ασθενείας, πρέπει να αναλάβουν οι ίδιοι τις παροχές από τις οποίες επωφελούνται. Εάν λάβουν άδεια παραμονής, παρά το γεγονός ότι είναι άρρωστοι και χωρίς ασφάλιση ασθενείας, θα μπορούσαν να ζητήσουν να επωφεληθούν από το βιβλιάριο υγείας που παρέχει σε αυτούς δωρεάν πρόσβαση στο σύστημα υγείας (67,68,69,70,90)

Προστασία των σοβαρά άρρωστων αλλοδαπών (χωρίς πραγματική πρόσβαση στην περίθαλψη της χώρας προέλευσης)

Κάθε αλλοδαπός χωρίς νόμιμα έγγραφα ο οποίος βρίσκεται στην Ελληνική επικράτεια και στην περίπτωση του οποίου κανένα μέτρο απέλασης δεν μπορεί να εφαρμοσθεί για ιατρικούς λόγους, θα μπορούσε να επωφεληθεί από μια προσωρινή άδεια παραμονής (άρθρο 37(4) (α) του νόμου 2910/2001). Κατά παρόμοιο τρόπο, απαγορεύεται η απέλαση των εγκύων γυναικών χωρίς νόμιμα έγγραφα από την Ελληνική επικράτεια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους και για έξι μήνες μετά τον τοκετό (άρθρο 79 (1) του νόμου 3386/2005)

Ο Ελληνικός νόμος προβλέπει τη χορήγηση αδειών παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους με δυνατότητα ανανέωσης ενός έτους για άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα σοβαρά άρρωστα υπό την προϋπόθεση ότι κατείχαν πρωτύτερα άδεια παραμονής. Πρέπει να παρουσιάσουν ιατρικό πιστοποιητικό από κρατικό νοσοκομείο ή από ένα από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης το οποίο να επιβεβαιώνει την ύπαρξη

σοβαρών προβλημάτων υγείας και να αναφέρει τη διάρκεια της θεραπείας.

Στην πράξη , τα άτομα αυτά μπορεί να μην απελαύνονται σε κάθε περίπτωση , δεν λαμβάνουν ωστόσο τίτλο παραμονής

Ιατρική περίθαλψη και ασφάλιση υπηκόων τρίτων χωρών που νόμιμα διαμένουν στην Ελλάδα (32)

Έρευνα που έγινε το 2004-2005 σχετικά με την ιατρική περίθαλψη και την ασφάλιση του μεταναστευτικού πληθυσμού στη χώρα μας, έδειξε ότι τα νοικοκυριά των μεταναστών διαθέτουν το 4,4% των δαπανών τους για την υγεία τους (φάρμακα, ιατρική περίθαλψη, νοσηλεία κ.α) και είναι αισθητά χαμηλότερο του αντίστοιχου μεριδίου δαπανών των Ελληνικών νοικοκυριών το οποίο ανέρχεται σε 7,3%.

Αυτή η διαφοροποίηση των ποσοστών μπορεί να οφείλεται στην ηλικιακή διάρθρωση των νοικοκυριών των δύο πληθυσμών και ιδιαίτερα στο υψηλό ποσοστό ηλικιωμένων μελών στα ελληνικά νοικοκυριά (21,5%) έναντι του σχεδόν μηδενικού ποσοστού στα νοικοκυριά των μεταναστών (2,5%).

Η πλειοψηφία των μεταναστών στη χώρα έχουν υποχρεωτική ασφάλιση υγείας σε ποσοστό 86,4% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ημεδαπών ανέρχεται σε 91,2%. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ίδιας έρευνας οι ανασφάλιστοι μετανάστες αποτελούν το 12,9% του μεταναστευτικού πληθυσμού και σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στο φαινόμενο της μαύρης εργασίας που παρατηρείται στην χώρα και επηρεάζει περισσότερο τους αλλοδαπούς εργάτες (12,2%), σε σχέση με τους ημεδαπούς (3,5%), γιατί οι κλάδοι στους οποίους απασχολούνται οι πρώτοι (αγροτικές ή

ανειδίκευτες εργασίες) διευκολύνουν την αποφυγή της καταβολής ασφαλιστικών εισφορών από τους εργοδότες. (2,3,4,5,6,7,8,9,10)

Από τα στοιχεία της δερματολογικής έρευνας Οικογενειακών προϋπολογισμών διαπιστώνεται ότι ο αριθμός ιατρικής περίθαλψης που απολαμβάνουν οι μετανάστες στα Δημόσια Νοσοκομεία της χώρας αναλογικά κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα με τον αντίστοιχο αριθμό των ημεδαπών. Την περίοδο 2004-2005 στα δημόσια Νοσοκομεία νοσηλεύτηκε, έστω και μία μέρα, το 6,1% του μεταναστευτικού πληθυσμού και το αντίστοιχο ποσοστό του ημεδαπού πληθυσμού ανήλθε στο 7,5,%. Μελετώντας της ημέρες νοσηλείας διαπιστώνουμε πως η πολυήμερη νοσηλεία είναι χαρακτηριστικό των ημεδαπών (έως και 210 ημέρες), φαινόμενο που ανταποκρίνεται στην ηλικιακή διαφοροποίηση των δύο πληθυσμιακών ομάδων, όπου ο ημεδαπός ηλικιωμένος πληθυσμός είναι αναλογικά διπλάσιος του αντίστοιχου μεταναστευτικού. Η νοσηλεία των αλλοδαπών σε ιδιωτικές κλινικές ανέρχεται στο 0,8%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ημεδαπούς είναι 3,4% και απεικονίζει την οικονομική κατάσταση των πληθυσμιακών ομάδων (18-26,30,31,64,90)

2.2 ΙΣΠΑΝΙΑ

Η πρόσβαση στην περίθαλψη στην Ισπανία:

Χάρη στο άρθρο 43 του Συντάγματος του 1978 της Ισπανίας , το δικαίωμα στην προστασία της υγείας όλων, είναι αναγνωρισμένο και το προοίμιο του γενικού νόμου του 1986 για την υγεία συμπληρώνει : Όλοι οι ισπανοί πολίτες καθώς και οι ξένοι πολίτες που έχουν την οικία

τους στην χώρα διατηρούν το δικαίωμα προστασίας της υγείας τους και πρόσβασης στην περίθαλψη.

Το εθνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τους φόρους και η πρόσβαση σε αυτό είναι δωρεάν για την μεγάλη πλειονότητα των Ισπανών. Η συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων φτάνει τού 40% εκτός από ορισμένες αυτόνομες κοινότητες (όπως η Βαλένθια, όπου τα φάρμακα παρέχονται δωρεάν στα άτομα χωρίς πόρους, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που κάνουν χρήση απαγορευμένων ουσιών και στερούνται κοινωνικής ασφάλισης καθώς και των ατόμων αυτών που δεν έχουν άδεια παραμονής στην χώρα)

Η κάρτα κοινωνικής ασφάλισης, η οποία χορηγείται σε αυτούς που εργάζονται καθώς και στους άμεσους προγόνους και απογόνους αυτών, εξαφανίζεται σταδιακά προς όφελος της ατομικής κάρτας υγείας, από την οποία μπορούν να επωφεληθούν όλοι οι κάτοικοι χωρίς κοινωνική ασφάλιση αλλά με πενιχρούς πόρους (ίσοι ή μικρότεροι του ελάχιστου επαγγελματικού μισθού της τάξης των 624 ευρώ το 2009)

Μεγάλες διαφορές εντοπίζονται μεταξύ των αυτόνομων κοινοτήτων όσον αφορά την ταχύτητα επεξεργασίας αιτήσεων για έκδοση κάρτας υγείας και το ποσοστό ανάληψης του κόστους των φαρμάκων σύμφωνα με τους διαθέσιμους πόρους.

Οι αλλοδαποί χωρίς νόμιμα έγγραφα

Η ατομική κάρτα υγείας χορηγείται επίσης σε εκείνους οι οποίοι δεν μπορούν να εγγραφούν στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης μέσω της εργασίας τους, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων χωρίς άδεια παραμονής. Οι κάτοχοι της εν λόγω κάρτας έχουν πρόσβαση στην

περίθαλψη στον ίδιο βαθμό με τους ισπανούς πολίτες καθώς και δωρεάν πρόσβαση στην ανίχνευση και θεραπεία του HIV στο σύνολο του εθνικού συστήματος υγείας

Τρεις είναι οι όροι που πρέπει να πληρούνται απαραίτητως για την χορήγηση της ατομικής κάρτας υγείας

Ο ενδιαφερόμενος πρέπει να διαθέτει ένα έγγραφο ταυτότητας

Ο ενδιαφερόμενος πρέπει να είναι εγγεγραμμένος στο μητρώο του τοπικού δημαρχείου, εκτός από τις εγκύους και τα παιδιά

Ο ενδιαφερόμενος πρέπει να διαθέτει πενιχρούς χρηματοοικονομικούς πόρους

Πρόκειται παρά την φαινομενική απλότητα, για μεγάλα εμπόδια. Στην πραγματικότητα, ένας ορισμένος αριθμός ατόμων δεν διαθέτουν πια νόμιμα έγγραφα ταυτότητας, από την άλλη πλευρά, ορισμένα άτομα φοβούνται να εγγραφούν στους καταλόγους της κοινότητας γνωρίζοντας ότι η αστυνομία έχει δικαίωμα πρόσβασης σε αυτούς από το 2003

Μια άλλη διαδικασία είναι η διαχείριση των καρτών της υγείας για τα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα είναι διαφορετικά σε κάθε αυτόνομη κοινότητα. Σε ορισμένες, χρειάζονται τουλάχιστον δύο μήνες για την χορήγηση της εν λόγω κάρτας και σε άλλες περισσότερο από επτά. Ορισμένες περιοχές δημιούργησαν ένα εναλλακτικό σύστημα για την χορήγηση της κάρτας υγείας στα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα σύμφωνα με το οποίο δεν απαιτείται εγγραφή στο τοπικό μητρώο (Ανδαλουσία, κοινότητα της Βαλένθια και Μουρσία)

Προστασία των αλλοδαπών που είναι σοβαρά άρρωστοι- χωρίς ουσιαστική πρόσβαση στην περίθαλψη στην χώρα προέλευσης:

Η ισπανική νομοθεσία (άρθρο 45-5-B του Βασιλικού διατάγματος 2393/2004, Δεκέμβριος 2004) προβλέπει την δυνατότητα χορήγησης προσωρινής άδειας παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους διάρκειας ενός έτους, στους αλλοδαπούς οι οποίοι υποφέρουν από σοβαρή ασθένεια που προέκυψε στην Ισπανία και απαιτεί ειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη η πρόσβαση στην οποία είναι αδύνατη στην χώρα προέλευσης τους και η διακοπή ή μη παροχή της οποίας επιφέρει σημαντικό κίνδυνο για την υγεία ή την ζωή.

Ωστόσο, οι έγκυες γυναίκες προστατεύονται από τις απελάσεις που θα μπορούσαν να βλάψουν την υγεία τη δική τους καθώς και αυτή του εμβρύου. (64,69,73,74,110,111,77,78,90,91,94,95)

2.3 ΓΑΛΛΙΑ

Το σύστημα υγείας της Γαλλίας χρηματοδοτείται από τις συνεισφορές και τους φόρους. Η κοινωνική ασφάλιση/ ιατροφαρμακευτική κάλυψη βασίζεται στο σύστημα όπου ο καθένας πληρώνει σύμφωνα με τα μέσα και λαμβάνει σύμφωνα με τις ανάγκες. Καλύπτει περίπου το 65% των δαπανών υγείας. Κάθε άτομο που κατοικεί στην Γαλλία (με άδεια παραμονής και κατά τρόπο σταθερό) έχει δικαίωμα πρόσβασης σε αυτήν, δωρεάν για τα άτομα που διαθέτουν ισχνούς πόρους. Για το υπόλοιπο 35% υπάρχει η επιπλέον ιδιωτική ιατρική κάλυψη, ορισμένες από τις οποίες έχουν μη κερδοσκοπικό στόχο(επικουρική ασφάλιση)

Τα άτομα που διαθέτουν ισχνούς πόρους (λιγότερο από 621 ευρώ τον μήνα) έχουν δικαίωμα στην ιατρική περίθαλψη κατά 100% επιπλέον καθολική κάλυψη.

Ακόμη και αν τα υπερπόντια διαμερίσματα διέπονται από τους ίδιους νόμους, η εφαρμογή του είναι συχνά πολύ διαφορετική, όπως μπορεί να διαπιστώσει κανείς για παράδειγμα στην Γουιάνα, όπου η πρόσβαση των ατόμων χωρίς νόμιμα έγγραφα καθώς και των αλλοδαπών ασθενών γενικότερα σε ασφαλιστική κάλυψη και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παραμένει δύσκολη.

Στις υπερπόντιες κοινότητες, όπως η Μαγιότ, είναι δύσκολο να γνωρίζει κανείς ποιά κείμενα θεωρητικά εφαρμόζονται. Παρατηρούμε επίσης, περιπτώσεις έλλειψης σεβασμού των θεμελιωδών δικαιωμάτων, κυρίως όσο αφορά την πρόσβαση σε επίσημη ταυτότητα και στην προστασία του δικαιώματος στην οικογενειακή ζωή (οι γονείς απελαύνονται και τα παιδιά παραμένουν μόνο στο νησί). Μέχρι το 2005, ημερομηνία εφαρμογής της κοινωνικής ασφάλισης, η πρόσβαση στην περίθαλψη ήταν δωρεάν για όλους. Από τότε το σύστημα δημιούργησε μια διάκριση μεταξύ των ασφαλισμένων για τους οποίους η περίθαλψη παραμένει δωρεάν και για τους μη ασφαλισμένους οι οποίοι πρέπει να καταβάλουν ένα ποσό κατ' αποκοπή. Το εν λόγω ποσό ισχύει επίσης και για τους ανήλικους. Και στις δύο περιπτώσεις Γουιάνα και Μαγιότ, παρατηρούνται επίσης οι χωρίς αξιοπρέπεια επικίνδυνες συνθήκες ζωής στις παραγκουπόλεις, παρά τις συστάσεις του Εθνικού Ινστιτούτου Παρακολούθησης της Υγείας για την καταπολέμηση του Δάγκειου πυρετού ή του ιού Chikungunya

Όσο αφορά τους αλλοδαπούς χωρίς νόμιμα έγγραφα, που κατοικούν στην Γαλλία για περισσότερους από τρεις μήνες, και που διαθέτουν πόρους χαμηλότερους από 621 ευρώ /μήνα, προβλέπεται δικαίωμα σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (AME). Έχει κατά συνέπεια πρόσβαση στην περίθαλψη με ανάληψη του κόστους κατά 100% χωρίς την υποχρέωση πραγματοποίησης των δαπανών εκ των προτέρων, αλλά η ανάληψη του κόστους είναι εμφανώς ανεπαρκής για όλες τις προθέσεις (οδοντική, οφθαλμολογική κ,α). Η κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ισχύει για ένα έτος και πρέπει να ανανεώνεται κάθε έτος , γεγονός που σημαίνει ότι για την εν λόγω ανανέωση πρέπει να υποβληθούν τα ίδια έγγραφα.

Τα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα τα οποία δεν μπορούν να αποδείξουν την κατοικία τους για περισσότερους από τρεις μήνες έχουν δικαίωμα σε νοσοκομειακή φροντίδα για τα περιστατικά που κρίνονται ως επείγοντα (εγκυμοσύνη, διακοπή εγκυμοσύνης κτλ).

Προστασία των αλλοδαπών που είναι σοβαρά άρρωστοι- χωρίς ουσιαστική πρόσβαση στην περίθαλψη στην χώρα προέλευσης:

Η κάρτα παραμονής – ιδιωτική και οικογενειακή ζωή- διάρκειας ενός έτους με δυνατότητα ανανέωσης , χορηγείται σε αλλοδαπό ο οποίος κατοικεί συνήθως στην Γαλλία και η κατάσταση της υγείας του απαιτεί ιατρική ανάληψη της οποίας ένα πρόβλημα θα μπορούσε να προκαλέσει σε αυτόν επιπτώσεις ιδιαίτερης βαρύτητας , υπό την επιφύλαξη ότι θα μπορούσε να επωφεληθεί αποτελεσματικά από μια κατάλληλη φροντίδα στη χώρα από την οποία προέρχεται (άρθρο I313-11 11 εδάφιο του

κώδικα για την είσοδο και διαμονή των αλλοδαπών και το δικαίωμα ασύλου)

Η απόφαση χορήγησης άδειας παραμονής λαμβάνεται από τις διοικητικές αρχές, μετά από γνωμοδότηση του ιατρού- επιθεωρητή δημόσιας υγείας ο οποίος είναι αρμόδιος όσον αφορά τον τόπο κατοικίας του ενδιαφερόμενου.

Ο αλλοδαπός ασθενής πρέπει να λάβει μια πλήρη ιατρική έκθεση για την κατάσταση της υγείας του από έναν νοσοκομειακό γιατρό ή από έναν εξουσιοδοτημένο ιατρό. Ωστόσο, όλες οι πληροφορίες που αφορούν τη μη πρόσβαση στη φροντίδα στη χώρα προέλευσης του είναι χρήσιμες.

Το Υπουργείο Μετανάστευσης Ενσωμάτωσης Εθνικής Ταυτότητας και Ανάπτυξης της Αλληλεγγύης δημοσίευσε στο δικτυακό του τόπο με προορισμό τους δημάρχους και τους ιατρούς επιθεωρητές της δημόσιας υγείας (στο διαδίκτυο του υπουργείου Υγείας) έγγραφα τα οποία παρείχαν πληροφορίες συχνά λανθασμένες και τμηματικές, δηλαδή μεροληπτικές, για την ιατρική φροντίδα σε 28 χώρες.

Τα δύο βασικά προβλήματα είναι:

1. η διακοπή του ιατρικού απόρρητου, καθώς οι νομάρχες ζητούν από τους Ιατρούς να τους αναφέρουν το είδος της απαιτούμενης φροντίδας προκειμένου να εξακριβώσουν στα έγγραφα εάν ο αλλοδαπός μπορεί να απελαθεί ή όχι
2. το γεγονός ότι δεν λαμβάνεται υπόψη με το νέο σύστημα η αποτελεσματική προσβασιμότητα της φροντίδας Τα έγγραφα ανά

χώρα δεν σηματοδοτούν την ύπαρξη φροντίδας (παρά το γεγονός ότι για παράδειγμα μια φροντίδα για την συγκεκριμένη ασθένεια δεν υφίσταται παρά μόνο σε ένα νοσοκομείο ή σε μια ιδιωτική κλινική και δεν είναι προσβάσιμη παρά μόνο στους ανώτατους αξιωματούχους)

Ο εν λόγω νόμος που προστατεύει τους αλλοδαπούς που είναι σοβαρά άρρωστοι από το 1998 επέτρεψε ωστόσο να σωθούν πολλές ζωές και παραμένει ένα μοντέλο σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Στην πραγματικότητα η κανονική αύξηση του αριθμού των τίτλων παραμονής που χορηγούνται οφείλεται στο γεγονός ότι πρόκειται για χρόνιες παθήσεις και ότι οι τίτλοι παραμονής ανανεώνονται κατά συνέπεια από χρόνο σε χρόνο. (80, 29,56,57,69,71,72,90)

2.4 ΒΕΛΓΙΟ

Το Βέλγιο έχει ένα εθνικό και υποχρεωτικό σύστημα ιατρικής ασφάλισης που διαχωρίζεται σε έξι ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά ταμεία ιατρικής ασφάλισης. Οι αρμοδιότητες κατανέμονται ανάμεσα στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση (είναι για παράδειγμα αρμόδια για την υποχρεωτική ασφάλιση) και τα διαφορετικά κράτη

Οι αλλοδαποί χωρίς νόμιμα έγγραφα που κατοικούν στο Βέλγιο ,έχουν ανάγκη περίθαλψης και είναι ομογενείς μπορούν από το 1996 να υποβάλλουν αίτηση για να λάβουν την έκτακτη ιατρική βοήθεια (AMU) από τα δημόσια κέντρα κοινωνικής δράσης , το οποίο τα χορηγεί.

Η έλλειψη γνώσης του διοικητικού συστήματος επιδεινώνεται από το γεγονός ότι κάθε δημόσιο κέντρο κοινωνικής δράσης καθώς αποτελεί οργανισμό υπό κοινοτική αρχή είναι ελεύθερο να ακολουθήσει ατομική πολιτική όσον αφορά την έκτακτη ιατρική βοήθεια και να θέσει σε εφαρμογή διαφορετικές διοικητικές διαδικασίες. Το γεγονός αυτό προκαλεί προβλήματα στην περιοχή των Βρυξελλών όπου συγκεντρώνονται σε ένα έδαφος σχετικά μικρό με σημαντική πυκνότητα 19 τέτοια κέντρα. Κάθε κέντρο έχει τη δική του πιστοποίηση η οποία συμπληρώνεται από τον ιατρό και εφαρμόζει συγκεκριμένα κριτήρια για να ληφθεί η απόφαση εάν έχει το δικαίωμα το ενδιαφερόμενο πρόσωπο ή όχι. Η πλειονότητα των παροχών περίθαλψης, από την πλευρά τους, απαιτούν από τον ασθενή να παρουσιάσει αρχικά το ποσοστό του ποσού που αναλαμβάνει το CPAS, γεγονός που οδηγεί σε φαύλο κύκλο ο οποίος δεν μπορεί να σταματήσει χωρίς την καλή θέληση τουλάχιστον ενός εκ των παραγόντων.

Κάθε CPAS έχει επίσης τους δικούς του όρους όσον αφορά το βαθμό ενδεΐας (μηνιαίο ανώτατο ποσό, καταβολή ενοικίου κλπ) καθώς και κάθε υπάλληλος δίνει την δική του ερμηνεία

Για να λάβει κανείς έκτακτη ιατρική βοήθεια πρέπει:

1. να λάβει μι ιατρική πιστοποίηση στην οποία να αναφέρεται η ανάγκη παροχής έκτακτης ιατρικής βοήθειας
2. να γνωρίζει που θα απευθυνθεί και να ορίσει ραντεβού.
3. να μπορεί να λάβει κατ'οίκον την επίσκεψη ελέγχου (κατοικία και εντοπιότητα ενός υπαλλήλου του CPAS , γεγονός που είναι ιδιαίτερα λεπτό για το σύνολο των ανάπηρων ατόμων.

Η προθεσμία χορήγησης της εν λόγω έκτακτης ιατρικής βοήθειας καθώς και η διάρκεια ισχύος της ποικίλλουν από το ένα CPAS στο άλλο. Έτσι τα άτομα υποχρεώνονται να ανανεώνουν συχνά την εν λόγω βοήθεια, γεγονός που αποτελεί τροχοπέδη για την προληπτική περίθαλψη κατά τρόπο γενικό και μπορεί να προκαλέσει την μη πρόσβαση στην περίθαλψη.

Προστασία των αλλοδαπών που είναι σοβαρά άρρωστοι- χωρίς ουσιαστική πρόσβαση στην περίθαλψη στην χώρα προέλευσης:

Οι αλλοδαποί οι οποίοι διαμένουν στο Βέλγιο , διαθέτουν έγγραφο ταυτότητας και υποφέρουν από κάποια ασθένεια σε τέτοιο βαθμό που προκαλεί πραγματικό κίνδυνο για την ζωή τους ή για την σωματική τους ακεραιότητα ή έναν πραγματικό κίνδυνο απάνθρωπης ή εξευτελιστικής αντιμετώπισης καθώς δεν υπάρχει καμία επαρκής αντιμετώπιση στη χώρα προέλευσης ή στη χώρα παραμονής τους , μπορεί να ζητήσει άδεια παραμονής στο Βέλγιο για περισσότερους από τρεις μήνες. Πρέπει να προσκομίσουν ιατρικό πιστοποιητικό και αποδεικτικό της διεύθυνσης τους . Εάν η εν λόγω αίτηση κριθεί αποδεκτή και δικαιολογημένη , χορηγείται στο άτομο άδεια παραμονής για ένα έτος με δυνατότητα ανανέωσης, γεγονός που παρέχει πρόσβαση στα δικαιώματα των κατοίκων χωρίς άδεια παραμονής (κοινωνική πρόνοια κτλ.)

Κατά τη φάση αποδοχής , το γραφείο αλλοδαπών αποφασίζει για το περιεχόμενο της αίτησης. Είναι δυνατόν λοιπόν το άτομο να λάβει άδεια παραμονής για ακόμα δεκαπέντε ημέρες, δύο μήνες ανάλογα με την ιατρική ανάγκη. Σε περίπτωση χρόνιας ασθένειας χορηγείται

πιστοποιητικό για ένα έτος. Με το πέρας πέντε ετών παραμονής για ιατρικούς λόγους το άτομο λαμβάνει τίτλο παραμονής αορίστου χρόνου.(91,92,94,95,69,60,54,71,72,90)

2.5 ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Το σύστημα υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο χρηματοδοτείται κατά μεγάλο μέρος από τους φόρους και στηρίζεται στην δωρεάν πρόσβαση σε όλους τους τύπους περίθαλψης. Η πρόσβαση στο σύστημα υγείας βασίζεται στην κατοικία και όχι στην υπηκοότητα. Κατά συνέπεια , κάθε άτομο που κατοικεί μόνιμα στο Ηνωμένο Βασίλειο μπορεί να έχει πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη . κάθε άτομο πρέπει να μπορεί να εγγραφεί σε έναν ιατρό παθολόγο ο οποίος βρίσκεται κοντά στον τόπο κατοικίας του.

Ο γενικός ιατρός είναι μαζί με τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης , η θύρα εισόδου στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Είναι ωστόσο συχνά δύσκολο να μπορέσει να εγγραφεί σε ένα γενικό ιατρό εξαιτίας της διοικητικής πολυπλοκότητας (υπόδειξη κατοικίας, διαβατήριο κτλ) είναι προφανές λοιπόν ότι οι άστεγοι στερούνται περίθαλψης.

Υπάρχουν δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικές δομές

Ορισμένες δομές υγειονομικής περίθαλψης παρέχουν δωρεάν πρόσβαση για όλους (ανεξάρτητα από την κατάσταση). Αυτά είναι :το τμήμα εκτάκτων περιστατικών , τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, και τα ανοικτά ιατρεία για την περίθαλψη που εξομοιώνεται με τα έκτακτα περιστατικά.

Η περίθαλψη που αφορά ορισμένες ασθένειες όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τις μεταδοτικές ασθένειες (εκτός του HIV/AIDS), τις νοητικές ασθένειες των ασθενών που αποτελούν κίνδυνο για την δημόσια υγεία , καθώς και έναν κατάλογο στον οποίο συμπεριλαμβάνονται 35 ασθένειες (ηπατίτιδα, μηνιγγίτιδα κτλ,) παρέχεται δωρεάν. Για τις λοιπές περιπτώσεις , εάν η ιατρική επίσκεψη είναι δωρεάν προβλέπεται μία από κοινού καταβολή του ποσού των 7,3,ευρώ για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Οι αιτούντες άσυλο εγγράφονται στο εθνικό σύστημα υγείας όπως οι ομογενείς.

Οι αλλοδαποί χωρίς νόμιμα έγγραφα με μη σταθερή κατάλυμα διαμονής από την τροποποίηση του νόμου του 1977 για τις ιατρικές υπηρεσίες το 2004 δεν έχουν πλέον πρόσβαση στις δομές υγείας της χώρας δωρεάν.

Η εγγραφή σε έναν γενικό ιατρό παραμένει δυνατή και βασίζεται στην καλή θέληση του ιδίου. Αντίθετα ,όλες οι συμπληρωματικές εξετάσεις και η φροντίδα στη δευτεροβάθμια περίθαλψη πραγματοποιούνται επί πληρωμή στο νοσοκομείο όπου οι αρμόδιοι υπάλληλοι για την κάλυψη των εξόδων από τους αλλοδαπούς διασφαλίζουν φτάνοντας έως και στην παρενόχληση την ανάκτηση των οφειλόμενων ποσών.

Καταυτόν τον τρόπο το κόστος της προγεννητικής ή της μεταγεννητικής περίθαλψης επιβαρύνει προκαλώντας συχνά τη έλλειψη πρόσβασης στην περίθαλψη.

Ένα άρθρο του νόμου για την μετανάστευση του 1971 (άρθρο 3-1β) προβλέπει τη δυνατότητα χορήγησης άδειας παραμονής επιλεκτικά και κατ'εξάίρεση. Η εν λόγω άδεια μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ιατρικούς

λόγους, με την προϋπόθεση ότι το άτομο μπόρεσε να αποδείξει τη μη ύπαρξη θεραπείας (και όχι την μη πρόσβαση) στη χώρα προέλευσης (68,69,73,74,89,90,91,92,96)

2.6 GERMANIA

Η ασφάλιση ασθενείας στη Γερμανία είναι υποχρεωτική για όλους έπειτα από πρόσφατη μεταρρύθμιση στην υγεία. Το σύστημα διέπεται από τις αρχές της επικουρικότητας και της αλληλεγγύης. Οι συνεισφορές βασίζονται στα εισοδήματα εξαιρουμένων των ανεξάρτητων εργαζομένων και των φοιτητών άνω των 30 ετών ή όσων έχουν περάσει περισσότερα από 14 εξάμηνα στο πανεπιστημιακό σύστημα και υποχρεούνται να ασφαλισθούν σε ιδιωτικό ταμείο. Στην περίπτωση αυτή οι συνεισφορές δεν εξαρτώνται από το εισόδημα αλλά από την κατάσταση της υγείας του ατόμου και είναι συχνά υπερβολικά υψηλές. Το σύστημα προβλέπει επίσης την καταβολή ενός κατ'αποκοπή ποσού της τάξης των 10 ευρώ ανά τρίμηνο για κάθε επίσκεψη σε γενικό ιατρό ή ειδικό ιατρό ή οδοντίατρο 10 ευρώ ανά ημέρα νοσηλείας και μια συνεισφορά της τάξης του 10% της τιμής των φαρμάκων (10 ευρώ κατ'ανώτατο όριο ανά συνταγή). Κάθε άτομο το οποίο διαμένει προσωρινά ή κατοικεί στην Γερμανία πρέπει να καλύπτεται από την ασφάλιση ασθενείας για να επωφελείται από την περίθαλψη υγείας. τα άπορα άτομα δεν καταβάλλουν έξοδα περίθαλψης Ωστόσο υπάρχουν διαφορετικές ερμηνείες και εφαρμογές του νόμου στους διάφορους δήμους.

Οι αλλοδαποί χωρίς νόμιμα έγγραφα έχουν θεωρητικά τις ίδιες παροχές υγείας με τους αιτούντες άσυλο. Οι άστεγοι με υπηκοότητα Γερμανική έχουν πρόσβαση στις δομές υγείας όταν το μηνιαίο εισόδημά τους δεν ξεπερνά τα 621ευρώ (πρόνοια)

Ωστόσο τα μέλη των δημόσιων διοικήσεων , περιλαμβανομένων των υπηρεσιών κοινωνικής βοήθειας (που είναι επιφορτισμένοι με την κάλυψη του κόστους περίθαλψης υγείας για άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα) έχουν την υποχρέωση καταγγελίας στις υπηρεσίες μετανάστευσης κάθε ατόμου χωρίς νόμιμα έγγραφα το οποίο συναντούν στο πλαίσιο της εργασίας τους. Κατά συνέπεια τα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα αρνούνται να λάβουν περίθαλψη οι ίδιοι ή τα παιδιά τους ακόμη και σε σοβαρές περιπτώσεις από το φόβο της καταγγελίας και της απέλασης. Σε ορισμένες περιπτώσεις προσπαθούν να πληρώσουν οι ίδιοι το κόστος της θεραπείας ή να χρησιμοποιήσουν την κάρτα υγείας κάποιου συγγενικού προσώπου ή φίλου

Σύμφωνα με τον νόμο για τις μεταδοτικές ασθένειες , τα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα έχουν δικαίωμα σε συζητήσεις με συμβούλους , στην ανίχνευση των παθολογικών με κίνδυνο μετάδοσης νοσημάτων καθώς και σε περίθαλψη σε εξωτερικά ιατρεία (σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, φυματίωση κτλ). Η ανάληψη του κόστους για την θεραπεία του HIV/AIDS προβλέπεται από τον νόμο. Ωστόσο ,η υποχρέωση καταγγελίας εμποδίζει την αποτελεσματική πρόσβαση στην περίθαλψη.

Στο πλαίσιο αυτό, ορισμένες δομές προσφέρουν δωρεάν περίθαλψη στα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα που παραπέμπονται σε αυτές από τις ιατρικές οργανώσεις μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, υπερβαίνοντας έτσι

το νόμο. Ομοίως ,τόσο για λόγους δημόσιας υγείας όσο και για λόγους ανθρωπιάς πολλοί δήμοι ή τοπικές ιδιωτικές πρωτοβουλίες προσπαθούν να διευκολύνουν την πρόσβαση στην περίθαλψη όλων, συμπεριλαμβανομένων και των ατόμων που υπό άλλο καθεστώς δεν τους επιτρέπεται (Μόναχο, Βερολίνο, Φρανκφούρτη, Κολωνία, Βρέμη). Ορισμένες περιοχές ξεκίνησαν την διαδικασία ταμείου χρηματοδοτούμενου από φόρους ή δωρεές ώστε να αναλάβουν το κόστος της περίθαλψης των ατόμων αυτών.

Η απέλαση ενός άρρωστου αλλοδαπού είναι δυνατόν να αναβληθεί εάν αυτή δεν είναι δυνατή λόγω της κατάστασης της υγείας του. Ένας αλλοδαπός χωρίς νόμιμα έγγραφα μπορεί να λάβει μία Duldung (προσωρινή άδεια /ανοχή παραμονής) για ιατρικούς λόγους (σε περίπτωση εγκυμοσύνης, κατάσταση μετατραυματικού άγχους, ασθένειες που εμποδίζουν την διαδικασία απέλασης) εάν υποβάλλει σχετική αίτηση (άρθρο 60 α του νόμου για την άδεια παραμονής). Το άρθρο 25 του ίδιου νόμου αναφέρει ότι ένας αλλοδαπός μπορεί να λάβει εξουσιοδότηση παραμονής στη Γερμανία εάν συντρέχουν έκτακτοι ανθρωπιστικοί λόγοι ή προσωρινοί λόγοι ή λόγοι δημοσίου συμφέροντος που απαιτούν την παρουσία του στην Γερμανία. Τα άτομα που κατέχουν την Duldung έχουν πρόσβαση στις ίδιες παροχές υγείας με τους αιτούντες άσυλο.

Εάν δεν υπάρχει η δυνατότητα περίθαλψης στη χώρα προέλευσης για μια σοβαρή παθολογική κατάσταση ή οποία είναι δυνητικά θανατηφόρος έρετε η απέλαση. Στην εν λόγω περίπτωση το άτομο δύναται να λάβει άδεια παραμονής και έχει την ίδια πρόσβαση στην

περίθαλψη και στις κοινωνικές παροχές με τον Γερμανό πολίτη (50-60,67,69,73,91,94,95,98,99, 101, 111)

2.7 ΣΟΥΗΔΙΑ

Η Σουηδία διαθέτει ένα εθνικό σύστημα υγείας το οποίο καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού και στηρίζεται στις αρχές της ελεύθερης επιλογής των επαγγελματιών υγείας και της ισότητας όσο αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη. Χρηματοδοτείται από τους φορείς. Η υγεία στην Σουηδία βρίσκεται υπό την επιμερισμένη ευθύνη του κράτους, των περιφερειακών συμβουλίων και των δήμων.

Η περίθαλψη των ενηλίκων υπόκειται σε ετήσιο ανώτερο όριο πού ανέρχεται στα 100 ευρώ για τις ιατρικές επισκέψεις και των 200 ευρώ για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Τα παιδιά των αιτούντων άσυλο έχουν τα ίδια δικαιώματα πρόσβασης στην περίθαλψη με τους ομογενείς.

Οι ενήλικες αιτούντες άσυλο έχουν δικαίωμα πρόσβασης μόνο στο είδος της περίθαλψης από το οποίο δεν μπορούν να τους απωθήσουν. Η ερμηνεία είναι πολύ περιοριστική καθώς στην πλειονότητα των περιπτώσεων προσφέρεται μόνο η περίθαλψη έκτακτης ανάγκης και όχι η παρακολούθηση χρόνιων και σοβαρών νοσημάτων, όπως θα μπορούσε κανείς να καταλάβει. Για το λόγο αυτό ορισμένες περιοχές εξετάζουν σήμερα τις περιπτώσεις μεμονωμένα.

Πρέπει να αποκτήσουν έναν αριθμό ταυτότητας προκειμένου να επωφεληθούν από τις υπηρεσίες υγείας. Με παρόμοιο τρόπο πρόσβαση

στις δομές υγείας έχουν οι άστεγοι ή και χρήστες απαγορευμένων ουσιών με υπηκοότητα Σουηδικοί αν κατέχουν αριθμό ταυτότητας και το μηνιαίο εισόδημα τους είναι πενιχρό. Στις δομές υγείας υπάρχουν ειδικά τμήματα περίθαλψης τοξικοεξαρτώμενων συμπεριλαμβανομένων και των αλκοολικών, με επιπλέον κέντρα ψυχολογικής υποστήριξης

Έως το Μάιο του 2008, δεν γινόταν αναφορά στα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα στο πλαίσιο της νομοθεσίας όπου αναφέρονται πλέον στα παραρτήματα των προπαρασκευαστικών κειμένων. Έκτοτε αποκλείονται ρητά από την πρόσβαση στην περίθαλψη με εξαίρεση την περίπτωση που πληρώνουν φόρους, γεγονός που είναι αδύνατον για την μεγάλη πλειοψηφία. Η πίεση της κοινωνίας των πολιτών (οργανώσεις και επαγγελματίες υγείας) εμπόδισε τις αρχές να θεσπίσουν νόμο ο οποίος θα απαγόρευε νόμιμα την παροχή περίθαλψης στα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα.

Για να αποκτήσουν πρόσβαση στην περίθαλψη οι αλλοδαποί πρέπει να έχουν έναν αριθμό ταυτότητας, γεγονός που είναι αδύνατον για τα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα. Πρέπει κατά συνέπεια να καταβάλουν όλους τους φόρους συμπεριλαμβανομένων αυτών που αφορούν την περίθαλψη σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Παρόλα αυτά, ορισμένοι επαγγελματίες υγείας παραβαίνουν τους κανόνες για ανθρωπιστικούς λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας

Υποστηρίζεται στο νόμο της Σουηδίας για τους αλλοδαπούς (Allens Act 716/05) ότι με μία άδεια παραμονής μπορεί να χορηγηθεί σε έναν αλλοδαπό μετά την γενική εκτίμηση της κατάστασής του. Εάν προσδιορισθεί ότι οι συνθήκες είναι εξαιρετικά οδυνηρές

(λαμβανομένης υπόψη κυρίως της κατάστασης της υγείας του) θα πρέπει να του χορηγηθεί άδεια παραμονής στη Σουηδία

Ο νόμος για τους αλλοδαπούς αναφέρει ότι εάν μία απόφαση απέλασης ή άρνησης εισόδου στη χώρα είναι –τελική και χωρίς δυνατότητα μετάκλησης, το γραφείο της Σουηδίας για τους Μετανάστες έχει την δυνατότητα να μην την εκτελέσει εάν ιατρικοί λόγοι ή λοιποί ειδικοί λόγοι την καθιστούν μη εκτελέσιμη. Η διάρκεια της άδειας παραμονής που χορηγείται εξαρτάται από το μόνιμο ή προσωρινό χαρακτήρα των λόγων που την δικαιολογούν.

Στην πραγματικότητα η απόκτηση άδειας παραμονής είναι πολύ δύσκολη για ιατρικούς λόγους .

Οι οργανώσεις ωστόσο καταφέρνουν να εμποδίσουν την απέλαση.
(40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,67,69,73,90)

2.8 ΙΤΑΛΙΑ:

Το εθνικό σύστημα υγείας στην Ιταλία βασίζεται στην αρχή της παγκοσμιότητας και της αλληλεγγύης και χρηματοδοτείται ουσιαστικά από τους φόρους. Το Σύνταγμα της Ιταλίας εγγυάται το δικαίωμα στην υγεία και στην δωρεάν πρόσβαση στην περίθαλψη για τους ομογενείς.

Οι αρμοδιότητες στον τομέα της υγείας κατανέμονται ανάμεσα στην κυβέρνηση , στις 20 περιοχές και στις τοπικές υγειονομικές οργανώσεις (ASL) οι οποίες είναι υπεύθυνες για την οργάνωση και την κατανομή της περίθαλψης στη χώρα

Το σύνολο της βασικής περίθαλψης για το μεγαλύτερο μέρος της οποίας προβλέπεται δωρεάν πρόσβαση είναι εγγυημένο για όλους με την προϋπόθεση της εγγραφής μέσω των τοπικών υγειονομικών οργανισμών στο εθνικό σύστημα υγείας και τη χορήγηση κάρτας υγείας. Ένα μέρος βαρύνει τους ασθενείς για τις επισκέψεις σε ειδικούς (16ευρώ) και τις μέρες νοσηλείας (45ευρώ) ,εκτός εάν ο ασθενής διαθέτει πιστοποιητικό απορίας

Οι αιτούντες άσυλο τα παιδιά και οι τοξικοεξαρτώμενοι συμπεριλαμβανομένων και των Ιταλών, έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους ομογενείς.

Οι αλλοδαποί χωρίς νόμιμα έγγραφα δεν έχουν δικαίωμα εγγραφής στο εθνικό σύστημα υγείας. Αντίθετα μπορούν να ζητήσουν έναν κωδικό STPγια αλλοδαπούς που διαμένουν προσωρινά στη χώρα ο οποίος ισχύει για έξι μήνες (με δυνατότητα ανανέωσης) και χορηγείται από τους τοπικούς υγειονομικούς οργανισμούς. Για να ζητήσουν το εν λόγω κωδικό ανώνυμα και δωρεάν πρέπει να εμπίπτουν σε καθεστώς απορίας παρά το εν λόγω γεγονός μέχρι το Μάρτιο του 2008, έπρεπε να καταβάλουν το υπόλοιπο που τους αναλογεί υπό τους ίδιους όρους με τους ομογενείς . η κατάργηση του υπόλοιπου που τους αναλογεί με τους άπορους παραμένει ακόμα σχεδόν άγνωστη και κατά συνέπεια μη εφαρμοστέα.

Ο κωδικός επιτρέπει την πρόσβαση στην περίθαλψη για τα λεγόμενα έκτακτα περιστατικά (τα οποία δεν επιδέχονται καθυστέρησης) ή πρωταρχικής σημασίας (πολύ εκτενέστερος ορισμός , στον οποίο συμπεριλαμβάνονται η προληπτική ιατρική, η προγεννητική περίθαλψη,

ο τοκετός, η περίθαλψη για τα παιδιά, οι εμβολιασμοί και η αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων). Δεν επιτρέπει την πρόσβαση στους γενικούς ιατρούς οι οποίοι, όπως σε πολλά άλλα συστήματα περίθαλψης στην Ευρώπη αποτελούν το σημείο από όπου πρέπει υποχρεωτικά να περάσει κανείς για να αποκτήσει πρόσβαση στον ειδικό ιατρό. Πρέπει να προσφεύγουν στο νοσοκομείο όπου η εύρεση ιατρών της μη κυβερνητικής οργάνωσης που τους παρέχει πιστοποιήσεις με στόχο να τους καθοδηγήσει υπό την προϋπόθεση ότι τα κέντρα υγείας των τοπικών υγειονομικών οργανισμών τους υποδέχονται.

Η Γερουσία της Ιταλίας ψήφισε τον Ιανουάριο του 2009 μια τροποποίηση η οποία ακυρώνει την απαγόρευση καταγγελίας κατά την προσφυγή σε δομές υγείας. Απορρίφθηκε εν τέλει από το Κοινοβούλιο της Ιταλίας το Μάρτιο του 2009

Ένας νόμος του 1996 επιτρέπει τη χορήγηση άδειας παραμονής για αυστηρά ανθρωπιστικούς λόγους. Ωστόσο το πεδίο εφαρμογής του εν λόγω νόμου δεν είναι σαφές καθώς δεν υπάρχει καμία διευκρίνιση μέσα στο νόμο. Με τον τρόπο αυτό η διαδικασία είναι αυτή που επιτρέπει να γνωρίζει κανείς ποιά είναι τα δικαιώματα του επί του θέματος. Οι αποφάσεις του Συνταγματικού Δικαστηρίου και των διοικητικών δικαστηρίων καθιέρωσαν ότι : ένας άρρωστος αλλοδαπός χωρίς νόμιμα έγγραφα που κατοικεί στην Ιταλία πρέπει να έχει δικαίωμα στην χορήγηση άδειας παραμονής για Ιατρικούς λόγους και το απαραίτητο χρονικό διάστημα για την πρόσβαση στην περίθαλψη εφόσον δεν μπορεί να λάβει την απαραίτητη περίθαλψη στη χώρα

προέλευσης του. Οι εν λόγω αποφάσεις δεν μεταφέρονται πάντα στην Ιταλική νομοθεσία

Οι αιτήσεις πρέπει να απευθύνονται στο γραφείο μετανάστευσης στην αστυνομική διοίκηση.

Σύμφωνα με ένα νομοθετικό διάταγμα του 1998 για τους αλλοδαπούς , ένα μέτρο απέλασης εναντίον μιας εγκύου γυναίκας χωρίς νόμιμα έγγραφα δεν μπορεί να εφαρμοστεί κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της και τους έξι μήνες μετά τον τοκετό. Η απέλαση δεν ακυρώνεται αλλά αναβάλλεται (37,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,90,101,111)

3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Σχεδιασμός – τύπος μελέτης – δειγματοληψία

Η διεξαχθείσα μέθοδος μελέτης , λόγω της φύσεως των στόχων , και της διάστασης του προβλήματος είναι η αναδρομική μελέτη σειρών.

Στην ομάδα μελέτης συμπεριλήφθηκε κάθε άτομο που ζει στο κέντρο της Αθήνας είναι άστεγο και ανήκει σε μια από τις παρακάτω ομάδες πολιτών : Χρήστες απαγορευμένων ουσιών ή και Μετανάστες

Η επιλογή έγινε με απλή δειγματοληψία μέσα από προσωπική συνέντευξη ,ατόμων που διαμένουν στο ιστορικό κέντρο της Αθήνας.

Κατά το χρονικό διάστημα 3/4/11/έως 1/5/11 (στις εξής ημερομηνίες: 03/04/20011. 10/04/2011, 17/04/2011, 24/04/2001, 01/05/2011)Λόγω του ότι δεν υπάρχει νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα που να ορίζεται ο Άστεγος συνεπώς δεν υπάρχουν κατάλογοι με αστέγους ήταν αδύνατο να ληφθεί τυχαιοποιημένο δείγμα Η συλλογή των στοιχείων έγινε

μέσω ερωτηματολογίου που συμπληρώθηκε από τον εξεταστή , με συνέντευξη που πραγματοποιήθηκε στο δρόμο.

Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS 17.0 τα στατιστικά αποτελέσματα είναι αυτά που έχουν μία τιμή $p < 0.05$ και διάστημα αξιοπιστίας 95%

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στατιστική ανάλυση

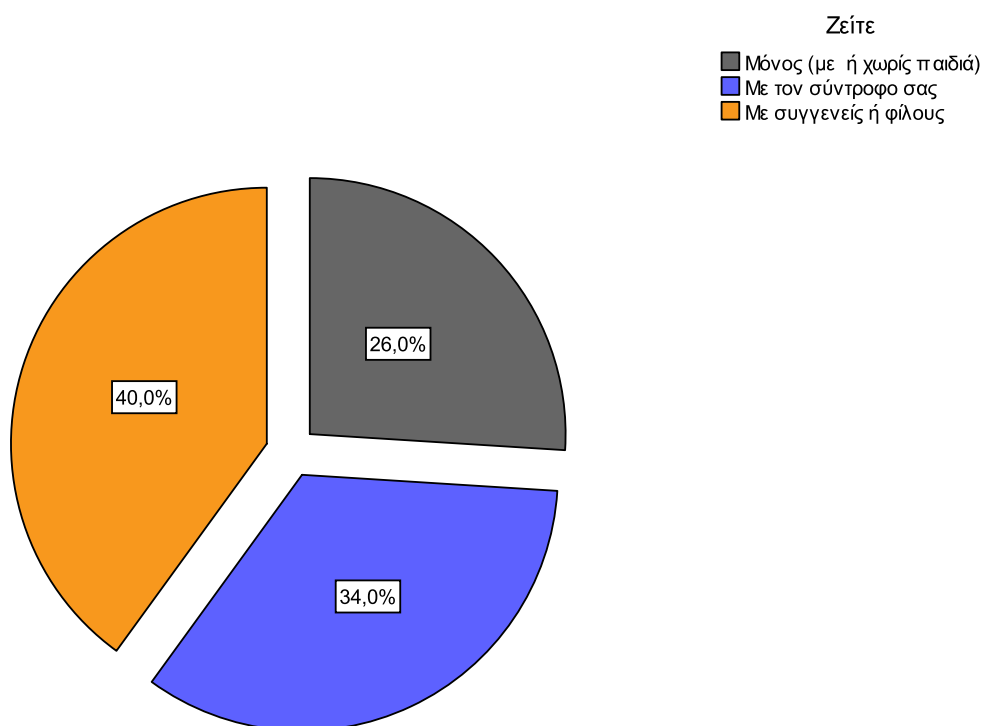
Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) ή/και οι διάμεσοι και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.

Το δείγμα αποτελείται από 50 άτομα με μέση ηλικία τα 28,0 έτη ($\pm 9,0$). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

		N	%
Φύλο	Άντρες	30	60,0
	Γυναίκες	20	40,0
Ηλικία (έτη), μέση τιμή\pmSD		28,0 \pm 9,0	
Υπηκοότητα	Αιθιοπία	3	6,0
	Αλβανία	2	4,0
	Αφγανιστάν	3	6,0
	Βουλγαρία	2	4,0
	Ελλάδα	11	22,0
	Ζιμπάμπουε	1	2,0
	Ινδία	3	6,0
	Ιράν	1	2,0
	Καμερούν	2	4,0
	Κένυα	2	4,0
	Κίνα	2	4,0
	Μαρόκο	1	2,0
	Μπαγκλαντές	1	2,0
	Νιγηρία	1	2,0
	Πακιστάν	1	2,0
	Ρωσία	1	2,0
	Σενεγάλη	1	2,0
	Σιέρα Λεόνε	4	8,0
	Σομαλία	3	6,0
	Σουδάν	2	4,0
Σρι Λάνκα	2	4,0	
Τυνησία	1	2,0	
Ζείτε	Μόνος (με ή χωρίς παιδιά)	13	26,0
	Με τον σύντροφο σας	17	34,0
	Με συγγενείς ή φίλους	20	40,0
Έχετε παιδιά;	Ναι	24	48,0
	Όχι	26	52,0
Εάν ναι, μένετε μαζί τους ή με κάποιο από αυτά;	Ναι	13	54,2
	Όχι	11	45,8

Το 60,0% των συμμετεχόντων ήταν άντρες. Επίσης, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν από την Ελλάδα (22,0%). Το 40,0% των συμμετεχόντων ζούσαν με συγγενείς ή φίλους. Το 48,0% των συμμετεχόντων είχαν παιδιά, το 54,2% των οποίων έμεναν μαζί τους.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι συνθήκες διαβίωσης των συμμετεχόντων.

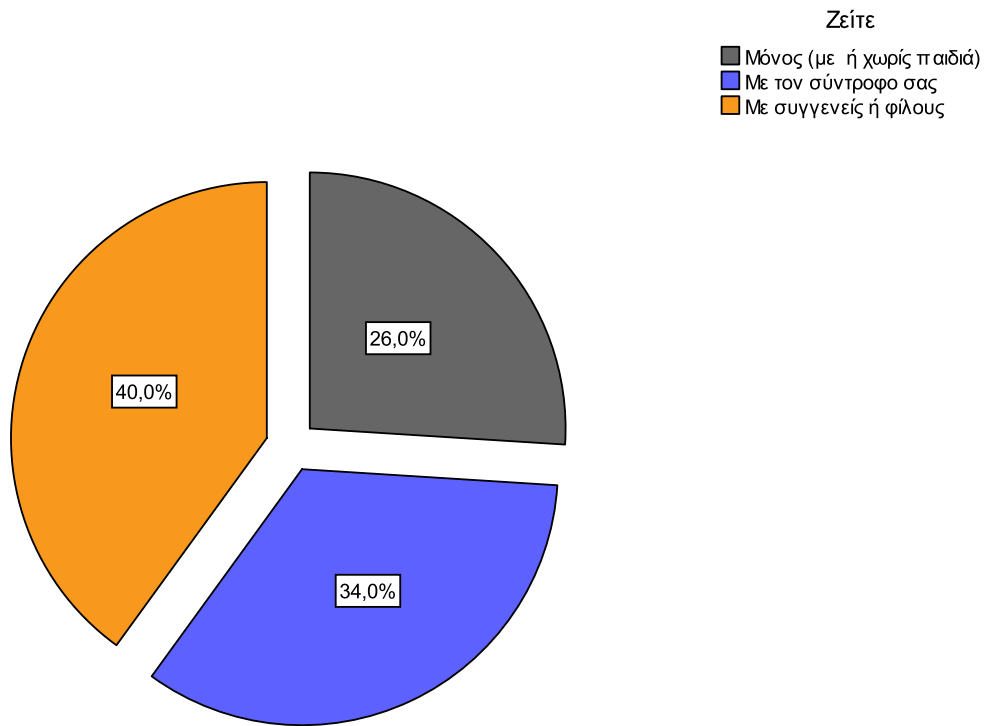


Το δείγμα αποτελείται από 50 άτομα με μέση ηλικία τα 28,0 έτη ($\pm 9,0$). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

		N	%
Φύλο	Άντρες	30	60,0
	Γυναίκες	20	40,0
Ηλικία (έτη), μέση τιμή\pmSD		28,0 \pm 9,0	
Υπηκοότητα	Αιθιοπία	3	6,0
	Αλβανία	2	4,0
	Αφγανιστάν	3	6,0
	Βουλγαρία	2	4,0
	Ελλάδα	11	22,0
	Ζιμπάμπουε	1	2,0
	Ινδία	3	6,0
	Ιράν	1	2,0
	Καμερούν	2	4,0
	Κένυα	2	4,0
	Κίνα	2	4,0
	Μαρόκο	1	2,0
	Μπαγκλαντές	1	2,0
	Νιγηρία	1	2,0
	Πακιστάν	1	2,0
	Ρωσία	1	2,0
	Σενεγάλη	1	2,0
	Σιέρα Λεόνε	4	8,0
	Σομαλία	3	6,0
	Σουδάν	2	4,0
Σρι Λάνκα	2	4,0	
Τυνησία	1	2,0	
Ζείτε	Μόνος (με ή χωρίς παιδιά)	13	26,0
	Με τον σύντροφο σας	17	34,0
	Με συγγενείς ή φίλους	20	40,0
Έχετε παιδιά;	Ναι	24	48,0
	Όχι	26	52,0
Εάν ναι, μένετε μαζί τους ή με κάποιο από αυτά;	Ναι	13	54,2
	Όχι	11	45,8

Το 60,0% των συμμετεχόντων ήταν άντρες. Επίσης, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν από την Ελλάδα (22,0%). Το 40,0% των συμμετεχόντων ζούσαν με συγγενείς ή φίλους. Το 48,0% των συμμετεχόντων είχαν παιδιά, το 54,2% των οποίων έμεναν μαζί τους.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι συνθήκες διαβίωσης των συμμετεχόντων.



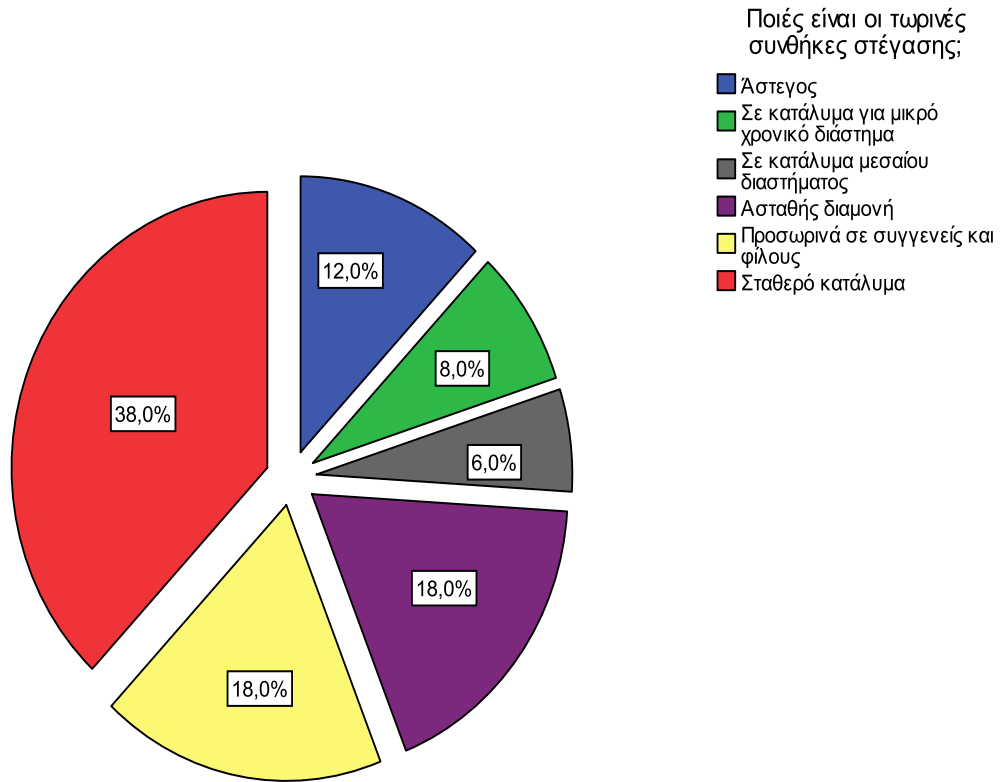
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συνθήκες στέγασης των συμμετεχόντων.

		N	%
Ποιες είναι οι τωρινές συνθήκες στέγασης;	Άστεγος	6	12,0
	Σε κατάλυμα για μικρό χρονικό διάστημα	4	8,0
	Σε κατάλυμα μεσαίου διαστήματος	3	6,0
	Ασταθής διαμονή	9	18,0
	Προσωρινά σε συγγενείς και φίλους	9	18,0
	Σταθερό κατάλυμα	19	38,0
Έχετε πρόσβαση στον χώρο διαμονής σας στα παρακάτω			
Τρεχούμενο νερό		38	77,6
Τουαλέτα		39	79,6
Κουζίνα ή καμινέτο		32	65,3
Σύστημα θέρμανσης		25	51,0
Ηλεκτρικό ρεύμα		38	77,6
Πόσα δωμάτια υπάρχουν στο σπίτι σας, μέση τιμή±SD		2,6±1,0	
Συνολικά πόσα άτομα μένουν στο σπίτι, μέση τιμή±SD		5,8±3,7	
Κατά την γνώμη σας, πιστεύετε ότι οι συνθήκες διαμονής επηρεάζουν την υγεία σας ή /και των παιδιών σας ;	Ναι	17	34,0
	Όχι	33	66,0

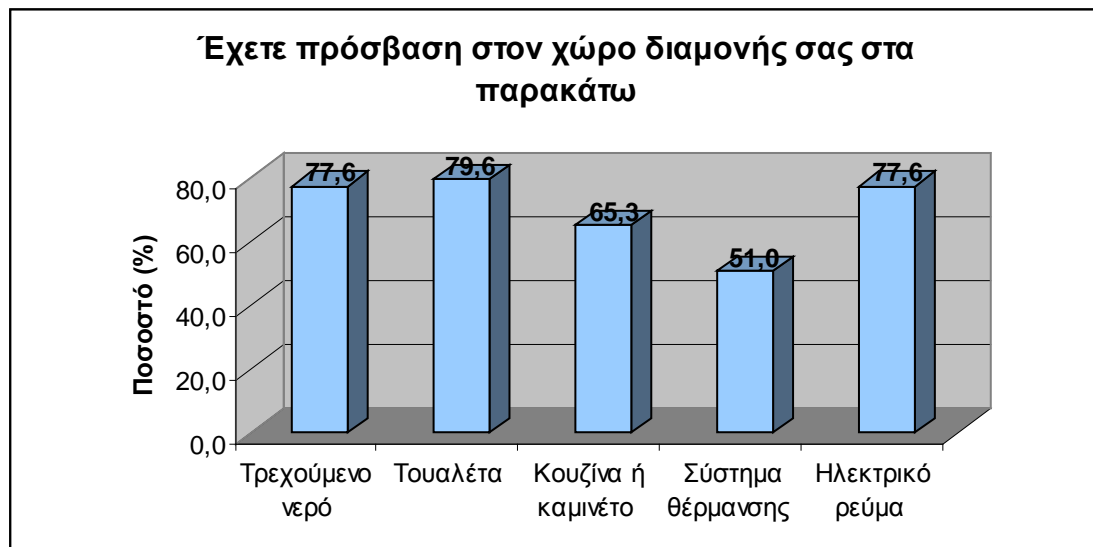
Το 38,0% των συμμετεχόντων έχουν σταθερό κατάλυμα. Επίσης, το 79,6% έχει πρόσβαση σε τουαλέτα στο χώρο που μένει και το 77,6% έχει τρεχούμενο νερό και ηλεκτρικό ρεύμα. Ο μέσος αριθμός δωματίων είναι 2,6 ($\pm 1,0$) και ο μέσος αριθμός ατόμων 5,8 ($\pm 3,7$). Επιπροσθέτως, το 34,0% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι οι συνθήκες διαμονής επηρεάζουν την υγεία των ίδιων και των παιδιών τους.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι τωρινές συνθήκες στέγασης των συμμετεχόντων.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι παροχές που έχουν οι συμμετέχοντες στο χώρο που μένουν.

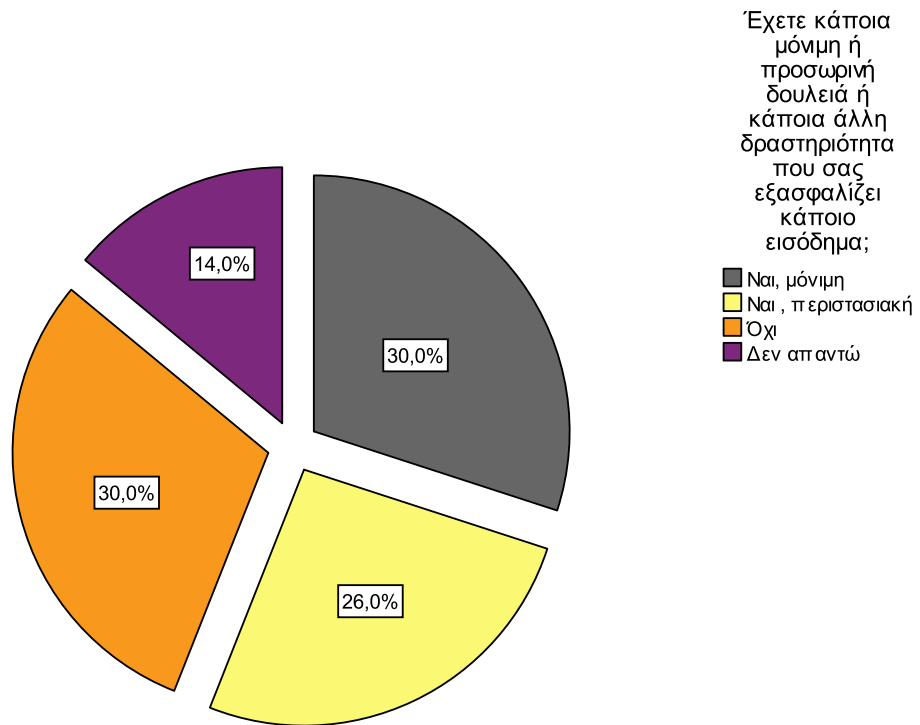


Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία για την εργασία των συμμετεχόντων

		N	%
Έχετε κάποια μόνιμη ή προσωρινή δουλειά ή κάποια άλλη δραστηριότητα που σας εξασφαλίζει κάποιο εισόδημα;	Ναι, μόνιμη	15	30,0
	Ναι, περιστασιακή	13	26,0
	Όχι	15	30,0
	Δεν απαντώ	7	14,0
Επαγγελματική δραστηριότητα	Όχι	22	44,0
	Ναι	28	56,0
Αν ναι, ποια	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	2	4,0
	ΑΠΟΘΗΚΑΡΙΟΣ	1	2,0
	ΔΙΑΝΟΜΗ ΠΙΤΣΑΣ	1	2,0
	ΕΛΑΙΟΧΡΩΜΑΤΙΣΤΗΣ	1	2,0
	ΚΑΘΑΡΙΣΤΡΙΑ	2	4,0
	ΚΗΠΟΥΡΟΣ	1	2,0
	ΜΙΚΡΟΠΩΛΗΤΗΣ	7	14,0
	ΜΠΑΡΓΟΥΜΑΝ	1	2,0
	ΟΙΚΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ	3	6,0
	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	1	2,0
	ΠΛΑΚΑΤΖΗΣ	1	2,0
	ΠΩΛΗΤΡΙΑ	3	6,0
	ΣΕΡΒΙΤΟΡΟΣ	2	4,0
	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	1	2,0
	ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΟΥ	1	2,0
Τομέας εργασίας	Γεωργική εργασία, δασοπονία, αλιεία	2	7,1
	Βιομηχανία γεωργικών προϊόντων και τροφίμων	1	3,6
	Βιομηχανία καταναλωτικών αγαθών	9	32,1
	Οικοδομική εργασία, δημόσια έργα	3	10,7
	Εμπορικός τομέας	1	3,6
	Ξενοδοχείο ή εστιατόριο	4	14,3
	Καθαριότητα	2	7,1
	Υπηρεσία σε ιδιώτες	5	17,9
	Άλλο	1	3,6
Αν άλλος, ποιος	Συνταξιούχος	1	2,0
Η δραστηριότητα σας είναι νυχτερινή;	Σχεδόν σε καθημερινή βάση	13	26,0
	Αρκετές φορές την εβδομάδα	2	4,0
	Αρκετές φορές τον μήνα	10	20,0
	Σπάνια ή ποτέ	25	50,0
Ποιο ήταν το συνολικό εισόδημα σας τον προηγούμενο μήνα; μέση τιμή±SD διάμεσος (ενδ. εύρος)		225,0±244,0	150 (0 - 400)

Ίδιο ποσοστό συμμετεχόντων ή είχαν κάποια μόνιμη ή δεν είχαν καμία δουλειά ή κάποια άλλη δραστηριότητα που τους εξασφαλίζει κάποιο εισόδημα (30,0%). Το 56,0% των συμμετεχόντων είχαν κάποια επαγγελματική δραστηριότητα είτε μόνιμη είτε περιστασιακή. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων που εργάζονταν, απασχολούνταν στον τομέα της βιομηχανίας καταναλωτικών αγαθών. Ακόμα, το 50,0% των συμμετεχόντων εργάζονταν σπάνια ή ποτέ το βράδυ. Τέλος, το διάμεσο μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων ήταν 150€ (0€-400€).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται η εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα στοιχεία που αφορούν στα εργατικά ατυχήματα των συμμετεχόντων.

		N	%
Υπήρξε ποτέ θύμα εργατικού ατυχήματος το τελευταίο χρόνο	Ναι	4	8,2
	Όχι	45	91,8
Αν ναι, πριν πόσο καιρό, μέση τιμή±SD διάμεσος (ενδ. εύρος)		24,0±.	24 (24 - 24)

Το 8,2% των συμμετεχόντων είχε υπάρξει θύμα εργατικού ατυχήματος τον τελευταίο χρόνο.

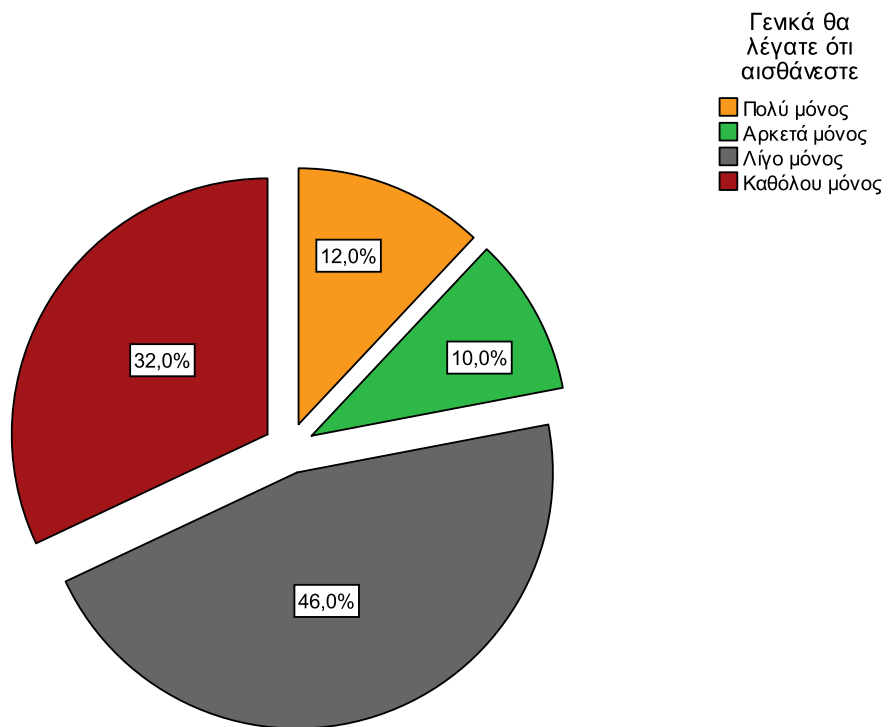
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων.

		N	%
Γενικά, θα λέγατε ότι αισθάνεστε	Πολύ μόνος	6	12,0
	Αρκετά μόνος	5	10,0
	Λίγο μόνος	23	46,0
	Καθόλου μόνος	16	32,0
Γενικά πως θα περιγράφατε την υγεία σας;	πολύ καλή	14	28,0
	καλή	21	42,0
	μέτρια	15	30,0

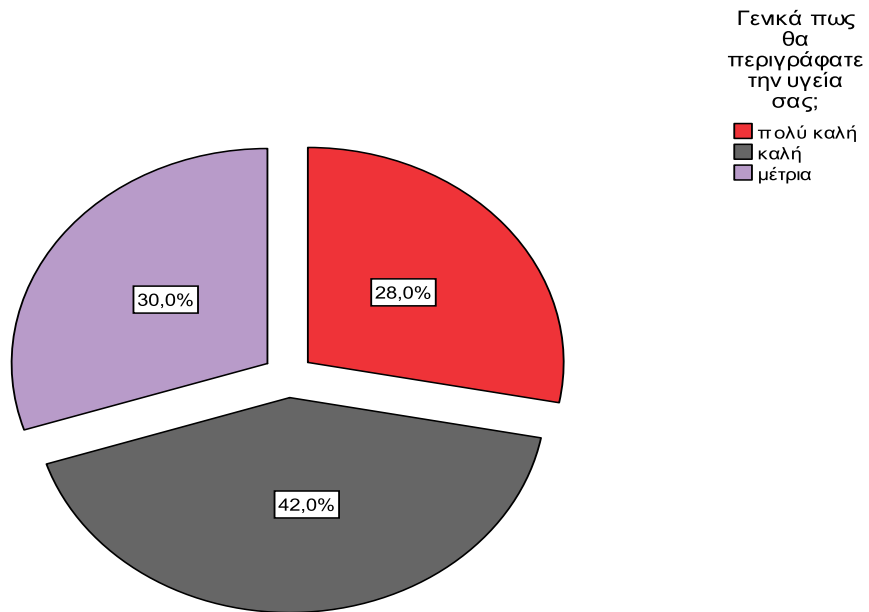
Συμπερασματικά,

Το 46,0% των συμμετεχόντων αισθάνεται μοναξιά. Επίσης, το 42,0% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι έχει καλή κατάσταση υγείας.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το πώς αισθάνονται οι συμμετέχοντες.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων.



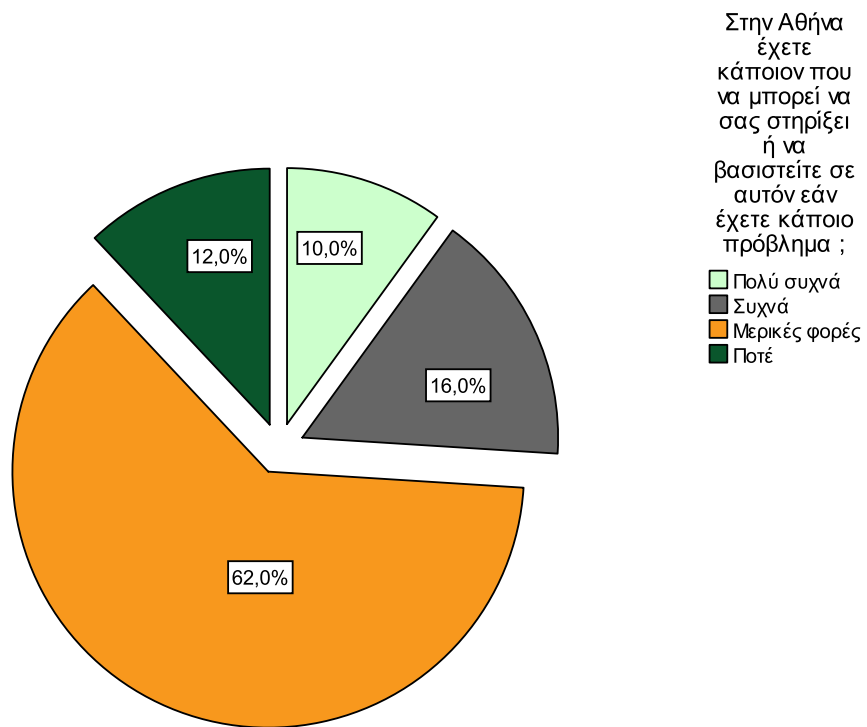
Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που έχουν κάποιον για να τους στηρίξει στην Αθήνα σε περίπτωση που αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα.

		N	%
Στην Αθήνα έχετε κάποιον που να μπορεί να σας στηρίξει ή να βασιστείτε σε αυτόν εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ;	Πολύ συχνά	5	10,0
	Συχνά	8	16,0
	Μερικές φορές	31	62,0
	Ποτέ	6	12,0
Εάν ναι, σε ποιον			
Οικογένεια		21	47,7
Φίλοι, συμπατριώτες, μέλη της κοινότητας, γείτονες		32	72,7
Διαμεσολαβητές του κράτους, του ιδιωτικού τομέα, των ΜΚΟ		6	13,6
Άλλο		0	0,0

Το 62,0% των συμμετεχόντων έχει μερικές φορές κάποιον να βασιστεί στην Αθήνα σε περίπτωση που αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε περίπτωση που αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα απευθύνονται σε φίλους, συμπατριώτες, μέλη της κοινότητας, γείτονες με το ποσοστό να φτάνει το 72,7%.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που έχουν κάποιον να βασιστούν στην Αθήνα, σε περίπτωση που αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα.



Στον παρακάτω πίνακα δίνονται στοιχεία σχετικά με την παραμονή των συμμετεχόντων, που ήταν μετανάστες, στην Ελλάδα.

		N	%
Συνολικά πόσο καιρό βρίσκεστε στην Αθήνα (έτη); μέση τιμή±SD διάμεσος (ενδ. εύρος)		3,2±4,0	1,4 (0,7 - 5,0)
Έχετε άδεια παραμονής στη χώρα;	Ναι	19	52,8
	Όχι	9	25,0
	Δεν επιθυμεί να απαντήσει	8	22,2
Ανήκετε στην κατηγορία « αιτούντες άσυλο»	Ναι	6	15,8
	Όχι	6	15,8
	Δεν επιθυμεί να απαντήσει	26	68,4

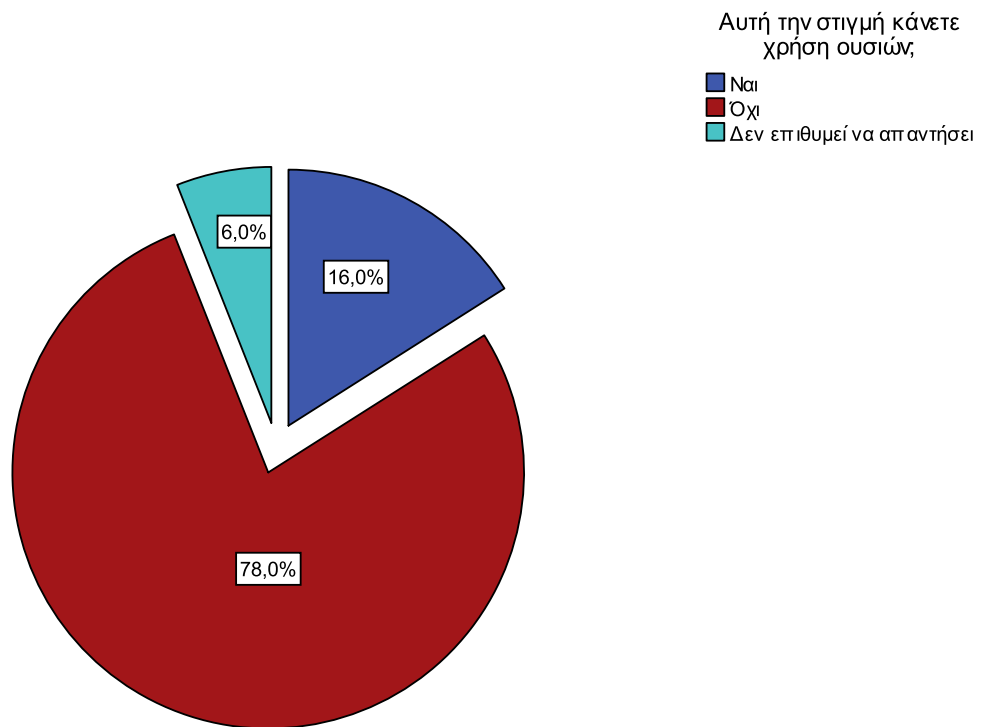
Η διάμεση διάρκεια παραμονής των συμμετεχόντων στην Αθήνα ήταν 1,4 έτη (0,7 – 5,0). Επίσης, το 52,8% των συμμετεχόντων είχε άδεια παραμονής στην χώρα.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται στοιχεία σχετικά με την παραμονή των συμμετεχόντων, που ήταν χρήστες ουσιών.

		N	%
Αυτή τη στιγμή κάνετε χρήση ουσιών;	Ναι	8	16,0
	Όχι	39	78,0
	Δεν επιθυμεί να απαντήσει	3	6,0
Εάν ναι, τί	Ηρωίνη	5	10,0
	Κοκαΐνη	1	2,0
	Κάναβη	1	2,0
	Άλλο	1	2,0
Αν άλλο, τί	Χάπια	1	2,0
Εάν όχι	Είστε σε πρόγραμμα	1	2,0

Το 16,0% των συμμετεχόντων έκανε χρήση ουσιών. Το 10,0% των συμμετεχόντων έκανε χρήση ηρωίνης.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που κάνει χρήση ουσιών.

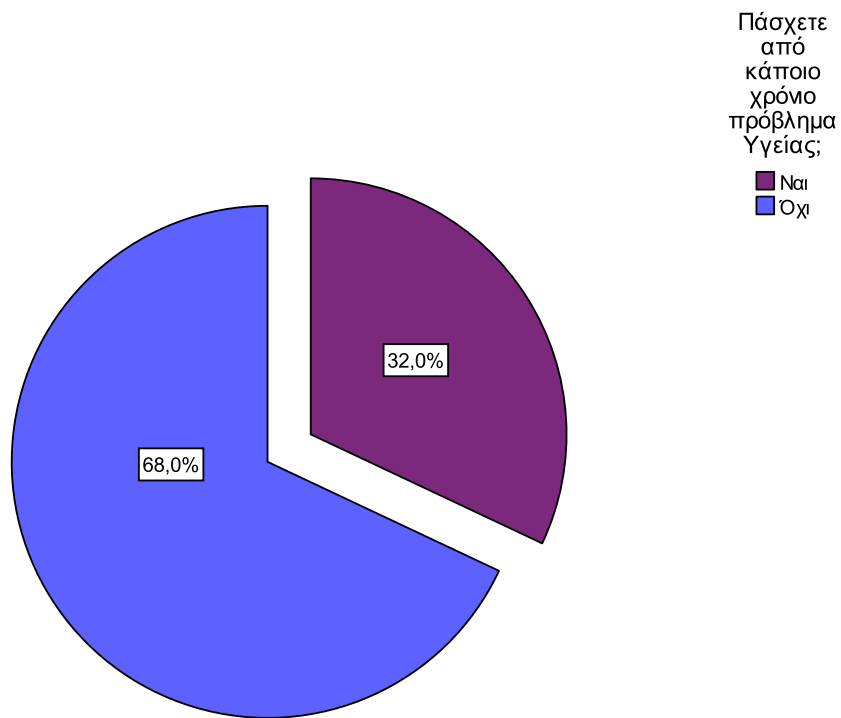


Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στο ατομικό ιστορικό των συμμετεχόντων.

		N	%	
Έχετε ιδιωτική ασφάλιση;	Ναι	21	42,0	
	Όχι	29	58,0	
Πάσχετε από κάποιο χρόνια πρόβλημα Υγείας;	Ναι	16	32,0	
	Όχι	34	68,0	
Αν ναι, από ποιο	Σακχαρώδης διαβήτης	2	4,0	
	Καρδιαγγειακό πρόβλημα	2	4,0	
	Χ.Α.Π	1	2,0	
	HIV/ AIDS	4	8,0	
	Άλλο	7	14,0	
	Αν άλλο, ποιο	ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ	1	2,0
		ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	1	2,0
	ΑΝΑΙΜΙΑ	1	2,0	
	ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ	1	2,0	
	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	3	6,0	
	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	1	2,0	

Το 58,0% των συμμετεχόντων δεν είχε ιδιωτική ασφάλιση. Επίσης, το 32,0% των συμμετεχόντων έπασχε από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που πάσχει από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας.

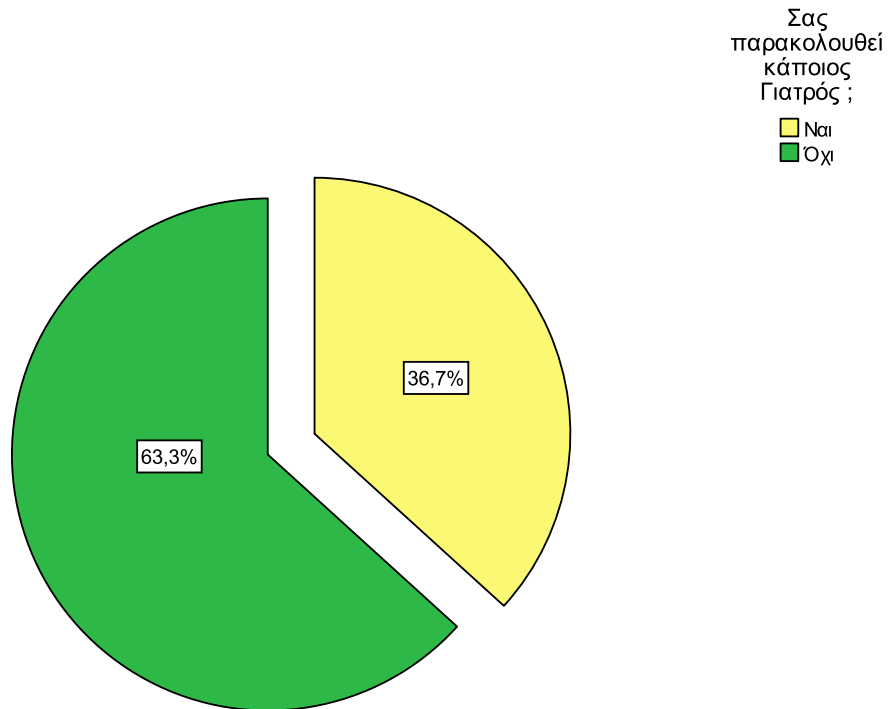


Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται πληροφορίες που αφορούν στην επαφή των συμμετεχόντων με τους επαγγελματίες υγείας.

		N	%
Σας παρακολουθεί κάποιος Γιατρός;	Ναι	18	36,7
	Όχι	31	63,3
Εάν ναι, πού;	Σε νοσοκομείο	8	16,0
	Σε ιδιωτικό ιατρείο	3	6,0
	Σε ιατρεία ειδικών δομών ΜΚΟ	7	14,0
Από πού προμηθεύετε τη φαρμακευτική σας αγωγή	Από το φαρμακείο	25	62,5
	Από το νοσοκομείο	5	12,5
	Από ΜΚΟ	10	25,0
Όσον αφορά στο τελευταίο πρόβλημα υγείας που είχατε, τι κάνατε;	Αυτοθεραπεία	10	20,0
	Επίσκεψη σε γιατρό/ οδοντίατρο, νοσηλεύτη ή άλλον επαγγελματία υγείας	36	72,0
	Συμβουλές από το φαρμακείο	1	2,0
	Δεν έκανα τίποτα	3	6,0
Εάν επισκεφτήκατε έναν επαγγελματία υγείας, πού έγινε αυτό	Στα επείγοντα νοσοκομείου	12	24,0
	Στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου	13	26,0
	Στα ιατρεία ειδικών δομών ΜΚΟ	12	24,0
	Άλλο	2	4,0
Αν άλλο, ποιό	Ιδιωτικό ιατρείο	3	6,0

Το 36,7% των συμμετεχόντων παρακολουθείται από κάποιον γιατρό. Επίσης, το 62,5% των συμμετεχόντων προμηθεύεται τη φαρμακευτική του αγωγή από το φαρμακείο.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που τους παρακολουθεί κάποιος γιατρός.

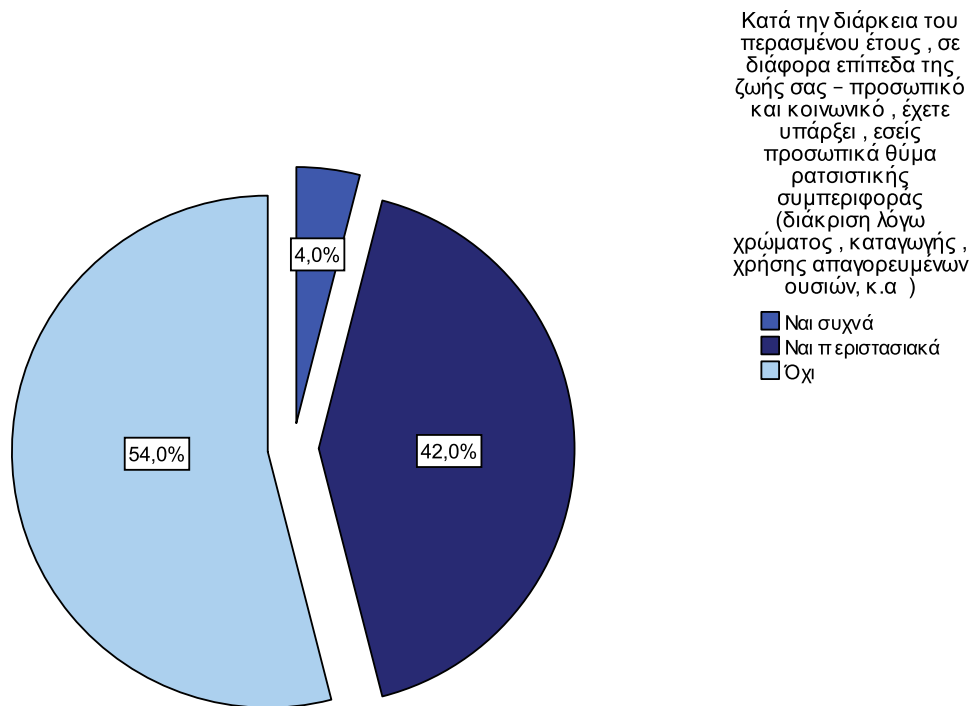


Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται πληροφορίες σχετικά με τις γενικότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες.

		N	%
Όσον αφορά αυτό το τελευταίο πρόβλημα υγείας, μήπως ένας επαγγελματίας υγείας ή μια δομή περίθαλψης (συμπεριλαμβάνεται η γραμματεία) αρνήθηκε να σας δεχθεί;	Ναι	6	13,6
	Όχι	38	86,4
Κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους, σε διάφορα επίπεδα της ζωής σας – προσωπικό και κοινωνικό, έχετε υπάρξει, εσείς προσωπικά θύμα ρατσιστικής συμπεριφοράς (διάκριση λόγω χρώματος, καταγωγής, χρήσης απαγορευμένων ουσιών, κ.α.)	Ναι συχνά	2	4,0
	Ναι περιστασιακά	21	42,0
	Όχι	27	54,0
Αν ναι, αυτό συνέβη έστω και μια φορά που ζητήσατε ιατρικές συμβουλές	Ναι	4	17,4
	Όχι	19	82,6
Σε γενικές γραμμές, ποιά είναι τα εμπόδια που αντιμετωπίζεται όσον αφορά στην περίθαλψη σας	Δεν υπήρξαν προβλήματα	41	83,7
	Πολύ ακριβή θεραπεία	3	6,1
	Γλωσσικά εμπόδια	1	2,0
	Μου αρνήθηκαν την πρόσβαση	4	8,2
Αυτό, ή αυτά τα εμπόδια, σας οδήγησαν να μη ζητήσετε για το πρόβλημα σας ιατρική συμβουλή ή θεραπεία κατά την διάρκεια των τελευταίων μηνών	Ναι	8	16,0
Από ποιά κατηγορία περίθαλψης παραιτηθήκατε	Γυαλιά οράσεως, φακοί επαφής	1	2,0
	ιατρικές επισκέψεις	3	6,0
	παρακολούθηση εγκυμοσύνης	2	4,0
	Εργαστηριακές αναλύσεις, αιμοληψίες, ακτινογραφίες ή άλλες απεικονιστικές εξετάσεις	1	2,0
	φαρμακείο, φάρμακα	1	2,0

Το 13,6% των συμμετεχόντων αρνήθηκε να το δεχτεί ένας επαγγελματίας υγείας ή μια δομή περίθαλψης. Γενικά, το 42,0% των συμμετεχόντων, αντιμετωπίζει περιστασιακά ρατσιστική συμπεριφορά. Το 83,7% των συμμετεχόντων δεν έχει αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα όσον αφορά στην περίθαλψη τους. Οι υπόλοιποι όμως που αντιμετώπισαν, αναγκάστηκαν να μην ζητήσουν ιατρική συμβουλή ή θεραπεία για το πρόβλημα υγείας που είχαν, και το 6,0% των συμμετεχόντων σταμάτησε τις ιατρικές επισκέψεις.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που έχουν αντιμετωπίσει ρατσιστική συμπεριφορά.



5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

ΑΣΤΕΓΟΙ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΙ ΣΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ:

Το μεγαλύτερο πρόβλημα διακίνησης ναρκωτικών εντοπίζεται στις περιοχές: Καποδιστρίου, πλ. Εξαρχείων, Ξούθου, πλ. Αγ. Κωνσταντίνου, πλ. Ομονοίας, Σωκράτους & Πειραιώς, Σοφοκλέους & Μενάνδρου & Γερανίου, Ευριπίδου, Αγησιλάου, πλ. Βάθης, Πειραιώς & Σοφοκλέους.

Στις περιοχές αυτές ο αριθμός των χρηστών/ μικρό-διακινητών αγγίζει τον αριθμό των 2.500 ημερησίως. Το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς διαμένει στο δρόμο του ιστορικού κέντρου της πόλης των Αθηνών, σε φτηνά καταλύματα ή σε ξενώνες.

Στην περιοχή αυτή λειτουργεί Μονάδα Υποκατάστασης ΟΚΑΝΑ, και πιο συγκεκριμένα στην οδό Καποδιστρίου 46. Στη συγκεκριμένη περιοχή λειτουργούν επίσης: Η Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης (ΜΑΒΥ), η οποία παρέχει Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στους χρήστες (3^{ης} Σεπτεμβρίου 21), και ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων (3^{ης} Σεπτεμβρίου 19^α), που υλοποιεί τη δουλειά στο Δρόμο με τους χρήστες και παρέχει Ψυχοκοινωνική φροντίδα στο χώρο του.

Μείωση του αριθμού των νεαρών (15 έως 24 χρόνων) χρηστών ηρωίνης, το 2009, σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, αύξηση του αριθμού των χρηστών μεγαλύτερων ηλικιών (35-64 ετών), ηλικιακή αύξηση των χρηστών, που απευθύνθηκαν στις θεραπευτικές υπηρεσίες το ίδιο έτος, επαναφορά της πρόληψης στην ελληνική στρατηγική για

τα ναρκωτικά, αλλά και ανησυχία για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη χρήση ουσιών και γενικότερα στην ψυχική υγεία, καταγράφει η ετήσια έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα, του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά.

Ο αριθμός των χρηστών ηρωίνης, έπειτα από πολλά χρόνια, εκτιμάται ότι αυξήθηκε το 2009, ενώ αύξηση παρουσιάζει και ο αριθμός των χρηστών, που βρίσκονται σε θεραπεία, 5.500 περίπου στο πρόγραμμα υποκατάστασης και 4.500 στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (στεγνά προγράμματα)⁽¹⁾

Στην έκθεση, που παρουσιάστηκε σε ειδική εκδήλωση, καταγράφεται αύξηση των χρηστών κοκαΐνης οι οποίοι ζητούν θεραπεία και μάλιστα αυξάνεται και η ενέσιμη χρήση της ουσίας, αντίθετα με την ηρωίνη, της οποίας η ενέσιμη χρήση μειώνεται. Μεγαλύτερη προσβασιμότητα στη θεραπεία αποκτούν χρήστες εθνοτικών ομάδων. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, η Ελλάδα μαζί με την Ιταλία είναι οι μόνες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που παρέχουν θεραπεία σε εξαρτημένους μετανάστες χωρίς άδεια παραμονής.

¹. *Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των Ναρκωτικών και των Οινόπνευματων στην Ελλάδα 2010* σελ 42,43, 46,51,67

Η πρόληψη επανέρχεται στην ελληνική στρατηγική για τα ναρκωτικά με την επίλυση των οικονομικών προβλημάτων των Κέντρων Πρόληψης.

Ωστόσο, όπως καταγράφεται, το Υπουργείο Παιδείας μείωσε σημαντικά τον αριθμό των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, με θέμα τα ναρκωτικά και το αλκοόλ κατά το σχολικό έτος 2008-2009.

Αυτή τη στιγμή υπάρχουν μόλις δύο Κέντρα Άμεσης Πρόσβασης που προσφέρουν συμβουλευτική υποστήριξη στους χρήστες- του ΚΕΘΕΑ στην οδό Εμ. Μπενάκη και του ΟΚΑΝΑ στην οδό 3^{ης} Σεπτεμβρίου.

Πόσοι άραγε από αυτούς που περιφέρονται στο κέντρο της Αθήνας φτάνουν σε κάποιο από τα προαναφερθέντα κέντρα;

ΑΣΤΕΓΟΙ:

Στο ζήτημα των αστέγων συμποσούνται όλα τα ελλείμματα κοινωνικής πολιτικής, καθώς και τα προβλήματα του ευρύτερου ιστορικού κέντρου.

Συγκεκριμένα,

Δεν γνωρίζουμε τον ακριβή αριθμό των αστέγων. Είναι απαραίτητη η ανάγκη καταγραφής του αριθμού αλλά και του ψυχοκοινωνικού, καθώς και του υγειονομικού προφίλ του αστέγου του ιστορικού κέντρου.

Εντοπίζεται νομοθετικό κενό. Συγκεκριμένα, δεν υφίσταται κανένα νομικός προσδιορισμός του «άστεγου». Για να ενταχθεί κάποιος σε προγράμματα πρόνοιας προσκομίζει έγγραφο από υγειονομική

υπηρεσία που να πιστοποιεί ότι έχει τουλάχιστον 67% αναπηρία. Γεννάται συνεπώς η ανάγκη από το Υπ. Εργασίας για νομοθετική ρύθμιση ώστε να οριστεί νομικά το προφίλ του «άστεγου».

Οι άστεγοι μπορεί να είναι άστεγοι και χρήστες, άστεγοι και μετανάστες ή άστεγοι και χρήστες και μετανάστες..

Κάθε ομάδα χρειάζεται διαφορετική προσέγγιση και αντιμετώπιση. Ο Δήμος Αθηναίων διατηρεί δύο ξενώνες αστέγων (Καρέα και Επικούρου), οι οποίοι όμως δεν επαρκούν. Υπάρχουν κτήρια του Δημοσίου που θα μπορούσαν να διατεθούν για ξενώνες.

Σύμφωνα με το Δήμο Αθηναίων υπάρχουν 250 σημεία στο Δήμο που συγκεντρώνονται άστεγοι.

Το ζήτημα των αστέγων θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ολιστικά: όχι μόνον παροχή τροφής αλλά και εύρεση στέγης και ταυτόχρονη συμβουλευτική από αρμόδιους φορείς ώστε να μπορέσουν να απόσπασματιστούν και να «επανενταχτούν» στην κοινωνία.

Στο κέντρο της Αθήνας πληθυσμοί όπως άποροι άστεγοι, μετανάστες, αιτούντες άσυλο, τοξικοεξαρτημένοι ζουν κάτω από άθλιες συνθήκες διαβίωσης. Η ανέχεια, ο αποκλεισμός, ο ρατσισμός και η απόρριψη, δημιουργούν ένα νέο υπόγειο κόσμο στις δυτικές κοινωνίες. Ένα τέταρτο κόσμο θα τολμούσαμε να πούμε.

Η πραγματικότητα είναι σκληρή για χιλιάδες ανθρώπους που καθημερινά υποστεγάζονται σε καταυλισμούς και εγκαταλειμμένα κτήρια χωρίς τις στοιχειώδεις υποδομές. Άνθρωποι που ζουν στο δρόμο, οικογένειες που ζουν χωρίς ρεύμα και πόσιμο

νερό, άνθρωποι για τους οποίους ένα καθημερινό πιάτο φαΐ και ένα κρεβάτι δεν είναι δεδομένα. Οι άθλιες συνθήκες διαβίωσης, όπως είναι φυσικό, δημιουργούν εστίες μόλυνσης. Η ανάπτυξη μεταδοτικών λοιμώξεων θέτει καθημερινά σε κίνδυνο τόσο τους ανθρώπους που διαβιούν στους χώρους αυτούς όσο και το ευρύτερο σύνολο.

«Δεν θέλω να δακρύσω μπροστά σας. Αλλά χρειάζομαι βοήθεια».

Είναι η Κραυγή απελπισίας ενός άστεγου, του Χάρη, που μπορεί (όπως κι άλλοι άστεγοι τα παγωμένα αθηναϊκά βράδια) να κάνει αξιόποινη πράξη ή να αυτοτραυματιστεί προκειμένου να περάσει μια νύχτα στο κρατητήριο ή στο νοσοκομείο.

Ακόμη και στην Ελλάδα της ιδιοκατοίκησης και της οικογενειακής πρόνοιας οι σύγχρονες κοινωνικές καταστάσεις έχουν διαρρήξει τα προστατευτικά δίκτυα. Δεκαεφτά χιλιάδες άτομα, Έλληνες, αλλοδαποί, άντρες και γυναίκες οικονομικά κατεστραμμένοι από δάνεια και κάρτες, απολυμένοι λίγο πριν από τη συνταξιοδότηση, χρήστες ναρκωτικών, άνθρωποι, κάποτε, της διπλανής πόρτας που ζούσαν μια κανονική ζωή, περιφέρονται σαν σκιές σε παρκάκια και πεζόδρομους πριν καταλήξουν στις «καβάτζες» τους, τα πρόχειρα σπιτικά τους από χαρτόκουτα, σανίδες και πλαστικά.

Οι περισσότεροι ζουν στο δρόμο, σε ακατάλληλα ή πρόχειρα καταλύματα και ουδείς επίσημος κυβερνητικός φορέας μεριμνά γι' αυτούς και δεν τους καταγράφει, όπως συμβαίνει σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες.

Επίσημος ξενώνας για αστέγους στην Ελλάδα δεν υπάρχει. Μοναδικός χώρος στέγασης είναι τα 2 ξενοδοχεία που μισθώνει ο Δήμος

Αθηναίων, όπου σήμερα μένουν περίπου 200 άστεγοι από τις 8.000 που «ζουν» στην πρωτεύουσα.

Τα καταφύγια- Στοές, πλατείες καταστημάτων, προαύλια εκκλησιών είναι τα καθημερινά καταφύγια των αστέγων. Η Χριστίνα μένει σε ένα υπόστεγο εγκαταλελειμμένου καταστήματος στην Ομόνοια. Το πεζουλάκι έχει μετατραπεί σε... κουζίνα για το κατσαρολάκι της και το σκαλί σε... κρεβάτι για τις κουβέρτες της. *«Είμαι τρία χρόνια στο δρόμο. Βοηθήστε με να πάρω τα φάρμακά μου για την επιληψία...»* εκλιπαρεί. Η Χριστίνα ανήκει σε μία κατηγορία ατόμων που μόλις πρόσφατα τράβηξε την προσοχή των αρμοδίων. (3,4)

Περίπου 5.000 είναι πρόσφυγες και μετανάστες χωρίς χαρτιά. Οι υπόλοιποι είναι Έλληνες και οι κοινωνικές υπηρεσίες αναφέρουν ότι οι 350 βρίσκονται στο κέντρο της Αθήνας. Άλλοι τόσοι κινούνται σε πιο περιφερειακές συνοικίες της πρωτεύουσας, ενώ 300 άνθρωποι βιώνουν παρόμοιες εμπειρίες στην υπόλοιπη χώρα και ειδικά στη Θεσσαλονίκη. Ακόμη, γύρω στα 1.000 άτομα εκτιμάται ότι μένουν κατά καιρούς στα φτηνά ξενοδοχεία. (1-9)

Με πληγή ανοιχτή που μολύνεται από την αδιαφορία της κοινωνίας την ώρα που η κρατική μέριμνα είναι ανύπαρκτη μοιάζει το πρόβλημα των αστέγων στα Χανιά. Αριθμούν τους σαράντα οι συνάνθρωποί μας σε ολόκληρο το νομό που ζουν στο δρόμο και περιστασιακά σε άθλια καταλύματα.

Στην Ελλάδα όμως η δημιουργία ξενώνων είναι ακόμη σε εμβρυακό στάδιο, ενώ οι ήδη υπάρχοντες λειτουργούν με προβλήματα. Για παράδειγμα, ο ξενώνας αστέγων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

στον Καρέα φιλοξενεί μόλις 65 άτομα. Πέρυσι η Ελλάδα είχε 14 κέντρα υποδοχής. Λειτουργούν τα εννιά. Τα περισσότερα είναι υπερπλήρη, με τραγικές συνθήκες διαβίωσης. (2-6,10)

Οι αριθμοί από άλλες χώρες της Ε.Ε., τις πιο προηγμένες, δίνουν τη διάσταση ενός εκρηκτικού προβλήματος που ακούει στο όνομα περιθωριοποίηση μεγάλων πληθυσμιακά ομάδων. Ενδεικτικά, οι άστεγοι στη Βρετανία είναι 350.000, στη Γερμανία 330.000, στη Γαλλία περί τις 90.000, δηλαδή άνθρωποι που δεν έχουν πού την κεφαλήν κλίνει. (67,69,73)

Οργανώσεις που ασχολούνται με το πρόβλημα επισημαίνουν ότι πέραν εκείνων που κοιμούνται στο πεζοδρόμιο, στο μετρό, στα παγκάκια, υπάρχουν και οι άλλοι άστεγοι: αυτοί που διαβιούν σε ανασφαλή και εξαθλιωμένα καταλύματα χωρίς πρόσβαση σε νερό, ρεύμα, θέρμανση.

Το ζήτημα της στέγης είναι άρρηκτα δεμένο με την αύξηση της φτώχειας, με τις ανισότητες, με τον κοινωνικό αποκλεισμό, αλλά και με το μεταναστευτικό ρεύμα, την ιδιωτικοποίηση της κοινωνικής πολιτικής, τη σταδιακή περιθωριοποίηση ευρύτατων πληθυσμών.

Οικουμενικό θέμα. (80,82,83,85,86,87,88)

Στην πραγματικότητα το ζήτημα της στέγης αφορά ένα πολύ μεγάλο τμήμα του πληθυσμού. Είναι θέμα οικουμενικό, σίγουρα πανευρωπαϊκό -άστεγοι ή ελλειπτικά και πρόχειρα στεγασμένοι βρίσκονται και στις πλουσιότερες ευρωπαϊκές χώρες, για να μην πούμε ότι βρίσκονται κυρίως σε αυτές. (89-92,96,107,109-112)

Οι αριθμοί, καμιά φορά, μιλούν από μόνοι τους. Το Παρατηρητήριο για την Έλλειψη Στέγης, που λειτουργεί με ευθύνη της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Οργανώσεων που δουλεύουν για τους άστεγους (FEANTSA), έχει καταγράψει στις 15 χώρες που συμμετείχαν στην E.E. περισσότερους από 2.000.000 αστέγους, στους οποίους περιλαμβάνονται άστεγοι του δρόμου (υπολογίζονται σε 20.000 άτομα), πολίτες που δεν διαθέτουν στέγη και φιλοξενούνται σε ξενώνες, ιδρύματα (περισσότεροι από 800.000 άτομα), καθώς και άστεγα άτομα που κάνουν χρήση προγραμμάτων κοινωνικής κατοικίας ή διαμένουν σε ακατάλληλες κατοικίες. Επίσης υπολογίζεται ότι 15 περίπου εκατομμύρια κάτοικοι της E.E. είναι κακώς στεγασμένοι ή ζουν σε εξαιρετικά υποβαθμισμένες συνθήκες. (67,68,71,72)

Εκεί που τα πράγματα είναι άκρως ανησυχητικά είναι στις χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ. Στη Ρωσία, για παράδειγμα, η εικόνα ενός ρακένδυτου ανθρώπου δίπλα σε ένα μπουκάλι βότκα είναι κάτι συνηθισμένο. (67,68,69,73,74)

Χιλιάδες άνθρωποι, θύματα της πιο άγριας νεοφιλελεύθερης επίθεσης, κυκλοφορούν στους δρόμους χωρίς ελπίδα και προοπτική. Ονομάζονται *groriska*, που σημαίνει αυτοί που δεν έχουν τη σφραγίδα που να πιστοποιεί την ύπαρξη της μόνιμης κατοικίας τους. (63,64,101,102,103)

Στις Η.Π.Α. άνθρωποι όλων των ηλικιών που βρίσκονται κυριολεκτικά στο δρόμο είναι περίπου 3,5 εκατομμύρια, εκ των οποίων το 1,5 είναι παιδιά. Στην κατηγορία αυτή υπάρχουν πάρα πολλές οικογένειες που κοιμούνται σε σταθμούς και σε υπόγειες διαβάσεις, ενώ ένα σημαντικό

μέρος των «ανθρώπων του δρόμου» είναι γυναίκες - θύματα οικογενειακής βίας. Είναι αναγκασμένες να επιλέξουν ανάμεσα σε μια προβληματική και τραυματική σχέση και στο να βγουν στο δρόμο. Επιλέγουν συχνά το δεύτερο. Στη Νέα Υόρκη 37.000 άνθρωποι κοιμούνται σε δημόσια άσυλα, ενώ οι αρχές σκέφτονται να τους στεγάσουν σε κρουαζιερόπολοια δεμένα στο λιμάνι της πόλης. Το Τμήμα Αστεγών της Νέας Υόρκης, της μοναδικής πόλης στις Η.Π.Α. όπου οι άστεγοι έχουν αποκτήσει το δικαίωμα να τους παρέχεται καταφύγιο, υποστηρίζει ότι τα ποσοστά κατατάσσουν την πόλη στις χαμηλότερες θέσεις μεταξύ των μεγάλων αστικών κέντρων στο συγκεκριμένο πρόβλημα. Η οργάνωση «Συμμαχία για τους Αστεγούς», μια από τις πιο αξιόπιστες και μαχητικές ομάδες που βοηθά ποικιλοτρόπως τους αστεγούς, υποστηρίζει όμως ότι η συγκεκριμένη καταμέτρηση έχει υποτιμήσει τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος. (56, 57, 60,71,72,79)

Στο Ρίο ντε Τζανέιρο η δημοτική αστυνομία, σε συνεργασία με τις υπηρεσίες καθαριότητας, τριγυρνά στην πόλη για να εντοπίσει περιοχές όπου μαζεύονται άστεγοι και στη συνέχεια πηγαίνει εκεί, διώχνει τους αστεγούς –που συχνά το βάζουν στα πόδια μόλις δουν τις αρχές- και ζητά από τις υπηρεσίες αποκομιδής απορριμμάτων να μαζέψουν όλες τις τσάντες και σάκους που βρίσκουν, χαρακτηρίζοντας τα πάντα «σκουπίδια». Με αυτόν τον τρόπο, ουσιαστικά στερεί από τους αστεγούς και τα παιδιά του δρόμου τα ελάχιστα υπάρχοντά τους, συμπεριλαμβανομένων επίσημων εγγράφων, ιατρικών συνταγών, φαρμάκων και χρημάτων. Παρ' ότι η κατάσταση των αστεγών στο Ρίο

ντε Τζανέιρο αναγνωρίζεται ως ζήτημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί, η τοπική κυβέρνηση εξακολουθεί να μην έχει μια συνεπή και ενιαία πολιτική για να απαντήσει στις ανάγκες τους. Τα τελευταία χρόνια, σε περιόδους πριν από κάποια γεγονότα όπως το Καρναβάλι, που προσελκύει εκατοντάδες χιλιάδες τουρίστες και τεράστια διεθνή προσοχή, οι εκκαθαριστικές επιχειρήσεις εντείνονται.

Οι Οργανισμοί, δημόσιοι και ιδιωτικοί, το κράτος, η ενημέρωση και η επαγρύπνηση μόνο μπορούν να κάνουν το φαινόμενο της κατοικίας να μη μοιάζει με πολυτέλεια και κατάκτηση, γι' αυτό ας μην γυρνάμε το κεφάλι στο συνάνθρωπό μας που κοιμάται δίπλα στο παγκάκι που εμείς διαβάζουμε την εφημερίδα μας.(63,64,67,69,73)

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ Η ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ

Η Ελλάδα έχοντας πρακτικά ανεξέλεγκτα σύνορα αποτελεί εδώ και καιρό πύλη εισόδου και μετακίνησης νόμιμων και παράνομων μεταναστών , προσφύγων αιτούντων άσυλο στην Ευρώπη.

Αν ανατρέξει κανείς στις προσπάθειες νομιμοποίησης των μεταναστών ,τα τελευταία 20 χρόνια, στην Ελλάδα αλλά και στα δεδομένα του Υπουργείου Προστασίας του Πολίτη, ο αριθμός των μεταναστών ανέρχεται σε περίπου 1,2 εκατομμύρια στα 11 εκατομμύρια του πληθυσμού. Πρόσφατα, η Ελλάδα αποτελεί μια χώρα που η φτώχεια αυξάνει και το σύστημα υγείας σκληραίνει απάνθρωπα, με την αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας να γίνεται όλο και πιο αντιληπτή.

Πέραν του πολύ σημαντικού θέματος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων , η διαμονή αυτής της μερίδας πληθυσμού στο δρόμο ή σε άθλια καταλύματα αποτελεί θέμα Δημόσιας Υγείας που το κράτος ακόμη δεν έχει αντιμετωπίσει πρακτικά και θεσμικά.

Η ταυτόχρονη οικονομική κρίση οδήγησε πλην των μεταναστών και Έλληνες πολίτες έξω από το σύστημα υγείας με αποτέλεσμα να αποτελούν το 11,3 % των ασθενών στα πολυιατρεία των Γιατρών του Κόσμου.

Πρόσφατη μελέτη των ΓτΚ στον πληθυσμό που επισκέπτεται τα πολυιατρεία , ανέδειξε σημαντικό ποσοστό ατόμων (23,33%) που διαμένει σε εγκαταλελειμένα κτίρια ή είναι στο δρόμο. Εντυπωσιακό είναι ότι το 19% του πληθυσμού που προσέρχεται στα ιατρεία έχει πανεπιστημιακή εκπαίδευση ενώ το 31,25% πάσχει από χρόνιες παθήσεις. Σημαντική αναδεικνύεται η χρήση απαγορευμένων ουσιών σε αυτό τον πληθυσμό (18,75%)

Η διεξαχθείσα μελέτη που πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα 3/4/2011 έως 1/5/2011 σε 50 άτομα που διαμένουν στο ιστορικό κέντρο της Αθήνας ανέδειξε ότι το 38% δηλώνει ότι έχει σταθερό κατάλυμα το τελευταίο εξάμηνο, οι πλειονότητα αυτών 62% στηρίζεται σε συγγενείς και φίλους για την αντιμετώπιση προβλημάτων, το 16% κάνει χρήση απαγορευμένων ουσιών, ενώ 32% αντιμετωπίζει χρόνια πρόβλημα υγείας αλλά μόνο ένας στους τρεις παρακολουθείται από ιατρό.

Τα νούμερα τείνουν να συμπίπτουν με άλλες έρευνες σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο και να καταμαρτυρούν ένα πολυδιάστατο πρόβλημα τόσο σε κοινωνικό όσο και σε επίπεδο δημόσιας υγείας

Εμφανής είναι συνεπώς η ανάγκη ιατρικής παρέμβασης. Η πρόσβαση στην περίθαλψη και την πρόληψη είναι αναφαίρετο δικαίωμα όλων, και η οποιαδήποτε άρνηση ή αδράνεια σε αυτό το χώρο είναι εγκληματική. Χρειάζεται να γίνουν παρεμβάσεις από τους κρατικούς φορείς με αρμούς όλους εμάς για να προασπίσουμε τη Δημόσια Υγεία- Μας αφορά όλους.-

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το δικαίωμα στην Υγεία είναι πανανθρώπινη αξία. Η ανεμπόδιστη και ποιοτική ιατρική περίθαλψη ευπαθών κοινωνικών ομάδων, πρέπει να αποτελεί κύριο μέλημα και προτεραιότητα για όλους. Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένεια του υγεία ευημερία, και ειδικότερα τροφή, ρουχισμό, κατοικία, ιατρική περίθαλψη όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες.

Στην ευρύτερη περιοχή του ιστορικού κέντρου της Αθήνας καταγράφεται ένα κρίσιμο και πολυδιάστατο πρόβλημα με ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και διεθνείς επιπτώσεις που πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα.

Είναι λυπηρό αλλά στην χώρα που γεννήθηκε η δημοκρατία, σήμερα καταγράφεται μια νέα τάξη πραγμάτων που απέχει πολύ από τις αξίες που οφείλαμε να ακολουθούσαμε ως πολιτεία αλλά και ως μεμονωμένα άτομα αυτού του συστήματος. Ως υγιές κομμάτι της κοινωνίας είναι ευθύνη μας η αρωγή σε αυτόν τον ιδιαίτερο πληθυσμό ανθρώπων (άστεγοι) και όχι ή εκμετάλλευση του, για ένα καλλίτερο και πιο ανθρώπινο μέλλον για εμάς και τα παιδιά μας.

ABSTRACT

The right to health is a fundamental human value. The availability of unrestricted, quality medical care for vulnerable social groups should be a major priority and concern for all of us. Everyone deserves a level of existence that includes health, wellbeing and, especially: food, clothing, shelter and medical care – as well as access to essential public services.

In the wider area of Athens' historical centre there is today a critical and multidimensional problem which has a variety of social, economic, political and international consequences which must be addressed immediately.

It is a sad truth that, in the country which gave birth to democracy, today we see a new kind of reality which is far removed from the values which we should uphold as a state and as individual members of this system. As healthy and privileged members of society, it is our responsibility to provide comfort and assistance to this special group of people (the homeless) – and not to exploit their condition. This is our responsibility and goal, for a better and more humane tomorrow, for ourselves and our children.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ :

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ:

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

- Σας προσκαλούμε σε μια έρευνα. Δεν είστε υποχρεωμένοι να συμμετάσχετε.
- Η συμμετοχή σας δεν έχει καμία επίπτωση στην προσωπική σας ασφάλεια , είστε ελεύθεροι να απαντήσετε ή να μην απαντήσετε στις ερωτήσεις .
- Αυτή η συνέντευξη είναι απολύτως ανώνυμη και εμπιστευτική .
- θέλουμε να χρησιμοποιήσουμε τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας για να βελτιώσουμε την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αστέγων : μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής ή /και τοξικοεξαρτώμενων στο ιστορικό κέντρο της Αθήνας.
- Θα προσεγγίσουμε μαζί διάφορα θέματα : Υγεία, συνθήκες διαβίωσης , έσοδα, μετανάστευση, χρήση απαγορευμένων ουσιών.
- Θυμηθείτε ότι είστε ελεύθεροι να επιλέξετε να μην απαντήσετε το ερωτηματολόγιο σε οποιαδήποτε ερώτηση και μπορείτε να σταματήσετε το ερωτηματολόγιο οποιαδήποτε στιγμή επιθυμείτε.

Να καταχωρηθεί από τον εξεταστή:

ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ ΕΡΩΤΗΣΗ: θέλετε να προσθέσετε και την εθνικότητα σας;

1. Ο μια απάντηση
2. Ο όχι

Χώρα.....πόλη.....

Πρόγραμμα.....

Όνομα ερευνητή.....

Διερμηνεία :

1. Ο ναι
2. Ο όχι

1. Αριθμός αρχείου _ _ / _ _ / _ _

2. Ημερομηνία συνέντευξης: _ _ / _ _ / _ _ (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕ)

3. Ώρα έναρξης συνέντευξης _ _ . _ _

Σε 24ωρη μορφή (π.χ. 20:30 και όχι 8:30)

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ

4. ΦΥΛΟ

1. Ο Α
2. Ο Θ
3. Ο ομοφυλόφιλος

Σημείωση . Στην περίπτωση αυτή είναι υποχρεωτικές δύο απαντήσεις: γενετική μορφή και φαινομενικό φύλο.

5. Ημερομηνία γέννησης

Σημείωση: καταγράψτε μόνο τον μήνα και το έτος _ _ / _ _

· Η την ηλικία _ _ ΕΤΩΝ (Η ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΗ ΗΛΙΚΙΑ)

6. Ποια είναι η υπηκοότητα σας; (συμπεριλαμβανομένων και των απατρίδων)

.....

ΠΡΟΕΡΑΙΤΙΚΗ ΕΡΩΤΗΣΗ: θέλετε να προσθέσετε και την εθνικότητα σας;

7. Εάν συμφωνείται , θα μπορούσατε να μας πείτε σε πια εθνότητα ανήκετε;

.....

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ:

8. Ζείτε:

1. Ο μόνος (με ή χωρίς παιδιά)

2.Ο με τον σύντροφο σας .

3.Ο με συγγενείς ή φίλους

9. Έχετε παιδιά; (κάτω των 18 ετών)

1.Ο ναι

2.Ο όχι

Εάν ναι 10. Μένετε μαζί τους ή με κάποιο από αυτά;

1.Ο ναι

2.Ο όχι

11. Ποιές είναι οι τωρινές συνθήκες στέγασης;

(σημειώστε μία μόνο απάντηση)

1.Ο Άστεγος (στο δρόμο ή εκτάκτως σε ξενώνα για μια νύχτα μόνο)

2.Ο Σε κατάλυμα για μικρό χρονικό διάστημα (ξενοδοχείο, ξενώνες για αστέγους , για γυναίκες ή για μετανάστες , και για διάστημα ενός μηνός και πλέον)

3.Ο Σε κατάλυμα μεσαίου διαστήματος (ίδιοι χώροι για διάστημα ενός μηνός και πλέον)

4.Ο Ασταθής διαμονή.

4.1..Ο Προσωρινά σε συγγενείς και φίλους.

4.2..Ο Κατάληψη. (διαμονή χωρίς νόμιμα έγγραφα ενοικίου ή ιδιοκτησίας)

4.3.Ο Παράνομη κατάληψη υπαίθριου χώρου (παράνομη κατασκήνωση).

4.4.Ο Υπό το καθεστώς απέλασης ή έξωσης από τον χώρο.

5.Ο Σταθερό κατάλυμα (ιδιωτικό κατάλυμα τους τελευταίους 3 μήνες ή μακροπρόθεσμη φιλοξενία σε συγγενείς /φίλους ,)

6. Ο Άλλο (διευκρινίστε).....

:

12. Έχετε πρόσβαση στον χώρο διαμονής σας στα παρακάτω:

(Σημείωση :εάν η τουαλέτα βρίσκεται εκτός του σπιτιού , θεωρείται εκτός του καταλύματος , απαντήστε όχι)

12. 1. Ο τρεχούμενο νερό 1.Ο ναι 2.Ο όχι

12. 2.Ο Τουαλέτα 1. Ο ναι 2.Ο όχι

12.3 .Ο Κουζίνα ή καμινέτο 1. Ο ναι 2.Ο όχι

12.4.Ο Σύστημα θέρμανσης 1. Ο ναι 2. Ο όχι

12.5 Ο Ηλεκτρικό ρεύμα 1. Ο ναι 2. Ο όχι

13. Πόσα δωμάτια υπάρχουν στο σπίτι σας: (Μην συμπεριλάβετε την κουζίνα , το μπάνιο ή το χολ) Εάν το άτομο μένει σε ξενώνα σημειώνεται μόνο το δωμάτιο του)

.....δωμάτια.

14. Συνολικά πόσα άτομα μένουν στο σπίτι (συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού σας);

(σημείωση :τουλάχιστον ένα άτομο από την στιγμή που μετράται και ο συνεντευξιαζόμενος -εάν το άτομο μένει σε ξενώνα, μετρούνται τα άτομα που μένουν στο ίδιο δωμάτιο)

.....άτομα

15. Κατά την γνώμη σας , πιστεύετε ότι οι συνθήκες διαμονής επηρεάζουν την υγεία σας ή /και των παιδιών σας ; (υγρασία, κρύο, καθαριότητα χώρου κ.α)

1.Ο ναι

2.Ο όχι

16. Έχετε κάποια μόνιμη ή προσωρινή δουλειά ή κάποια άλλη δραστηριότητα που σας εξασφαλίζει κάποιο εισόδημα;

1.Ο. ναι, μόνιμη

2.Ο ναι , περιστασιακή

3.Ο όχι

4.Ο (δεν επιθυμεί να απαντήσει).

Εάν έχετε μια επαγγελματική δραστηριότητα :

17. Ποια είναι αυτή;

(σημείωση αναφέρεται η βασική απασχόληση)

.....

.....

Καταχωρείται από τον εξεταστή:

18. ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΤΟΜΕΑ:

(δεν τίθεται απευθείας η ερώτηση. Διευκρινίζεται η ερώτηση 17 και κωδικοποιείται ή αναφέρεται «άλλο»)

01.Ο Γεωργική εργασία, δασοπονία, αλιεία

02. Ο Βιομηχανία γεωργικών προϊόντων και τροφίμων.

03.Ο Βιομηχανία καταναλωτικών αγαθών (συμπεριλαμβάνεται η ένδυση)

04.Ο Άλλες βιομηχανίες.....

05.Ο Οικοδομική εργασία, δημόσια έργα

06 Ο Εμπορικός τομέας.

07 Ο Ξενοδοχείο ή εστιατόριο.

08 Ο Καθαριότητα.

09 Ο Μεταφορές.

10 Ο Υπηρεσία σε ιδιώτες.

11. Άλλο.....

Όσον αφορά την κύρια δραστηριότητα.....

19. Η δραστηριότητα σας είναι νυχτερινή; (Από τα μεσάνυχτα μέχρι τις 5 το πρωί)

1. Ο Σχεδόν σε καθημερινή βάση
- 2 Ο Αρκετές φορές την εβδομάδα.
- 3 Ο Αρκετές φορές τον μήνα
4. Ο Σπάνια ή ποτέ

Αφορά όλους τους ερωτηθέντες:

21. Υπήρξατε ποτέ θύμα εργατικού ατυχήματος το τελευταίο χρόνο;

(Ατύχημα στον χώρο εργασίας , στην διαδρομή, για όλες τις δραστηριότητες νόμιμες ή μη)

1. Ο ναι
2. Ο όχι

22. Πριν πόσο καιρό;.....

23. Ποιο ήταν το συνολικό εισόδημα σας τον προηγούμενο μήνα;

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ:

24. Γενικά θα λέγατε ότι αισθάνεστε.....

1. Ο Πολύ μόνος
- 2.Ο Αρκετά μόνος
- 3.Ο Λίγο μόνος
- 4.Καθόλου μόνος

25. Στην Αθήνα έχετε κάποιον που να μπορεί να σας στηρίξει ή να βασιστείτε σε αυτόν εάν έχετε κάποιο πρόβλημα ;

1. Ο Πολύ συχνά
2. Ο Συχνά
3. Ο Μερικές φορές
4. Ο Ποτέ

Εάν ναι

26. Σε ποιόν; (μπορείτε να σημειώσετε όσες απαντήσεις επιθυμείτε)

- 1 Α Οικογένεια
- 2 Α Φίλοι , συμπατριώτες , μέλη της κοινότητας, γείτονες
- 3.Α Διαμεσολαβητές του κράτους , του ιδιωτικού τομέα , των ΜΚΟ,
4. Α Άλλο, προσδιορίστε.....

Σημείωση η παρακάτω δύο ερωτήσεις απευθύνονται σε μετανάστες

27. Συνολικά πόσο καιρό βρίσκεστε στην Αθήνα;

1. Ο Ημέρες.....
2. Ο Μήνες
- 3 Ο Έτη

28. Έχετε άδεια παραμονής στην χώρα;

- 1.Ο ναι
2. Ο όχι
3. Δεν επιθυμεί να απαντήσει

Εάν όχι 29. Ανήκετε στην κατηγορία « αιτούντες άσυλο»

1. Ο ναι
2. Ο όχι
3. Ο Δεν επιθυμεί να απαντήσει.

Σημείωση : Ερώτηση απευθυνόμενη σε χρήστες ουσιών:

30 Αυτή την στιγμή κάνετε χρήση ουσιών;

1. Ο ναι
2. Ο όχι
3. Ο δεν επιθυμεί να απαντήσει

Εάν ναι τι;

31.

1. Ο Ηρωίνη
2. Ο κοκαΐνη
3. Ο Κάνναβη
4. Ο Άλλο.....
- ...

32. Εάν όχι

1. Ο Είστε καθαρός
- 2.Ο Είστε σε πρόγραμμα
- 3.Ο Άλλο.....

ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ-ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

33. Έχετε ιδιωτική ασφάλιση;

1. Ο ναι
2. Ο όχι

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ, ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

34. Πάσχετε από κάποιο χρόνια πρόβλημα Υγείας;

1. Ο ναι
2. Ο όχι

Εάν ναι 35. Ποιο είναι αυτό;

1. Ο Σακχαρώδης διαβήτης
2. Ο Καρδιαγγειακό πρόβλημα
3. Ο Χ.Α.Π
4. Ο HIV/ AIDS
5. Ο Άλλο.....

36. Σας παρακολουθεί κάποιος Γιατρός ;

1. Ο ναι
2. Ο όχι

Εάν ναι , 37. Που;

1. Ο Σε νοσοκομείο
2. Ο Σε ιδιωτικό ιατρείο
3. Ο Σε ιατρεία ειδικών δομών ΜΚΟ (διευκρινίστε).....
4. Ο Άλλο.....

38. Από που προμηθεύεστε την φαρμακευτική σας αγωγή

1. Ο Από το φαρμακείο
2. Ο Από το νοσοκομείο
3. Ο Από ΜΚΟ.....
4. Ο από αλλού

39. Όσον αφορά το τελευταίο πρόβλημα υγείας που είχατε, τι κάνατε; Ή που απευθυνθήκατε (δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων)

- 1.Ο Αυτοθεραπεία
- 2 Ο Επίσκεψη σε γιατρό/ οδοντίατρο, νοσηλευτή ή άλλον επαγγελματία υγείας
3. Ο Συμβουλές από το φαρμακείο.
4. Ο Επίσκεψη σε παραδοσιακό θεραπευτή
- 5 Ο Απευθύνθηκα σε γείτονα, φίλο ή στην οικογένεια.
6. Ο δεν έκανα τίποτα
- 7.Ο άλλο, διευκρινίστε.....

40.Εάν επισκεφτήκατε έναν επαγγελματία υγείας , που έγινε αυτό (απαντήσεις 2,και3);

Που τον επισκεφτήκατε; (αφορά όλες τις επισκέψεις για το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας)

(Δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων)

- 1.Ο στα επείγοντα νοσοκομείου
- 2 Ο στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου
- 3.Ο στα ιατρεία ειδικών δομών ΜΚΟ
- 4.Ο άλλο , διευκρινίστε.....

41.Όσον αφορά αυτό το τελευταίο πρόβλημα υγείας , μήπως ένας επαγγελματίας υγείας ή μια δομή περίθαλψης (συμπεριλαμβάνεται η γραμματεία) αρνήθηκε να σας δεχθεί;

- 1.Ο ναι
- 2.Ο όχι

42. Κατά την διάρκεια του περασμένου έτους , σε διάφορα επίπεδα της ζωής σας – προσωπικό και κοινωνικό , έχετε υπάρξει , εσείς προσωπικά θύμα ρατσιστικής συμπεριφοράς (διάκριση λόγω χρώματος , καταγωγής , χρήσης απαγορευμένων ουσιών, κ.α)

- 1.Ο ναι συχνά
- 2.Ο ναι περιστασιακά
- 3.Ο όχι

Εάν απαντήσατε ναι στην 42:

43. Αυτό συνέβη έστω και μια φορά που ζητήσατε ιατρικές συμβουλές (ιατρός νοσοκομείο, κρατικό σύστημα υγείας Μ.Κ.Ο)

- 1.Ο ναι
- 2.Ο όχι

45. Γενικά πως θα περιγράφατε την υγεία σας; Είναι:

- 1 Ο πολύ καλή
- 2.Ο καλή
- 3 Ο μέτρια
- 4 κακή

46. Σε γενικές γραμμές ποιά είναι τα εμπόδια που αντιμετωπίζεται όσον αφορά την περίθαλψη σας

- 01 Ο δεν υπήρξαν προβλήματα
- 02 Ο πολύ ακριβή ιατρική εξέταση
- 03 Ο πολύ ακριβή θεραπεία
- 04 Ο ακατάλληλο ωράριο.
- 05 Ο δεν έχω χρόνο, η έχω να ασχοληθώ με άλλο πιο σοβαρό πρόβλημα (στέγαση , διατροφή κ.τ.λ.)
- 06 Ο διοικητικές δυσκολίες
- 07 Ο πολυπλοκότητα του συστήματος (άγνοια δικαιωμάτων και τόπου)
- 08 Ο γλωσσικά εμπόδια
- 09 Ο μου αρνήθηκαν την πρόσβαση
- 10 Ο φόβος διάκρισης , κακής υποδοχής ή άρνησης
- 11 Ο φόβος καταγγελίας ή σύλληψης
- 12 Ο καχυποψία όσον αφορά την επίσκεψη ή τις εξετάσεις , δεν του αρέσει να πηγαίνει σε γιατρό.
- 13 Ο άλλη αιτία.....
- 14 Ο δεν γνωρίζω

Σε περίπτωση ύπαρξης έστω και ενός εμποδίου

47. Αυτό ή αυτά τα εμπόδια σας οδήγησαν να μην ζητήσετε για το πρόβλημα σας ιατρική συμβουλή ή θεραπεία κατά την διάρκεια των τελευταίων μηνών .

(εάν ο ασθενής είναι στην Αθήνα λιγότερο από ένα χρόνο , θα ερωτηθεί για την χρονική περίοδο που βρίσκεται εδώ . Αν πει ότι δεν χρειάστηκε περίθαλψη, σημειώνουμε όχι)

- 1 Ο ναι
2. Ο όχι

Εάν ναι

48. Από πια κατηγορία περίθαλψης παραιτηθήκατε ;

(δεν θα αναφερθούν οι κατηγορίες.)

- 1.Ο οδοντιατρική περίθαλψη
- 2 Ο Γυαλιά οράσεως , φακοί επαφής
- 3 Ο φυσιοθεραπεία
4. Ο ιατρικές επισκέψεις

- 5. Ο παρακολούθηση εγκυμοσύνης
- 6 Ο Εργαστηριακές αναλύσεις, αιμοληψίες, ακτινογραφίες ή άλλες απεικονιστικές εξετάσεις
- 7 Ο φαρμακείο , φάρμακα
- 8 Ο Ψυχολογική ή ψυχιατρική περίθαλψη οποιασδήποτε μορφής

Το ερωτηματολόγιο είναι από το Ευρωπαϊκό παρατηρητήριο διαμορφωμένο στις ανάγκες και ιδιαιτερότητες της διεξαχθείσας έρευνας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

2. Acheson , D. *independent Inquiry into Inequalities in Health* : Report, stationery office – London, 1998
3. Bravemann P. and Gruskin S., Defining Equity in Health, *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003; 57 : 254-258
4. Coburn D., Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism, *Social science and medicine* 2000; 51;135-146
5. European Commission , *Quality in and equality of access to healthcare services*, European Communities, 2008
6. Hart J.P.,The Inverse Care Law, *Lancet* 1971; 1:405-412
7. Mackenbach J .P.& Kunst A.E., Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe , *Social Science & Medicine* 1997;44(6):757-71
8. Marmot M , Ryff. C,D, Bumpass L.,L.,, Shipley M ., Marks N F.,Social inequalities in health: next questions and covering evidence, *Social Science & Medicine* 1997;44(6):901-10
9. Bischoff A ,Schneider M, Denhaerynk K, Battegay E ,
10. United Nations. Trends in Total Migrant Stock The 2008 Revision
11. US census Bureau. International Database- country Rankings
12. World Banks Migration and Development Brief 11
13. International Labour Organitation’s Towards a Fair Deal for Migrant Workers in Global Economy
14. Norwegian Refugee Council- Internal Displacement Monitoring Center’s Internal Displacement. Global Overview of Trends and developments in 2008
15. United Nations High Commissioner for Refugges 2008 Global Trends , Refugges, Asylum-seekers, Refugges, Internalty Displaced and Stateless Persons.
16. All data from, Global Trends are from World Migration 2005, Costs and benefits of international Migration unless noted otherwise.
17. United Nations Trends in Total Migrant stock, The 2003 Revision.
18. Kassimis, C.,and C Kassimi (2004) Greece, A History of Migration, Migration Information Source
19. The archives of the OIM mission in Athens
20. Kassimis, C,and C. Kassimi (2004) Greece
21. Gavoudakis , J (2002),Migration in South Eastern Europe and the Case of Greece, *International Migration* , 40 (1)
22. Theodorides, N & Dimitrakopoulos, I. N (2004) RAXEN Analytical Report on Legislation, Greece RAXEN National Focal Point Greece. Antigene International and Documentation Centre. Viena. EUMC
23. Triadafillidou , A & Veikou M (2002) The hierarchy of Greekness, ethnic and national identity considerations in Greek immigration policy, *Ethnicities* 2 (2) 189-208

24. Τσιτσελίκης Κ, (2008) Θεσμικό πλαίσιο για την μετανάστευση και την παλιννόστηση, Στο : ομάδα εργασίας ΤΕΕ/ΤΚΜ, Αρχιτεκτονική και πολεοδομικοί μετασχηματισμοί στην Θεσσαλονίκη λόγω του φαινομένου της μετανάστευσης, Θεσσαλονίκη, κεφ Ι
25. Χοτούρας Δημήτριος , Περιβαλλοντικοί πρόσφυγες1.Κασιμάτη Κ (επιμ.), *Κοινωνικός αποκλεισμός: η ελληνική εμπειρία*, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 2004
26. Κασιμάτη Κ. *Κοινωνικός σχεδιασμός και αξιολόγηση .Μέθοδοι και πρακτικές*, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 2002
27. Κουτατζόγλου Ι ., *Κοινωνικός αποκλεισμός : Εκτός , εντός , και υπό*, Εκδόσεις Σαββάλας , Αθήνα ,2006
28. Πετμετζίδου Μ . & Παπαθεοδώρου Χ (επιμ.) *Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός* , Εξάντας , Αθήνα ,2004
29. Ρόμπολης Σ . & Χλέτσος Μ ., *Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους προνοίας* , Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη, 1995
30. Στασινοπούλου Ο., *Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής* ,Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1996
31. Esping- Andersen G ., Gallie D., Hemerijck A ., Myles J ., *Γιατί χρειαζόμαστε ένα νέο κοινωνικό κράτος* , Εκδόσεις Διονίκος , Αθήνα , 2006
32. Nettleton S., *Η κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας* , Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα, 2002
33. Διαπολιτισμική πύλη Πρόγραμμα διαπολιτισμικής Εκπαίδευσης δημόσιων Υπαλλήλων ποθ ασχολούνται με θέματα νοσοκομειακής περίθαλψης υπηκόων τρίτων χωρών στα νοσοκομεία της Αττικής και της Θεσσαλονίκης
34. Ερευνητικό Έργο : Οι οικονομικές επιπτώσεις της απασχόλησης των μεταναστών κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας στο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν, Υπεύθυνος έργου Αντώνης Κόντης, Ευρωπαϊκή Ομάδα: Σταύρος Ζωγραφάκης, Θόδωρος Μητράκης
35. Mechanic D. Strategies for integrating public mental health services. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42:797-801.
36. Goldman HH, Morrissey JP, Ridgely MS, Frank RG, Newman SJ, Kennedy C. Lessons from the Program on Chronic Mental Illness. *HealthAff* 1992;11:51-68.
37. Ετήσια Εκθεση για την κατάσταση των Ναρκωτικών και των Ουιροπνευματωδών στην Ελλάδα 2010 σελ 42,43, 46,51,67
38. Agranoff R. Human services integration: past and present challenges in public administration *Public Administration Rev*. 1991;51: 533-542.
39. Goldman HH, Morrissey JP. The alchemy of mental health policy: homelessness and the fourth cycle of reform. *Am J Public Health*.
40. Outcasts on Main Street: Report of the Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness. Washington, DC: Interagency Council on the Homeless; 1992. DHHS publication ADM92-1904.
41. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. Kaplan GA, Goldberg DE, Everson SA, Cohen RD, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen J. *Source Human*

- Population Laboratory, California Department of Health Services, Berkeley, 94704-1011, USA.
42. Morrissey JP, Calloway MO, Bartko WT, Goldman HH. Local mental health authorities and service system change: Evidence from the Robert Wood Johnson Program on Chronic Mental Illness. *Milbank Q.* 1994;72:49-80
 43. Burns BJ, Santos AB. Assertive community Serv. 1995;46:669-675.
 44. Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry.* 1998;68:216-232.
 45. Lehman AF, Postrado LT, Roth D, McNary SW, Goldman HH. Continuity of care and client outcomes in the Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness. *Milbank Q.* 1995;72:105-122.
 46. Reed SK, Babigian HM. Postmortem of the Rochester capitation experiment. *Hosp Community Psychiatry.* 1994;45:761-764.
 47. Beiser M, Shore JH, Peters R, Tatum E. Does community care for the mentally ill make a difference? a tale 11. Beiser M, Shore JH, Peters R, Tatum E. Does community care for the mentally ill make a difference? a tale of two cities. *Am J Psychiatry.* 1985;142:1047-1052.
 48. Provan KG, Milward HB. A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: a comparative study of four community mental health systems. *Administrative Sci Q.* 1995; 40:1-33.
 49. Ridgely MS, Morrissey JP, Paulson RI, Gold-man HH, Calloway MO. Characteristics and activities of case managers in the RWJ Foundation Program on Chronic Mental Illness. *Psychiatr Serv.* 1996;47:737-743.
 50. Randolph FL. Improving systems through systems integration: the ACCESS program. *Am Rehabil.* 1995;21:36-38.
 51. Rosenheck RA, Lam J. Individual and community-level variation in intensity and diversity of service utilization among homeless persons with serious mental illnesses. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185:633-638.
 52. Hayduk LA. *Structural Equation Modeling With LISREL.* Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1987.
 53. Robins LN, Helzer JE, Croughan J. The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Arch Gen Psychiatry.* 1981;38:381-389.
 54. Dohrenwend BP. *Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI).* New York, NY: Columbia University, Social Psychiatry Research Unit; 1982.
 55. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis.* 1980;168:26-33.
 56. Morrissey J, Calloway M, Johnsen M, Ullman M. Service system performance and integration: a baseline profile of the ACCESS demonstration sites. *Psychiatr Serv.* 1997;48:374-380.
 57. SAS Technical Report P-200. *SAS/STAT Software: CALIS and LOGISTIC Procedures.* Release 6.04. Cary, NC: SAS Institute Inc; 1990.

59. Hedeker D, Gibbons RD. MIXOR: a computer program for mixed-effects ordinal regression analysis. *Comput Methods Programs Biomed.* 1996;49:157-176.
60. Putnam RD. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy.* Princeton, NJ: Princeton University Press; 1993.
61. Coleman JS. Social capital and the creation of human capital. *Am J Sociol.* 1988;94:S95-S120.
62. Burt MA. *Over the Edge: The Growth of Homelessness in the 1980s.* New York, NY: Russell Sage Foundation; 1992.
63. Calloway M, Morrissey J, Paulson R. Accuracy and reliability of self-reported data in inter-organizational networks. *Social Networks.* 1993;15:377-398.
64. World's Refugees Fifty Years of Humanitarian Action," Introduction, 2000.
65. UNICEF, *Impact of Armed Conflict in Children,*
66. Carballo, M., Divino, J. and Zeric, D., Report to the European Commission on
67. Analytic Review of Migration and Health in, and as it Affects European Community Countries, International Center for Migration and Health (ICMH), 1997.
68. International Organization of Migration (IOM), *World Migration Report, 2003.*
69. International Labour Organization (ILO), *Workers' Activities, ILO calls for Change in Migration Policies in Southern Africa,* Nov. 29, 2002, See <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/new/291102.htm>.
70. Loughna, S., "What Is Forced Migration?," *Forced Migration Online*
71. General comments serve to clarify the nature and content of individual rights and States Parties obligations. General Comment 14 on the right to the highest attainable
72. Standard of health adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights in May 2000, E/C.12/2000/4, CESCR dated 4 July 2000, (Hereinafter General
73. Comment 14), Paragraph
74. Human resources for health: developing policy options for change, Human resources and national health systems: shaping the agenda for action, Discussion paper, November 2002, WHO, Geneva (WHO/EIP/OSD).
75. Developing evidence based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges, WHO, Evidence for Information and Policy, Health Services Provision, (EIP/HSP), p.4. Hereinafter referred to as "Developing Evidence-Based Ethical Policies." 4 "Emigration – The Brain Drain," *Stalkers Guide to International Migration*
76. Dovlo, in *The migration of skilled health personnel, Evidence for Information and Policy, Health Services Provision, WHO Briefing note, p. 15-15 draft discussion paper of December 2002, p. 4.*

77. WTO Agreements and Public Health at pp.112- 3. United Nations Special Rapporteur on The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 2003, United Nations Economic and Social Council, United Nations Commission on Human Rights, E/CN.4/2003/58, paragraphs 82-85.
78. Hunt, Paul, Report of the United Nations Special Rapporteur on The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 2003, United Nations Economic and Social Council, United Nations Commission on Human Rights, E/CN.4/2003/58, paragraphs 82-85. (48) General Comment 14, Paragraph 12.
79. WHO, 25 Questions and Answers on Health and Human Rights, Publication Series issue No.1, July 2002, p.15.
80. Hunt, Paul, Report of the United Nations Special Rapporteur on The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, paragraphs 82-85.
81. Francis Wheen, "Labour's new idea - scrambled government? Tory night of the living dead," *The Guardian*, September 6, 2002.
82. Developing evidencebased ethical policies at p.8. See Also "Outward Bound," *The Economist*, September 28-October 4, 2002, pp. 29-32.
83. According to Manuel Carballo, Director of International Centre for Migration and Health (ICMH), Geneva.
84. Developing evidencebased ethical policies at p.8.
85. Developing evidencebased ethical policies at p.9.
86. Carballo, Smajkic and Zeric, "Health and Social Status of Internally Displaced People in Bosnia", ICMH 1996.
87. International Organization of Migration (IOM), Health Impact of Large Post-Migratory Movements, 1996, p.11.
88. "State of the World Mother", 2003, p.1,
89. Carballo, M., "Migrants, Displaced People, and Violent Behaviour: A growing public health challenge," ICMH, Dec 1999, ("The Lancet", Volume 357, Number 9266, May 5, 2001.
90. BMA, Policy and Politics; Asylum Seekers-Health in the UK, October 2002,
91. The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda, published by Zed Books.
92. Roderiguez Pizarro, G., "Report of the United Nations Special Rapporteur on the Human Rights of Migrants", 2002, United Nations Economic and Social Council, United Nations Commission on Human Rights, E/CN.4/2002/94, paragraph 32.
93. 17 Imber 16, (64) WHO, Study on the Health Implications of Trafficking of Women and Children, 2001. Carballo, M., 1999, pp.12-13.
94. Loff, B., "Detention of Asylum Seekers in Australia," *The Lancet*, 359, 2002. The Refugee Council of Australia,
95. Physicians for Human Rights, Boston, M (70) UDHR (article 13(2)).

96. "The Aftermath of September 11 – The tightening of Immigration Policies," Statement by Human Rights Watch on the Occasion of the Euro-Mediterranean Civil Forum,
97. Braunschweig, S, and Carballo, M., Health and Human Rights of Migrants, ICMH, 2001.
98. Matteelli, A. and El-Hamad, Issa, Asylum Seekers and Clandestine Populations, Crossing Borders, Taylor and Francis, 1996, pp. 184-5
- 100 The Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the international covenant on civil and political rights. UN Doc. E/CN.4/1985/4, Annex.
101. Health Care for Undocumented Migrants,-Germany, Belgium, The Netherlands, the United Kingdom- (Platform for International Cooperation in Undocumented Migrants ("PICUM")),
102. Hanson, Pat, "Migrant Farmers 'Suffering in Silence': California Groups Look at Problems and Solutions," The Hispanic Outlook on Higher Education; EthnicNewsWatch, Vol. 12; No. 17, June 3, 2002, p. 28.88) See "Health Care for Undocumented Migrants", PICUM, p. 90.
- 103 Committee on Community Health Services, "Health Care for Children of Immigrant Families", Pediatrics, July 1997, 100(1), pp. 153-156.
104. Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996, 96 Public law 104-193.
105. Report by the Committee on Employment and Social Affairs, Rapporteur Ria Oomen-Ruijten, Nov 5, 2002, Against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance, "Health and Freedom from Discrimination", WHO publication WHO/SDE/HDE/01.2.
- 106 International Council on Human Rights Policy, 2001, pp.6-9.
107. Report of the Special Rapporteur, Ms. Gabriela Rodríguez Pizarro, submitted pursuant to Commission on Human Rights resolution 1999/44, E/CN.4/2000/82, January 6, 2000, paragraph 56. See E/CN.4/1998/74/Add.1. Pizarro, R., 2000, paragraph 63.
- 108 IOM, "Ethiopia: Interviews with Victims of Trafficking," IOM News, 2001.
109. Kofi Annan, UN Secretary-General, in lecture on International Flows of Humanity,
- 110 Duties sans Frontières, 2003, p.1.
- 111 "A Better Way", The Economist, Survey of Migration, November 2, 2002, p. 15.
- 112 "A Modest Migration", The Economist, Survey on Migration, November 2, 2002, p. 11. IOM/MotusEU Oomen-Ruijten.pdf. Massachusetts, U.S.A., 2003/2002,

ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ:

- <http://www.praksis.gr>
- <http://www.unhcr.org/home.html>
- http://www.syn-eirmos.gr/Sub_vavel/index_s.html
- <http://mdmgreece.gr>
- <http://www.msf.gr>
- <http://www.cityofathens.gr/el/yegeia-proliptiki-iatriki/dimotika-iatreia>
- <http://www.gcr.gr>
- <http://www.redcross.gr>
- <http://www.hrw.org/>
- <http://www.tvxs.gr/>
- <http://exa.un.org/migration>
- <http://www.Census.gov/ipc/www/idh/ranks.php>
- <http://go.worldbank.org>
- <http://www.lawnet.gr>
- <http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/75f0002m2007004-eng.pdf>
- <http://www.phrusa.org/campaigns>
- <http://www.unicef.org>
- <http://www.region.waterloo.on.ca/ph>
- <http://www.un.org/News/Press/docs/2003/sgsm9027.doc.htm>
- <http://www.december18.net/instrumentsregion>
- <http://www.acf.dhhs.gov/programs/ofa/pi2003-3.htm>
- <http://www.picum.org>
- <http://www.cnn.com/2003/LAW/04>
- <http://travel.state.gov/HIVtestingreqs>
- <http://www.hrw.org/press/2002/04/valenciaspeech0413.htm>
- www.undcp.org/palermo/smugg.htm
- <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/asylumseekershealth>
- <http://www.savethechildren.org./sowm2003/index.shtml>
- http://www.phrusa.org/campaigns/aids/who_doc.html
- <http://www.forcedmigration.org/whatisfm>
- <http://www.refugeecouncil.org.au>
- <http://intranet.who.int/homes/stu/glossary/theglossary.shtml>
- http://-pstalker.com/migration/mg_emig

- [http://www.un.org/millenniumgoals/.12\(a\),](http://www.un.org/millenniumgoals/.12(a),)
- [http// www.unhcr.ch.](http://www.unhcr.ch)
- <http://www.forcedmigration.org/whatisfm.htm>
- <http://www./29/findlaw.analysis.spiro.sars/>
- [http //www/graca/patterns.htm.](http://www/graca/patterns.htm)