



Τμήμα Οικονομικής και Περιφερειακής Ανάπτυξης
Department of Economic and Regional Development

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ»
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΤΟΠΙΚΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

COVID – 19: Η πανδημία της ανισότητας.
Η περίπτωση της Περιφέρειας Αττικής

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Γεωργόπουλος Ιωάννης

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2022

Τριμελής Επιτροπή:

Ψυχάρης Ιωάννης, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου (Επιβλέπων)

Μιμής Άγγελος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου

Τσέλιος Βασίλειος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2022

ΔΗΛΩΣΗ ΦΟΙΤΗΤΗ (copyright notice) ®

Η παρούσα Πτυχιακή Εργασία και τα συμπεράσματά της, σε οποιαδήποτε μορφή, αποτελούν συνιδιοκτησία του Παντείου Πανεπιστημίου και του φοιτητή. Οι προαναφερόμενοι διατηρούν το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής (τμηματικά ή συνολικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Η έγκριση της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας από το Τμήμα Περιφερειακής και Αστικής Ανάπτυξης (ΤΟΠΑ) δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Ο υπογεγραμμένος δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα Πτυχιακή Εργασία είναι εξ' ολοκλήρου δικό μου έργο και συγγράφηκε ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος Μεταπτυχιακών σπουδών του Παντείου Πανεπιστημίου του Τμήματος Περιφερειακής και Αστικής Ανάπτυξης (ΤΟΠΑ). Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά τη συγγραφή ακολούθησα την πρέπουσα ακαδημαϊκή δεοντολογία αποφυγής λογοκλοπής και έχω αποφύγει οποιαδήποτε ενέργεια που συνιστά παράπτωμα λογοκλοπής. **Η εργασία είναι προϊόν αποκλειστικά προσωπικής εργασίας και έχει γίνει σαφής αναφορά σε δουλειά τρίτων.**

Γεωργόπουλος Ιωάννης

Τρίτη, 20 Σεπτεμβρίου 2022

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύνολο του εκπαιδευτικού προσωπικού, και ιδιαίτερος τον επιβλέποντα Καθηγητή μου κ. Ψυχάρη, για τη συνεχή υποστήριξη και κατανόηση, καθώς χωρίς την αμέριστη στήριξή τους, η παρούσα δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί.

I. Περίληψη

Ο κορωνοϊός σοβαρού οξέος αναπνευστικού συνδρόμου τύπου 2, διεθνώς αναγνωρισμένος με το όνομά 'SARS-CoV-2', είναι ένας κορωνοϊός που έχει γονιδίωμα μονόκλωνου RNA με θετική πολικότητα. Λόγω του υψηλού βαθμού μεταδοτικότητάς του και της ανεπαρκούς κατανόησης της φυσιολογίας του όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει τους οργανισμούς που προσβάλλονται από αυτόν, εξαπλώθηκε γρήγορα λόγω της έλλειψης εμπειρίας και γνώσης σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία του σε παγκόσμια κλίμακα, γεγονός που οδήγησε στην ταχεία εξάπλωσή του. Ως αποτέλεσμα, ο ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) χαρακτήρισε το φαινόμενο ως πανδημία και το ονόμασε "Coronavirus-2019" ή "Covid-19". Η πανδημία Covid-19 προκάλεσε και συνεχίζει να προκαλεί σημαντικές αλλαγές στις κυβερνήσεις και τα εδάφη τους σε όλο τον κόσμο στον κοινωνικό, οικονομικό, οικολογικό, πολιτικό και δημογραφικό τομέα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να περιγράψει, να διερευνήσει και να αναλύσει τις επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19 στην Ελλάδα, και να αναδείξει τις επιπτώσεις της στην Περιφέρεια Αττικής. Κυβερνήσεις από όλο τον κόσμο έχουν παλέψει με την πανδημία σε διάφορα κοινωνικά, οικονομικά και θεσμικά πλαίσια, χρησιμοποιώντας μια σειρά από τακτικές για να μειώσουν την εξάπλωση του ιού και τόσο τη θνητότητα, αλλά και τον οικονομικό αντίκτυπο. Όπως φαίνεται από τις συζητήσεις στην αυξανόμενη ερευνητική βιβλιογραφία και τις έρευνες σχετικά με την πανδημία, οι προϋπάρχουσες διαρθρωτικές ανισότητες, αλλά και όσες νέες εμφανίστηκαν κατά την εν λόγω περίοδο, επηρεάζουν τόσο την ικανότητα δράσης αντιμετώπισης, όσο και τις άμεσες επιπτώσεις στην υγεία (Dodds et al., 2020).

Λέξεις Κλειδιά: Covid-19, πανδημία, κοινωνικοοικονομικές ανισότητες

II. Abstract

Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2, internationally recognized as 'SARS-CoV-2', is a coronavirus with a single-stranded, positively polarized RNA genome. The World Health Organization (WHO) designated and declared the "Coronavirus 2019" or "Covid-19" pandemic because of the virus's fast spread due to its high degree of transmissibility and inadequate understanding of its physiology in terms of its impact on the organisms affected by it (World Health Organization). The Covid-19 epidemic has caused and continues to cause major changes in governments and their territories across the world in the social, economic, ecological, political, and demographic spheres. The purpose of this essay is to describe, investigate, and analyze the many repercussions of the Covid-19 epidemic in Greece, with a focus on the Region of Attica. Governments all over the world are struggling against the pandemic socially, economically, and institutionally, using numerous tactics to prevent the spread and thus, the mortality rates of the virus, but also, trying to minimize the economic impact. The ongoing debate and relevant research and metrics regarding Covid – 19 shows that pre-existing inequalities but also those that have emerged due to the pandemic, affect the ability to react but also play a significant role in the consequences in the health of the population (Dodds et al., 2020).

Key Words: Covid-19, pandemic, socio-economic inequalities

Περιεχόμενα

I. Περίληψη	4
II. Abstract.....	4
Κατάλογος Πινάκων.....	6
Κατάλογος Γραφημάτων	6
Κατάλογος Χαρτών	6
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή	7
1.1 Θεωρητικό Υπόβαθρο	7
1.2 Σκοπός της Εργασίας & Ερευνητικά Ερωτήματα	8
Τα ερευνητικά ερωτήματα που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στον τελικό σκοπό της έρευνας, είναι τα εξής:.....	9
1.3 Μεθοδολογία της Εργασίας	9
1.4 Δομή της Διπλωματικής Εργασίας	9
Κεφάλαιο 2: Ανισότητες κατά τη διάρκεια κρίσεων πανδημίας	10
Κεφάλαιο 3: Πανδημία και ανισότητες στο διεθνές χώρο.....	13
3.1 Οι ανισότητες και ρόλος τους στην πορεία της Ευρωπαϊκής Ολοκλήρωσης. Η αντίδραση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην πανδημία.....	13
3.1.1 Πολιτική Συνοχής: Μια ιστορική αναδρομή	13
3.1.2 Θεωρίες Περιφερειακών ανισοτήτων.....	15
3.1.3 Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση την εποχή της πανδημίας	17
3.2 Ανισότητες κατά τη διάρκεια της πανδημίας σε διεθνές επίπεδο	19
3.3 Πανδημία και Διεθνής Οικονομική δραστηριότητα	22
3.4 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και θνητότητα Covid - 19.....	23
3.5 Θνητότητα Covid -19 και τρόποι άμβλυνσής της.....	24
3.6 Κυβερνητικές αντιδράσεις στην πανδημία: οι περιπτώσεις της Ουγγαρίας και της Νορβηγίας.	26
Κεφάλαιο 4 : Η πανδημία Covid – 19 στην Ελλάδα	31
4.1 Η πορεία της πανδημίας στην Ελλάδα.....	31
4.2 Οικονομικές Επιπτώσεις.....	37
4.3 Επιδημιολογικές όψεις – η Ελληνική εμπειρία.....	38
4.4 Η επίδραση της πανδημίας σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού	41
Κεφάλαιο 5: Η περίπτωση της Περιφέρειας Αττικής.....	42
5.1 Χαρακτηριστικά της Περιφέρειας Αττικής	42
5.1.1 Διοικητικά χαρακτηριστικά	43
5.1.2 Οικονομικά χαρακτηριστικά	43

5.1.3 Κοινωνικά χαρακτηριστικά.....	44
5.2 Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην Περιφέρεια Αττικής.....	46
5.2.1 Οικονομικές Επιπτώσεις.....	46
5.2.2 Κοινωνικές Επιπτώσεις.....	47
Συμπεράσματα	53
Βιβλιογραφία	55
Ξενόγλωσση	55
Ελληνόγλωσση	59

Κατάλογος Πινάκων

Table 1: Εβδομαδιαία εξέλιξη θανάτων, 2021 και 2022.....	32
Table 2: Θάνατοι τις εβδομάδες 1η-17η, 2016-2021.....	34
Table 3: Σύνολο κρουσμάτων ανά περιφερειακή ενότητα.	36
Table 4: Ποσοστιαία μεταβολή του μέσου εβδομαδιαίου ιικού φορτίου.....	37
Table 5: Καταγραφή κκΑΕΠ, Εμβολιαστικής κάλυψης, πληθυσμού και θανάτων ανά Περιφερειακή Ενότητα και Δήμο Αττικής, 2020 – 2021.....	Error! Bookmark not defined.

Κατάλογος Γραφημάτων

Figure 1 : Εξέλιξη θανάτων τις εβδομάδες 1η-17η, 2021 και 2022.....	32
Figure 2 : Θάνατοι εβδομάδων 1η-17η, 2016-2022.....	33
Figure 3 : Θάνατοι για τις εβδομάδες 1η-17η, 2021-2022 και Μ.Ο. θανάτων 2016-2021.	33
Figure 4 : Σύνολο επιβεβαιωμένων κρουσμάτων ασθενών COVID- 19 ανά εβδομάδα Iso-Week από την αρχή της πανδημίας μέχρι την εβδομάδα αναφοράς.....	34
Figure 5 : Σύνολο εισαγωγών και εξιτηρίων ασθενών COVID- 19, από την 36η του 2020 ως την εβδομάδα αναφοράς.	35
Figure 6 : Σύνολο θανάτων COVID- 19 ανά εβδομάδα από την αρχή της πανδημίας.....	36
Figure 7 : Το κκΑΕΠ ανά Περιφερειακή Ενότητα 2020	50
Figure 8 : Εμβολιαστική κάλυψη ανά περιφερειακή ενότητα 2020	50

Κατάλογος Χαρτών

Χάρτης 1: Χαρτογραφική απεικόνιση θανάτων Covid-19 ανά Δήμο Περιφέρειας Αττικής 2020	51
Χάρτης 2: Χαρτογραφική απεικόνιση θανάτων Covid-19 ανά Δήμο Περιφέρειας Αττικής 2021	52

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

1.1 Θεωρητικό Υπόβαθρο

Η υγεία και η ασθένεια είναι δύο σημαντικές έννοιες που έχουν επηρεάσει τον άνθρωπο σε όλη τη διάρκεια της ιστορίας και συνδέονται με την πρόοδό του στην ιστορία. Το βιοϊατρικό μοντέλο εμφανίστηκε τον 18ο αιώνα ως συνέπεια της βελτίωσης της επιστημονικής μεθοδολογίας με την πάροδο του χρόνου, με αποτέλεσμα οι έννοιες να οριστούν πλήρως επιστημονικά και αιτιολογικά. Διερευνώντας τις κοινωνικές, πολιτιστικές, οικονομικές και ψυχολογικές επιρροές στην υγεία και την ασθένεια, ερευνητές όπως ο Virchow αμφισβήτησαν το βιολογικό μοντέλο και έθεσαν τα θεμέλια για την κοινωνική και προληπτική ιατρική. Ωστόσο, ο 19ος αιώνας είδε νέες πραγματικότητες και δυσκολίες στη θεραπεία των χρόνιων πλέον ασθενειών και στη διασφάλιση της υγείας λόγω της προοδευτικής βελτίωσης των ιατρικών διαδικασιών και της συνακόλουθης μεγάλης αύξησης του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού.

Αυτή η δυναμική σχέση μεταξύ κοινωνίας και υγείας αναγνωρίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 1946, ο οποίος την όρισε ως "μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο την απουσία ασθένειας ή βλάβης". Ως αποτέλεσμα της κοινωνικοποιημένης έννοιας της υγείας δημιουργήθηκαν γρήγορα εμπεριστατωμένες μελέτες που επικεντρώθηκαν στους οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες της υγείας. Έδειξαν επίσης πώς οι κοινωνικές ανισότητες έχουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό του επιπέδου νοσηρότητας, της σοβαρότητας της ασθένειας και της ποιότητας της υγείας. Τα ευρήματα αυτά ώθησαν τον ΠΟΥ να δημιουργήσει πρωτοβουλίες πολιτικής και στρατηγικής, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβουλίας "Υγεία 2020", οι οποίες επικεντρώνονται σε μεγάλο βαθμό στην ενίσχυση των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας και στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Η πανδημία της ισπανικής γρίπης τον 20ό αιώνα, την οποία ακολούθησαν οι επιδημίες του Έμπολα και του H1N1, αποτέλεσε σημαντική πηγή έρευνας που έδειξε πώς οι πανδημίες αυξάνουν τις κοινωνικές ανισότητες και τις ανισότητες στην υγεία. Έτσι, τα κοινωνικοοικονομικά ασθενέστερα τμήματα του πληθυσμού είδαν αύξηση των ασθενειών, της νοσηρότητας και του θανάτου μετά από πανδημίες. Η πρόσφατη επιδημία Covid-19, η οποία έχει νοσήσει πάνω από 57.639.000 άτομα και έχει σκοτώσει πάνω από 1.370.000 από αυτά παγκοσμίως, καταδεικνύει κατάφωρα πώς οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν τη νοσηρότητα και τα αποτελέσματα των ασθενειών.

Εκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο έχουν επηρεαστεί από την τελευταία επιδημία του κορωνοϊού SARS-CoV-2, η οποία ξεκίνησε από την πόλη Γουχάν της κινεζικής επαρχίας Χουμπέι. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανακήρυξε την ασθένεια COVID-19 που προκλήθηκε από τον ιό SARS-CoV-2 σε πανδημία τον Μάρτιο του 2020. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2020). Τα συστήματα υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο έχουν κλονιστεί από αυτή την πρωτοφανή υγειονομική καταστροφή, η οποία έχει σοβαρές επιπτώσεις για το πόσο καλά θα αντιμετωπιστεί. Έκτοτε, ο αντίκτυπος της εξάπλωσης του ιού ήταν γρήγορος και σοβαρός για ορισμένα έθνη, με εκτεταμένες επιπτώσεις τόσο στην οικονομία τους όσο και στην υγεία των πληθυσμών τους (Cheater, 2020). Καθώς η επιδημία εξελισσόταν, οι πολιτικοί και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης διατύπωναν όλο και περισσότερο απόψεις ότι το Covid-19 ήταν μια κοινωνικά ουδέτερη ασθένεια, επειδή "ο ιός δεν κάνει διακρίσεις" και "επηρεάζει τόσο τους εύπορους όσο και τους φτωχούς" (Abrams and Szeffler, 2020- Bambra et al., 2020).

Ωστόσο, μια προσεκτική εξέταση των δεδομένων σχετικά με τη νοσηρότητα και το θάνατο που αποδίδονται στον COVID-19 αποκαλύπτει ότι δεν επηρεάζονται όλοι εξίσου και ότι υπάρχουν διακριτές αποκλίσεις που αντικατοπτρίζουν τις εκτεταμένες ανισότητες στην υγεία που υπάρχουν σήμερα (Abrams and Szeffler, 2020. Bambra et al., 2020. Bibby et al., 2020. Cheater, 2020. Chowkwanyun and Reed, 2020. Chung et al., 2020. Dorn et al., 2020. Khalatbari-Soltani et al., 2020. Patel and Hardy, 2020. Ζήση και Χτούρης, 2020).

Δεδομένου ότι οι κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο έκθεσης στον νέο κορωνοϊό και μόλυνσης από αυτόν και επειδή οι προϋπάρχουσες ανισότητες στην υγεία έχουν αντίκτυπο στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και στην πιθανότητα θανάτου από τη νόσο Covid-19, τα δεδομένα από διάφορες χώρες καταδεικνύουν σαφώς υψηλότερη επίπτωση νοσηρότητας και θνησιμότητας στις φτωχότερες κοινωνίες (Cheater, 2020) (Bibby et al, 2020- EurohealthNet, 2020). Σε αντίθεση με τα δεδομένα που δημοσιοποίησε πρόσφατα η κυβέρνηση της Καταλονίας, τα οποία περιγράφουν 6-7 φορές υψηλότερη επίπτωση της λοίμωξης SARS-COV-2 στους κατοίκους φτωχότερων γειτονιών σε σύγκριση με τους κατοίκους λιγότερο υποβαθμισμένων γειτονιών, οι φτωχότερες γειτονίες στην Αγγλία, για παράδειγμα, φαίνεται να πλήττονται περισσότερο από την πανδημία Covid-19 (Cheater, 2020) (Catalan Agency for Health Quality and Assessment, 2020).

Πιστεύεται ευρέως ότι οι πανδημίες δεν έχουν επηρεάσει με συνέπεια όλες τις κοινωνικές ομάδες διαχρονικά (Ahmed et al., 2020- Chowkwanyun and Reed, 2020). Τα ιστορικά στατιστικά στοιχεία για τις πανδημίες και άλλες κρίσεις υγείας είναι αρκετά διδακτικά. Οι κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας, όπως το εισόδημα, η στέγαση και η απασχόληση, συνδέθηκαν με τα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας κατά τη διάρκεια της πανδημίας της ισπανικής γρίπης του 1918 και της πανδημίας της εποχικής γρίπης H1N1 του 2009 (Bambra et al., 2020), με τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά και χειρότερα αποτελέσματα υγείας (Abrams and Szeffler, 2020- Bambra et al., 2020- Sydenstricker, 2006). Οι εμπεριστατωμένες στατιστικές του Edgar Sydenstricker, που δημοσιεύθηκαν το 1931, αποκάλυψαν μια σημαντική υπεροχή της συχνότητας εμφάνισης της γρίπης στην εργατική τάξη στις Ηνωμένες Πολιτείες, σε αντίθεση με την επιστημονική συναίνεση της εποχής ότι η ισπανική γρίπη ήταν κοινωνικά ουδέτερη (Sydenstricker, 2006). Δεδομένου ότι η ακριβής συμβολή των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας στην ανάπτυξη της πανδημίας Covid-19 μπορεί ακόμη να υποτιμάται και ότι οι ανισότητες στην υγεία έχουν πρόσφατα χειροτερέψει παρά βελτιωθεί, σύμφωνα με την πρόσφατα δημοσιευμένη δεκαετή μελέτη του Marmot (Marmot, 2020) (Ahmed et al., 2020), οι ανησυχίες σχετικά με τη μακροπρόθεσμη διεύρυνση των ήδη εδραιωμένων κοινωνικών, φυλετικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία δεν μπορούν να απορριφθούν εντελώς (Bambra et al., 2020. Cheater, 2020. Chowkwanyun and Reed, 2020. Dorn et al., 2020. Patel and Hardy, 2020. Ζήση και Χτούρης, 2020).

1.2 Σκοπός της Εργασίας & Ερευνητικά Ερωτήματα

Με βάση όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του ρόλου των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών σε σχέση με τη θνητότητα λόγω Covid – 19 σε διεθνές, εθνικό και τοπικό επίπεδο, και ειδικότερα στην Περιφέρεια Αττικής.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στον τελικό σκοπό της έρευνας, είναι τα εξής:

1. Πώς η πανδημία του Covid-19 επηρέασε τη διαδικασία της Ευρωπαϊκής Ολοκλήρωσης;
2. Ποιες ανισότητες εντοπίζονται κατά τη διάρκεια της πανδημίας σε διεθνές επίπεδο;
3. Πώς επηρέασε η πανδημία του Covid-19 τη διεθνή οικονομική δραστηριότητα;
4. Με ποιες πολιτικές και ποια μέτρα θα μπορούσε να αμβλυνθεί ή θνητότητα λόγω Covid-19;
5. Πώς οι κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες επηρεάζουν την υγεία και τη θνητότητα σε περιόδους πανδημίας;
6. Ποιες είναι οι κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας του Covid-19 στην Περιφέρεια Αττικής;

1.3 Μεθοδολογία της Εργασίας

Η μεθοδολογία που επιλέχθηκε για την παρούσα εργασία είναι ο συνδυασμός βιβλιογραφικής επισκόπησης και δευτερογενούς ανάλυσης ποσοτικών δεδομένων με σκοπό τη μελέτη του ρόλου των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών σε σχέση με τη θνητότητα του Covid – 19 σε διεθνές, εθνικό και τοπικό επίπεδο, και ειδικότερα στην Περιφέρεια Αττικής. Πιο συγκεκριμένα, προκειμένου να εξεταστεί σε βάθος το ζήτημα, χρησιμοποιήθηκαν πληροφορίες και υλικό από πρωτογενείς πηγές (επίσημες σελίδες οργάνων της Ε.Ε., ΕΛ.ΣΤ.ΑΤ, στατιστικά στοιχεία από τα ληξιαρχεία των δήμων της περιφέρειας Αττικής για τους θανάτους τα έτη 2020, 2021 κ.λπ.), καθώς και, από δευτερογενείς πηγές όπως τα ευρήματα πρωτογενών ερευνών, μηχανές αναζήτησης επιστημονικών άρθρων (scholar κ.λπ.)

1.4 Δομή της Διπλωματικής Εργασίας

Η διάρθρωση της διπλωματικής εργασίας χωρίζεται σε πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο, περιγράφεται ο σκοπός της διπλωματικής εργασίας, τα ερευνητικά ερωτήματα, η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθήθηκε, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και η δομή που ακολουθεί η εργασία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στις ανισότητες που παρουσιάζονται κατά την διάρκεια της πανδημίας. Πιο συγκεκριμένα, επιχειρείται να αναδειχθεί ο ρόλος των ανισοτήτων στην πορεία της Ευρωπαϊκής Ολοκλήρωσης, μέσα από την ιστορική αναδρομή στην πολιτική συνοχής της Ε.Ε., τη μελέτη των θεωριών των περιφερειακών ανισοτήτων, αλλά και επιρροή της πανδημίας στη διαδικασία της Ευρωπαϊκής Ολοκλήρωσης.

Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι ανισότητες που δημιουργήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας, μέσα από συγκεκριμένα παραδείγματα Κρατών. Επιπλέον, εξετάζονται οι επιπτώσεις της πανδημίας στη διεθνή οικονομική δραστηριότητα, η θνητότητα λόγω Covid-19 και οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες με τους οποίους σχετίζεται. Ακόμη προτείνονται λύσεις αναφορικά με την άμβλυνση της θνητότητας λόγω Covid-19.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, επιπτώσεις της πανδημίας του Covid-19 στην Ελλάδα, η εμπειρία της Ελλάδας στη διαχείριση της πανδημίας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, αναλύονται τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά της Περιφέρειας Αττικής, καθώς και οι επιπτώσεις της πανδημίας σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Το τελευταίο κομμάτι της εργασίας αποτελούν τα συμπεράσματα όπου γίνεται μια μικρή σύνοψη των όσων στοιχείων αναλύθηκαν στην εργασία. Πιο συγκεκριμένα, στο κεφάλαιο των συμπερασμάτων παρουσιάζονται τα νέα ευρήματα που προέκυψαν από τη συγκεκριμένη εργασία καθώς και η προσωπική ματιά του γράφοντος, έπειτα από την αξιολόγηση όλων των στοιχείων που στοιχειοθετούν την παρούσα στιγμή την έρευνα για την πανδημία του Covid-19.

Κεφάλαιο 2: Ανισότητες κατά τη διάρκεια κρίσεων πανδημίας

Ο πρώτος υποστηρικτής της κοινωνικής ιατρικής, ο καθηγητής Ryle του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, έθεσε τις βάσεις της στις αρχές του 19ου αιώνα, ορίζοντας την ως "τον κλάδο της ιατρικής επιστήμης που θεραπεύει τους ασθενείς βελτιώνοντας τις δυσμενείς κοινωνικές συνθήκες, όπως η φτώχεια και η ανεργία, οι οποίες συνέβαλαν ή προκάλεσαν την ασθένειά τους".

Οι πρωταρχικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας έχουν πλέον προσδιοριστεί ως στόχοι παρέμβασης για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ανθρώπων, ως αποτέλεσμα της συστηματικής μελέτης των κοινωνικών, οικονομικών, περιβαλλοντικών και πολιτισμικών στοιχείων που επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια. Η κοινωνική τάξη, το εισόδημα και η κατάσταση απασχόλησης, το επίπεδο εκπαίδευσης, το οικογενειακό περιβάλλον, η εθνικότητα, η ηλικία και το φύλο, οι συνθήκες διαβίωσης, οι συνθήκες απασχόλησης και η ανεργία, τα περιβαλλοντικά στοιχεία και το πολιτισμικό υπόβαθρο αποτελούν τους πρωταρχικούς κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας.

Το μοντέλο Dahlgren-Whitehead αποτυπώνει τη δυναμική σχέση μεταξύ αυτών των μεταβλητών και της ατομικής και πληθυσμιακής υγείας και ασθένειας και η έρευνά του οδήγησε στην ανάπτυξη τεσσάρων ψυχοκοινωνικών θεωριών:

- α) Θεωρία της πορείας της ζωής (life course theory),
- β) η θεωρία θεμελιώδους αιτίας (fundamental cause theory),
- γ) η θεωρία του κοινωνικού κεφαλαίου (social capital theory) και
- δ) η θεωρία του υγιεινού τρόπου ζωής (health lifestyle theory).

Η κοινωνική τάξη επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι διαχειρίζονται την υγεία τους και τα συναφή ζητήματα, δεδομένου ότι αντανακλά το επίπεδο διαβίωσης, το κύρος και τις κοινωνικές σχέσεις τους. Έχει παρατηρηθεί ότι τα μέλη της μεσαίας και της ανώτερης μεσαίας τάξης εκτιμούν περισσότερο τη σημασία των πρώιμων συμπτωμάτων, χρησιμοποιούν συχνότερα τους οικογενειακούς γιατρούς και τις εγκαταστάσεις προληπτικού ελέγχου και τηρούν πιο πιστά τις ιατρικές συμβουλές. Ως

αποτέλεσμα, έχουν λιγότερες πιθανότητες να προσβληθούν από σοβαρές ασθένειες που μπορούν να αποφευχθούν με τη σύγχρονη θεραπεία και θεραπεύονται ταχύτερα.

Το επίπεδο υγείας ενός ατόμου έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται άμεσα με το εισόδημα και τη θέση εργασίας του. Δείχνουν την οικονομική κατάσταση του ατόμου και τους πόρους που μπορεί να διαθέσει για τη διατήρηση της καλής υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση, οι ακριβές εξετάσεις και οι ακριβές θεραπείες είναι πιο εύκολα και γρήγορα προσβάσιμες στους οικονομικά ευκατάστατους από ό,τι είναι σε ομάδες με χαμηλότερο εισόδημα και εργαζόμενους.

Τα υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης συνδέονται επίσης με έναν καλύτερο τρόπο ζωής (άσκηση, θρεπτική διατροφή και αποχή από τα ναρκωτικά και το αλκοόλ), ο οποίος μειώνει τον επιπολασμό των αναπνευστικών, μεταβολικών και καρδιαγγειακών διαταραχών. Αντίθετα, η ανεργία έχει αρνητικό αντίκτυπο στο επίπεδο υγείας ενός ατόμου, επηρεάζοντας τις συνθήκες διαβίωσης, την κοινωνική και οικονομική κατάσταση και την ψυχολογική ευημερία, δυσχεραίνοντας την αντιμετώπιση των ασθενειών και αυξάνοντας τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η κατάσταση της υγείας συσχετίζεται δυναμικά με τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, εθνικότητα), τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και το οικογενειακό περιβάλλον. Οι νεαρές γυναίκες, οι ηλικιωμένοι και οι μετανάστες που δεν έχουν την προστατευτική επιρροή της οικογένειας παρουσιάζουν μικρότερο προσδόκιμο ζωής και πολύ υψηλότερη νοσηρότητα και θάνατο από τον μέσο όρο των ενηλίκων που έχουν την υποστήριξη της οικογένειας..

Τέλος, το πολιτισμικό υπόβαθρο, καθώς σχετίζεται με την κοινωνική μνήμη και τη διατήρηση των εθίμων, των πεποιθήσεων και του τρόπου ζωής από γενιά σε γενιά, έχει αντίκτυπο στην υγεία. Οι κλειστές πολιτισμικές ομάδες σε απομονωμένες αγροτικές πόλεις και οι μετανάστες που αγωνίζονται να ενταχθούν στη σύγχρονη κοινωνία και να χρησιμοποιήσουν τις επιστημονικές εξελίξεις υπολείπονται σε ποσοτικά μετρήσιμα μέτρα ενίσχυσης της υγείας και πρόληψη της ασθένειας.

Από τα προαναφερθέντα, είναι προφανές ότι ένα ευρύ φάσμα οικονομικών και κοινωνικών στοιχείων, εκτός από τα βιοφυσιολογικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων, καθορίζουν το επίπεδο υγείας και την ασθένεια μιας κοινότητας. Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία καθορίζονται από τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και τον τρόπο με τον οποίο συνδυάζονται για να παράγουν ποσοτικές και ποιοτικές αποκλίσεις στην ικανότητα διασφάλισης του επιπέδου υγείας και της αντιμετώπισης της ασθένειας.

Οι ανισότητες στην υγεία την επηρεάζουν αρνητικά:

α) ως προς τη διαμόρφωση των συνθηκών μιας επιδημίας με την ενίσχυση του επιπολασμού της νοσηρότητας και

β) καθυστερούν την πορεία της θεραπείας, μειώνοντας το ποσοστό ίασης και αυξάνοντας τη θνησιμότητα.

Όταν πρόκειται για τη θεραπεία χρόνιων ασθενειών όπως οι καρδιοπάθειες, ο διαβήτης τύπου 2, ο καρκίνος, το άσθμα, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και οι ψυχικές ασθένειες, οι επιπτώσεις της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας είναι πολύ πιο αισθητές.

Οι συνθήκες για τη βελτίωση της εκπαίδευσης, η οποία συμβάλλει στην παροχή στα άτομα περισσότερων δεξιοτήτων για ένα ασφαλέστερο εργασιακό περιβάλλον, έχουν ευθεία συσχέτιση με την κοινωνικοοικονομική τάξη. Έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα που

ανήκουν σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες έχουν κατώτερο βιοτικό επίπεδο, γεγονός που καθιστά δυσκολότερη τη διατήρηση της υγείας τους και αναπαράγει την ανισότητα. Είναι πιο πιθανό να εκτεθούν σε λοιμώξεις και περιβαλλοντικές μεταβλητές που προκαλούν χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις όπως το άσθμα, επειδή ζουν σε μικρότερα, υπερπλήρη σπίτια, συχνά σε περιβαλλοντικά μολυσμένες τοποθεσίες. Οι λοιμώξεις και οι χρόνιες νεφροπάθειες αυξάνονται σε αυτές τις περιοχές λόγω της χειρότερης ποιότητας του νερού. Λόγω της οικονομικής τους κατάστασης, είναι δύσκολο να παρέχουν υψηλής ποιότητας τρόφιμα, γεγονός που αναγκάζει τους καταναλωτές να λαμβάνουν κακές αποφάσεις που τελικά επιδεινώνουν τον διαβήτη και τις χρόνιες καρδιακές παθήσεις. Η χρήση ακριβότερων θεραπευτικών επιλογών σε προληπτικές ιατρικές εξετάσεις για τον έγκαιρο εντοπισμό χρόνιων ασθενειών συχνά παρεμποδίζεται από τη χαμηλή οικονομική δυνατότητα σε συνδυασμό με εκπαιδευτικά εμπόδια.

Αυτό αυξάνει τα ποσοστά θανάτου και τις συνέπειες από χρόνιες ασθένειες. Εκτός από τις οικονομικές δυσκολίες, η ανεργία αυξάνει τον κίνδυνο επίμονων ψυχικών ασθενειών αυξάνοντας το άγχος και την κατάχρηση (αλκοόλ, ναρκωτικά). Τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης συνδέονται με χαμηλότερα ποσοστά χρόνιων ασθενειών και επιλογών τρόπου ζωής που βλάπτουν την υγεία, καθώς και με τη δυνατότητα επιδίωξης υψηλότερου βιοτικού επιπέδου. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα χρόνια πάσχοντα άτομα με υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης έχουν αυξημένη διάρκεια ζωής κατά έξι χρόνια. Ο υψηλότερος επιπολασμός ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα, όπως οι χρόνιες πνευμονοπάθειες και τα νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος, έχει συνδεθεί με χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης.

Η ηλικία και το φύλο μπορεί να συμβάλλουν στις ανισότητες στις χρόνιες ασθένειες. Οι νέοι που υποσιτίζονται, περιθωριοποιούνται, δεν έχουν πρόσβαση σε υψηλότερου επιπέδου μόρφωση και πάσχουν από χρόνιες ασθένειες (μεταβολικές, αναπνευστικές, νευρολογικές), ως αποτέλεσμα της παιδικής εργασίας υπό δύσκολες συνθήκες, η οποία είναι ιδιαίτερα συχνή σε διάφορα φτωχά έθνη του κόσμου.

Ακόμα ένας παράγοντας που έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της πανδημίας και τα αποτελέσματά της, είναι η γήρανση του πληθυσμού. Η υψηλότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα από χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης, η ΧΑΠ και οι καρδιοπάθειες προκαλούνται από την απώλεια του οικογενειακού και κοινωνικού πλαισίου, τη μειωμένη κινητικότητα, τα αυξανόμενα ποσοστά άνοιας και τις δυσκολίες πρόσβασης σε ιατρικές εγκαταστάσεις που χαρακτηρίζουν αυτή την ομάδα ανθρώπων. Με την πάροδο του χρόνου, οι ηλικιωμένες γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά θανάτου από τους άνδρες, λόγω των εγγενών δυσκολιών τους στη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών. Οι κυριότεροι λόγοι της απόκλισης αυτής, σε μια κοινωνία περιλαμβάνουν τους κοινωνικούς περιορισμούς για τις γυναίκες, το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο σε ορισμένα μέρη του κόσμου που περιορίζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, την απασχόληση σε επικίνδυνες εργασιακές καταστάσεις και τους χαμηλότερους μισθούς που έχουν ως αποτέλεσμα περιορισμένες οικονομικές ευκαιρίες.

Η μετανάστευση εκθέτει τους ανθρώπους σε ποικίλες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία που επηρεάζουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα από χρόνιες ασθένειες. Η πρόσβαση στα προγράμματα ασφάλισης υγείας και στα οργανωμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζεται από τα εμπόδια επικοινωνίας, το χαμηλό βιοτικό, εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο, την αδυναμία πλήρους ενσωμάτωσης στην κοινωνία και το φόβο της νέας πραγματικότητας. Ως αποτέλεσμα,

δεν τηρούν το κατάλληλο πρόγραμμα θεραπείας και παρακολούθησης της χρόνιας ασθένειάς τους, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών και θανάτου που σχετίζεται με τη νόσο.

Κεφάλαιο 3: Πανδημία και ανισότητες στο διεθνές χώρο

3.1 Οι ανισότητες και ρόλος τους στην πορεία της Ευρωπαϊκής Ολοκλήρωσης. Η αντίδραση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην πανδημία.

3.1.1 Πολιτική Συνοχής: Μια ιστορική αναδρομή

Η Πολιτική Συνοχής της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της ιδέας της Ευρωπαϊκής Ολοκλήρωσης. Οι ρίζες της εντοπίζονται από τα πρώτα δειλά βήματα της Ευρωπαϊκής Ιδέας και ειδικότερα στη Συνθήκη της Ρώμης (1957)¹, όπου έγινε η πρώτη αναφορά στο άρθρο 2 στο γενικό στόχο της προώθησης «μιας αρμονικής, συνεχούς και ισόρροπης ανάπτυξης της οικονομικής δραστηριότητας σε ολόκληρη την κοινότητα» καθώς και τη «μείωση των διαφορών ανάμεσα στις ανεπτυγμένες περιφέρειες και στις περιφέρειες (...) που είναι λιγότερο ανεπτυγμένες».

Τα πρώτα χρόνια της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (ΕΟΚ), χαρακτηρίζονται από την απουσία περιφερειακής πολιτικής, καθώς τα πρώτα κράτη-μέλη, είχαν ομοιογενή οικονομική διάρθρωση και κατά συνέπεια δεν υπήρξε η ανάγκη αντιμετώπισης περιφερειακών ανισοτήτων. Αυτή η πρώτη φάση όμως, παρά την χωρίς συγκεκριμένη στόχευση παροχής πόρων, προετοίμασε το έδαφος για την ιδέα διαμόρφωσης μιας ευρωπαϊκής πολιτικής για την περιφερειακή ανάπτυξη.

Σημείο καμπής στην εξέλιξη της παραπάνω ιδέας, αποτέλεσε η ίδρυση του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης, ΕΤΠΑ, το 1975. Οι παράγοντες που οδήγησαν στην ίδρυσή του και τη σηματοδότηση μιας νέας εποχής για την περιφερειακή πολιτική, ήταν η σχεδιαζόμενη διεύρυνση με τρία μέλη (Αγγλία, Δανία και Ιρλανδία) αλλά κυρίως, η επαναφορά στην ατζέντα του στόχου της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ), ο οποίος είχε τεθεί αρχικά στη Συνθήκη της Ρώμης και επανέφερε το Warner Report, το 1970, και το οποίο ανέφερε ότι οι περιφερειακές ανισότητες αντιστρατεύονται το στόχο της ΟΝΕ και άρα θα πρέπει να αντιμετωπιστούν για την επίτευξη του στόχου της.

Η πολιτική της διεύρυνσης θα αναδείκνυε ακόμη περισσότερο το ζήτημα των περιφερειακών ανισοτήτων και έτσι θα φτάσουμε στο 1988, τη χρονιά που θα αλλάξει την ευρωπαϊκή περιφερειακή πολιτική. Η περιφερειακή πολιτική της ΕΟΚ συνδέεται με την περιφερειακή πολιτική κάθε χώρας και ο προγραμματισμός της εντάσσεται στον ευρωπαϊκό αναπτυξιακό προγραμματισμό. Επίσης, εισάγεται ο πολυετής προγραμματισμός με τα αντίστοιχα πολυετή προγράμματα, δηλαδή τη μορφή που έχει μέχρι και σήμερα. Τα προγράμματα αυτά, θα καθορίζουν και τις αντίστοιχες προγραμματικές περιόδους, οι οποίες χωρίζονται στις εξής: 1989 – 1993, 1994 – 1999, 2000 – 2006, 2007 – 2013, 2014 – 2020 και την περίοδο 2021 – 2027.

¹ Βλ. ενδεικτικά Συνθήκη Ρώμης (1957), Άρθρο 2· Συνθήκη Μάαστριχτ (1992), Άρθρο 130α· Συνθήκη Άμστερνταμ (1997), Άρθρο 158· Συνθήκη Λισαβόνας (2007), Άρθρο 174.

Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να τονιστεί, ότι η πολιτική της διεύρυνσης υποστηρίχτηκε από τις πιο ανεπτυγμένες και πλούσιες χώρες του ευρωπαϊκού Βορρά, καθώς διαφαινόταν η προοπτική μιας νέας ενιαίας αγοράς, στην οποία θα είχαν συγκριτικό πλεονέκτημα έναντι των φτωχότερων χωρών του Νότου. Σε εκείνες λοιπόν τις χώρες, τα χρηματοδοτικά εργαλεία λειτούργησαν ως ανταποδοτικό μέτρο, για την ενίσχυση της προσπάθειάς τους με στόχο τη σύγκλιση. Η ιδέα λοιπόν της ενιαίας αγοράς ήταν από την αρχή ο κυρίαρχος στόχος της ευρωπαϊκής κοινότητας.

Η πρόθεση αυτή, αποτυπώθηκε σαφέστερα με τη Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση (Συνθήκη του Μάαστριχτ, 1992), με την οποία δημιουργείται το Ταμείο Συνοχής για τη χρηματοδότηση στοχευμένων έργων στα διευρωπαϊκά δίκτυα και το περιβάλλον. Όμως, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, εκτός από τον καθορισμό των στόχων, μπορεί πλέον να παρεμβαίνει και στη μορφή που θα πρέπει να έχει κάθε οικονομία, σε σχέση με το μέγεθος του δημοσίου χρέους, των ελλειμμάτων κλπ. Είναι η αρχή της πολιτικής, με βάση την οποία, σταδιακά η δημοσιονομική πολιτική υπάγεται στους στόχους της νομισματικής πολιτικής, την οποία θα βιώσουμε καλύτερα την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.

Η σημαντική διαφορά που διαπιστώνεται στη συνθήκη του Μάαστριχτ, είναι η απουσία της αναφοράς στην προσπάθεια ενίσχυσης της οικονομικής και κοινωνικής συνοχής και της μείωσης των περιφερειακών ανισοτήτων, παρά το γεγονός ότι στο αρχικό σχέδιο προβλεπόταν, αλλά αφαιρέθηκε μετά από ισχυρές αντιδράσεις. Αυτό έκανε ακόμα πιο σαφή τη στοχοπροσήλωση στη δημιουργία μια ενιαίας αγοράς, περισσότερο από μια ενιαία κοινότητα.

Επόμενη σημαντική στιγμή της ευρωπαϊκής πορείας, είναι η Στρατηγική της Λισσαβόνας (2000), με την οποία εισάγεται η έννοια της ανταγωνιστικότητας της ευρωπαϊκής οικονομίας, η οποία προκρίνεται έναντι της προσπάθειας συνοχής και της ισόρροπης περιφερειακής ανάπτυξης. Είναι λοιπόν εμφανής, η επικράτηση της περισσότερο φιλελεύθερης πολιτικής σχολής και η εντονότερη προσπάθεια για τη δημιουργία της οικονομικής ένωσης της ενιαίας αγοράς, με όρους όμως που πάντα θα ευνοούν τις ήδη περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες της Ένωσης.

Ίσως το πλέον σημαντικό στοιχείο που εισάγεται, είναι οι αιρεσιμότητες στις οποίες πλέον υπάγονται οι ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις. Η εκταμίευση πόρων συνδέεται με την επίτευξη εθνικών στόχων, οι οποίοι έχουν τεθεί από την Στρατηγική της Λισσαβόνας, για μια πιο ανταγωνιστική οικονομία, στόχος που δε σχετίζεται άμεσα με την περιφερειακή ανάπτυξη, αλλά περισσότερο με τη γενικότερη στρατηγική ανάπτυξης της Ευρώπης. Είναι μια σαφέστερη αποτύπωση της ιδέας που εισήχθη με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ.

Η πέμπτη προγραμματική περίοδος, αποτύπωσε τους στόχους της με τη στρατηγική «Ευρώπη 2020», η οποία ενίσχυε τη στρατηγική της Λισσαβόνας και τις αιρεσιμότητες, οι οποίες μάλιστα ενδυναμώνονται για την εκταμίευση των πόρων της πολιτικής συνοχής. Μέχρι και σήμερα, παρά το αδιαμφισβήτητο γεγονός πως οι Ελληνικές Περιφέρειες έχουν γίνει αποδέκτες πολύ σημαντικών πόρων από τα διαρθρωτικά ταμεία και έχουν γίνει σπουδαία έργα υποδομής και παρά το γεγονός της ενίσχυσης της περιφερειακής ανάπτυξης, οι περιφερειακές ανισότητες παραμένουν υψηλές. Υποστηρικτικά της αύξησης των περιφερειακών ανισοτήτων, ειδικότερα για την Ελλάδα, φαίνεται να λειτούργησε το γεγονός πως στην τρέχουσα περίοδο, υπολογίστηκε το κατά κεφαλήν ΑΕΠ προηγούμενων ετών, χωρίς να λαμβάνεται

υπόψη η οικονομική καταστροφή που άφησε η παρατεταμένη οικονομική κρίση στη χώρα, καθώς και οι ενδοπεριφερειακές ανισότητες της Ελλάδας.

Η στρατηγική της νέας προγραμματικής περιόδου 2021 – 2027, παρουσιάζει αρκετές διαφορές με τις προηγούμενες και είναι θετικό ότι φαίνεται μια προσπάθεια αξιοποίησης των συμπερασμάτων από τη μέχρι τώρα εμπειρία. Διαφαίνεται μια προσπάθεια εκσυγχρονισμού του πλαισίου της πολιτικής συνοχής, μέσω της απλούστευσης των διαδικασιών και τη μείωση της γραφειοκρατίας (80 μέτρα απλούστευσης της πολιτικής συνοχής), την ευελιξία και την στόχευση στην αποτελεσματικότητα. Η μέθοδος κατανομής των πόρων εξακολουθεί να βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στο κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Προστίθενται νέα κριτήρια όπως η ανεργία των νέων, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, η κλιματική αλλαγή καθώς και το προσφυγικό ζήτημα, ώστε να αντικατοπτρίζεται καλύτερα η πραγματικότητα επί τόπου.

Όλα τα παραπάνω, θα πρέπει όμως να εξεταστούν στη νέα συνθήκη που βιώνει ο πλανήτης, την πανδημία του Covid-19. Μετά την πολυετή οικονομική κρίση, η πανδημία ήρθε να αλλάξει τους όρους εκ νέου, προβάλλοντας ως η μεγαλύτερη πρόκληση της εποχής μας.

Σε αυτή τη συγκυρία, η Ευρώπη επέδειξε ομολογουμένως γρήγορα αντανakλαστικά και ευελιξία με τη δημιουργία του Ταμείου Ανάκαμψης ύψους 750 δις, καθώς, παρά τα όποια θολά σημεία, ενέχει στοιχεία αμοιβαιοποίησης χρέους και αναδιανομής υπέρ κρατών και περιφερειών που έχουν περισσότερο ανάγκη.

3.1.2 Θεωρίες Περιφερειακών ανισοτήτων

Οι περιφερειακές ανισότητες, απασχολούν την οικονομική επιστήμη αρκετές δεκαετίες. Η συστηματική όμως, ενασχόληση των τελευταίων τριών δεκαετιών, οδήγησε στην δημιουργία και συγκρότηση επιμέρους οικονομικών κλάδων, όπως η αστική και περιφερειακή οικονομική, η περιφερειακή ανάπτυξη και η περιφερειακή πολιτική.

Η πρώτη προσέγγιση για το ζήτημα, *η οικονομική της συσσώρευσης*, χρονολογείται στα 1940 – 1950 και στηρίχθηκε σε έννοιες όπως εσωτερικές και εξωτερικές οικονομίες κλίμακας, το κρίσιμο μέγεθος αγορών ή πολιτικών, το επίπεδο ανάπτυξης και τις χωρικές ή κλαδικές διασυνδέσεις (Rosenstein-Rodan, 1943· Myrdal, 1957· Perroux, 1955, 1970· Hirschman, 1958).

Η προσέγγιση αυτή, υποστήριζε ότι οι δυνάμεις της αγοράς, δημιουργούν τόσο εσωτερικές όσο και εξωτερικές οικονομίες κλίμακας. Αυτό συνεπάγεται ότι ενισχύονται οι δυνάμεις συσσώρευσης δραστηριοτήτων στο χώρο. Κατά συνέπεια, γίνεται πρόδηλη η ανάγκη σχεδιασμού αναπτυξιακών πολιτικών για τις λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές, αλλά και η σπουδαιότητα της ένταξης των παραπάνω πολιτικών σε μια ενιαία σχεδίαση αναπτυξιακών πολιτικών, οι οποίες θα λειτουργούν ως αντίβαρο στις δυνάμεις τις αγοράς, αλλά και θα δώσουν την απαραίτητη ώθηση στις περιφέρειες που υστερούν αναπτυξιακά. Αυτές οι θέσεις εκφράστηκαν κυρίως από τον Rosenstein-Rodan (big push theory) αλλά και τον Hirschman μέσω της ανάλυσής του για τη σημασία της διασύνδεσης των κλάδων της οικονομίας (forward and backward linkages).

Τη δεκαετία του 1960, αρχίζει μια πολύ πλούσια σε όγκο βιβλιογραφία, από προσεγγίσεις, υποδείγματα και εργασίες που βασίζονται στις νεοκλασικές υποθέσεις των σταθερών οικονομιών κλίμακας και άρα, στον πλήρη ανταγωνισμό των αγορών

προϊόντων και εργασίας. Ένας από τους λόγους που οδήγησαν στην επικράτηση των νεοκλασικών προσεγγίσεων έναντι της οικονομικής της συσσώρευσης, ήταν η απουσία υποδειγμάτων που να ενσωματώνουν τεχνολογίες παραγωγής με αύξουσες οικονομίες κλίμακας (Krugman, 1995), καθώς δεν είναι συμβατές με τα υποδείγματα του πλήρους ανταγωνισμού.

Εκείνος που παρατήρησε τη σημαντική αυτή στροφή στη νεοκλασική προσέγγιση στη βιβλιογραφία της ανάπτυξης και των ανισοτήτων και την όρισε χρονολογικά στα 1960, ήταν ο Krugman (1993α). Τα υποδείγματα αυτά, δεν απέκλειαν την πιθανότητα ύπαρξης εσωτερικών ή εξωτερικών οικονομιών κλίμακας, απλώς επέλεγαν να τις αγνοούν, εμμένοντας στην πεποίθηση ότι ο πλήρης και ελεύθερος ανταγωνισμός, θα εξαφάνιζε τις ανισότητες. Όπου δεν αγνοούσαν τις οικονομίες κλίμακας, απέδιδαν τις διαφορές στα επίπεδα ανάπτυξης, στην ελλιπή λειτουργία των αγορών.

Η νεοκλασική προσέγγιση όπως αναφέρθηκε, δεν ενδιαφέρθηκε ιδιαιτέρως για τα αίτια των διαφορών στα επίπεδα ανάπτυξης, αλλά επικεντρώθηκε στην αναζήτηση των μηχανισμών εκείνων της οικονομίας, οι οποίοι θα οδηγήσουν στην εξάλειψη των περιφερειακών ανισοτήτων μέσω της ισόρροπης ανάπτυξης. Βέβαια ολόκληρη η νεοκλασική προσέγγιση βασίζεται σε μια υποχρεωτική υπόθεση, αυτή της πλήρους ανταγωνιστικής αγοράς.

Ο πρώτος μηχανισμός σύγκλισης, αφορά την τεχνολογία της παραγωγής η οποία (πάντα βάσει της υπόθεσης της πλήρους ανταγωνιστικής αγοράς) χαρακτηρίζεται από σταθερές αποδόσεις κλίμακας. Ο Solow (1956) κατέληξε στο συμπέρασμα πως είναι τελικά στη φύση των αγορών να οδηγούν τις οικονομίες σε σύγκλιση, αφού η παραγωγικότητα του κεφαλαίου θα είναι μεγαλύτερη στις λιγότερο ανεπτυγμένες οικονομίες. Έτσι λοιπόν, οι παρεμβατικές πολιτικές δεν αποτελούν αναγκαιότητα.

Ο δεύτερος μηχανισμός, αφορά το διαπεριφερειακό εμπόριο και η κεντρική του ιδέα είναι ότι οδηγεί σε εξίσωση των αμοιβών εργασίας και του κεφαλαίου μεταξύ των περιφερειών, μέσω της εξειδίκευσης και της ανταλλαγής, αυτόματα, χωρίς την ανάγκη παρεμβατικής πολιτικής. Η ιδέα αυτή αναπτύχθηκε από τους Heckscher και Ohlin με το ομώνυμο υπόδειγμα και εμπλουτίστηκε από τον Samuelson (Moroney και Walker, 1966).

Ο τρίτος μηχανισμός έχει στηριχθεί στη μετανάστευση, στην κινητικότητα δηλαδή της εργασίας στο χώρο. Με δεδομένη την απρόσκοπτη μετακίνηση εργατικού δυναμικού, το δυναμικό αυτό θα μετακινείται από περιοχές με χαμηλές αμοιβές εργασίας, σε εκείνες με υψηλές αμοιβές εργασίας. Η μετακίνηση αυτή θα είναι διαρκής, μέχρι τελικά την αυτορρύθμιση της αγοράς εργασίας, η οποία θα οδηγήσει σε σύγκλιση των αμοιβών. Κοινός παρονομαστής και στους τρεις μηχανισμούς, είναι η απουσία παρεμβατικών πολιτικών, και η εμπιστοσύνη στην ελεύθερη αγορά.

Η δεκαετία του 1990, σηματοδοτεί την επιστροφή των οικονομικών της συσσώρευσης, έχοντας εμπλουτιστεί από τρεις διαφορετικές σχολές. Αυτές της αστικής οικονομικής, της θεωρίας της ενδογενούς ανάπτυξης και της νέας οικονομικής γεωγραφίας. Το κοινό τους σημείο είναι η αντίθεση στη νεοκλασική προσέγγιση και το συμπέρασμα ότι οι οικονομικές ανισότητες σε διαφορετικά χωρικά επίπεδα, είναι εγγενές χαρακτηριστικό του οικονομικού συστήματος της αγοράς. Παρακάτω, θα παρουσιάσουμε επιγραμματικά τις κύριες θέσεις της κάθε σχολής σκέψης.

Η *αστική οικονομική*, έρχεται σε ευθεία αντίθεση με τη νεοκλασική προσέγγιση στο ζήτημα της κινητικότητας των πόρων, καθώς αποδεικνύει την ύπαρξη οικονομιών

συγκέντρωσης, μέσω της μεγάλης συγκέντρωσης των επιχειρήσεων σε αστικούς ιστούς, η οποία οδηγεί σε μείωση του κόστους παραγωγής λόγω της λειτουργίας εσωτερικών και εξωτερικών οικονομιών κλίμακας (Combes κ.ά., 2011).

Η *θεωρία της ενδογενούς ανάπτυξης*, όπως παρουσιάστηκε από τον Romer (1986), στηρίχθηκε σε ένα υπόδειγμα γενικής ισορροπίας, αντίστοιχο με εκείνο του Solow, στο οποίο όμως επικρατούν αύξουσες αποδόσεις κλίμακας, για να υποδείξει ότι η ανάπτυξη είναι μια συσσωρευτική διαδικασία, σε αντίθεση με τις φθίνουσες αποδόσεις κλίμακας της νεοκλασικής προσέγγισης. Οι ρυθμοί ανάπτυξης των ανεπτυγμένων χωρών μπορεί να είναι υψηλότεροι από εκείνους των αναπτυσσόμενων και κατά συνέπεια, τα επίπεδα ανάπτυξης αντί να συγκλίνουν (νεοκλασική προσέγγιση), αποκλίνουν.

Η *νέα οικονομική γεωγραφία*, ξεκίνησε από μια πρωτοποριακή εργασία του Krugman (1991), στην οποία εξετάζει σε ένα υπόδειγμα γενικής ισορροπίας τις χωρικές δυναμικές που αναπτύσσονται σε μια οικονομία με αγορά ατελούς ανταγωνισμού, διαφοροποίηση προϊόντων, την παραγωγή στο επίπεδο της επιχείρησης να υπόκειται σε αύξουσες αποδόσεις κλίμακας, έντονη κινητικότητα κεφαλαίου και δυναμικού και μηδενικό κόστος μεταφοράς. Καταλήγει λοιπόν στο συμπέρασμα, ότι ο γεωγραφικός παράγοντας παίζει μείζονα ρόλο στην κατανομή των δραστηριοτήτων στο χώρο, καθώς όταν το κόστος μεταφοράς είναι υψηλό οι επιχειρήσεις θα εγκατασταθούν ώστε να αποφύγουν την οικονομική επιβάρυνση (μονοπωλιακή τάση), ενώ όταν το κόστος μειώνεται, τείνουν να συγκεντρώνονται στις μεγαλύτερες αγορές (οικονομίες συγκέντρωσης στην παραγωγή). Έτσι, οι μεγάλες πόλεις θα συγκεντρώνουν δυσανάλογα μεγάλα τμήματα πληθυσμού και δραστηριοτήτων, μην αφήνοντας κανένα περιθώριο ανάπτυξης στις μικρές πόλεις.

Οι νέες αυτές προσεγγίσεις που παρουσιάστηκαν επιγραμματικά πιο πάνω, συνέβαλαν στην επανένταξη των θεωριών της συσσώρευσης (μεγάλη ώθηση, συσσωρευτική αιτιότητα), κόντρα στο για δεκαετίες κυρίαρχο ρεύμα της νεοκλασικής προσέγγισης. Επιπλέον, αποκατέστησαν τη σχέση της οικονομικής ανάλυσης του χώρου με την πραγματικότητα, αφού οι ανισότητες σε όλα τα χωρικά επίπεδα, ήταν και παραμένουν σημαντικές, παρά την επί μακρόν παρακολούθησή τους ή/και παρά τη συστηματική ή περιπτώσιακή άσκηση παρεμβατικών πολιτικών.

3.1.3 Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση την εποχή της πανδημίας

Ο 21^{ος} αιώνας έχει αποδειχτεί μέχρι σήμερα ως ένας αιώνας προκλήσεων. Έχοντας διανύσει το ένα πέμπτο του, μπορούμε με βεβαιότητα να πούμε, ότι είναι ένα χρονικό διάστημα ιδιαίτερος συμπυκνωμένο, αφού σε μόλις 21 χρόνια, ο κόσμος έχει βιώσει την οικονομική κρίση του 2008 (για κάποιους η Ελλάδα εξακολουθεί να βιώνει τα αποτελέσματα, για άλλους δε βγήκε ποτέ από αυτή), η κλιματική αλλαγή εξελίχθηκε σε κλιματική κρίση με τα αποτελέσματά της πλέον να είναι απτά και όχι στο επίπεδο σεναρίου και σαν επιστέγασμα, ο κόσμος βιώνει το ξέσπασμα της πανδημίας του ιού SARS-COV-2, η οποία επέφερε παγκόσμιες αλλαγές τα αποτελέσματα των οποίων, είναι πολύ νωρίς για να διακρίνουμε.

Η κρίση του κορωνοϊού ήλθε να επιβεβαιώσει για μια ακόμη φορά τη ρήση του Jean Monnet σύμφωνα με την οποία η Ευρώπη θα οικοδομηθεί μέσα από κρίσεις και θα είναι το άθροισμα των λύσεων που θα έχουν δοθεί στις κρίσεις αυτές. Η κρίση αυτή έχει δημιουργήσει και συνεχίζει να δημιουργεί νέα δεδομένα και σηματοδοτεί τη

μετάβαση σε μια νέα εποχή για την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση, τα αποτελέσματα της οποίας δε μπορούμε ακόμη να διακρίνουμε.

Η πανδημία επηρέασε στο ξέσπασμά της συμμετρικά τις χώρες της Ε.Ε. αν και αρχικά εντοπίστηκε με μεγαλύτερη ένταση στις πιο ανεπτυγμένες χώρες. Και ενώ το ξέσπασμα ήταν συμμετρικό, οι επιπτώσεις ήταν ασύμμετρες, υπό το πρίσμα της διαφορετικής δυνατότητας αντιμετώπισής τους από χώρα σε χώρα. Η πανδημία λοιπόν ανέδειξε βίαια και ραγδαία τις ανισότητες εντός της Ε.Ε., καθώς όπως είναι λογικό, οι περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες, είχαν τη δυνατότητα κινητοποίησης πόρων για ενίσχυση του συστήματος υγείας, υποστήριξη των επιχειρήσεων και τις αγορές κλπ., σε σύγκριση με τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Αυτό βεβαίως δεν αναιρεί το γεγονός ότι όλες οι χώρες επηρεάστηκαν και καμία δεν έμεινε αλώβητη από την κρίση.

Η νέα πραγματικότητα περιελάβανε διακοπή της επιχειρηματικής δραστηριότητας (μεταφορές, εμπόριο, τουρισμός κ.ά.), της βιομηχανικής παραγωγής αλλά και ανάγκη πρόσθετων επενδύσεων στον τομέα της υγείας με αποτέλεσμα να προκληθούν σοβαρές ελλείψεις ρευστότητας.

Οι πρώτες αντιδράσεις ήταν σπασμωδικές και ενάντια σε ολόκληρη την ιδέα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αφού παραβιάστηκε μονομερώς η Συνθήκη Σέγκεν, υπήρξε ανταγωνισμός σχετικά με τις προμήθειες ιατρικού εξοπλισμού (μάσκες, αναπνευστήρες κλπ.) και κυριάρχησε η απουσία συντονισμού μεταξύ των κρατών ή με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η εικόνα διάλυσης ενισχύθηκε από τις ταχύτατες ομαδοποιήσεις κρατών αλλά και μελών της Επιτροπής, αλλά και την απουσία ανάληψης πρωτοβουλιών από την ίδια την Επιτροπή. Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο έδινε κι αυτό εικόνα αποσύνθεσης, αφού ομάδες κρατών – μελών υπέγραφαν κοινές δηλώσεις, συγκροτώντας έτσι «ομάδες» κρατών. Πρωθυπουργοί (Ιταλία) απειλούσαν με αποχώρηση από την Ένωση, ο Γάλλος Πρόεδρος επέσειε τον κίνδυνο διάλυσης του οικοδομήματος, ενώ μέχρι και ο Πάπας Φραγκίσκος απηύθυνε κάλεσμα για ενότητα. Η Ευρωπαϊκή Ένωση, έστω και προσωρινά, είχε διαλυθεί.

Μετά τις πρώτες εβδομάδες των σπασμωδικών αντιδράσεων, η Ευρώπη φάνηκε να κινητοποιείται ενωτικά και δραστικά. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ανακοίνωσε μέτρα που παρέκκλιναν από τους κανόνες της πολιτικής του ανταγωνισμού, προέβη στη χαλάρωση των διατάξεων των κανονισμών των Διαρθρωτικών Ταμείων παρέχοντας ευελιξία στη διάθεση πόρων. Αποφασιστικής σημασίας αποδείχτηκε η κοινή Γάλλο-Γερμανική πρόταση, για τη δημιουργία ενός Ταμείου Ανάκαμψης ύψους 500 δις. Ευρώ, όπου οι πόροι δεν θα προέρχονταν από επιπλέον συνεισφορές των κρατών – μελών στον προϋπολογισμό της Ε.Ε., αλλά θα αντλούνταν μέσω μακροπρόθεσμου και χαμηλότοκου δανείου.

Η Επιτροπή, όχι μόνο έκανε αποδεκτή την πρόταση, αλλά πρόσθεσε επιπλέον 250 δις ευρώ δανείων, αυξάνοντας το συνολικό ύψος στα 750 δις. Η πρωτοβουλία αυτή πήρε την ονομασία Next Generation EU και ήταν ένα σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση αμοιβαιοποίησης του χρέους. Αν και έχει προσωρινό χαρακτήρα, πληθαίνουν οι φωνές που ζητούν τη μονιμοποίησή του, παρά τις όποιες δυσκολίες, καθώς παρουσιάζει μια ευελιξία ιδιαιτέρως απαραίτητη. Αν στο Ταμείο Ανάκαμψης προστεθούν τα κονδύλια του Πολυετούς Δημοσιονομικού Πλαισίου 2021 – 2027, γίνεται σαφές πως η πολιτική συνοχής θα έχει στη διάθεσή της να διαχειριστεί πάνω από ένα τρις ευρώ, ποσό αδιανόητο πριν το ξέσπασμα της πανδημίας.

Η πολιτική συνοχής λοιπόν, εμφανίζεται ενισχυμένη, όπως όμως αυτή γίνεται αντιληπτή με τους όρους «στρατηγικής της Λισαβόνας», που έχει ως προτεραιότητα τη

συνολική αναπτυξιακή μεγέθυνση της Ένωσης περισσότερο από τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων και την ανάπτυξη των λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών. Γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι η συγκεκριμένη προσέγγιση ευνοεί τις περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες, έναντι των λιγότερο ανεπτυγμένων, παρά τις αυξημένες χρηματοδοτικές ανάγκες των δεύτερων. Η μείωση των ανισοτήτων εμφανίζεται ως ο πλέον αποδυναμωμένος στόχος στη νέα πολιτική συνοχής, με την προσήλωση να εξακολουθεί να βρίσκεται στη Στρατηγική της Λισαβόνας.

Ακόμα μια σημαντική αλλαγή η οποία ενισχύει την άποψη ότι η ευρωπαϊκή ολοκλήρωση θα στηριχθεί περισσότερο στη στρατηγική της Λισαβόνας, αποτελεί το γεγονός ότι τη διαπραγμάτευση του κανονισμού του Ταμείου Ανάκαμψης ανέλαβαν οι Υπουργοί Οικονομικών και όχι τα υπουργεία υπεύθυνα για τον αναπτυξιακό σχεδιασμό. Αυτή η αλλαγή σηματοδοτεί τη μετατόπιση σε ένα νέο μοντέλο αντίληψης της πολιτικής συνοχής, καθώς τα κριτήρια συνοχής δεν αναμένεται να συνάδουν πλέον με τα κριτήρια σχεδιασμού από υπουργούς Οικονομικών.

Στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η Γενική Διεύθυνση Περιφερειακής και Αστικής Πολιτικής, στερείται πλέον ρόλο, καθώς θεωρήθηκε υπεύθυνη για τις καθυστερήσεις και τις αστοχίες στο σχεδιασμό και την υλοποίηση. Πρόκειται για μια ακόμα σαφή ήττα της Περιφερειακής Πολιτικής έναντι της Στρατηγικής της Λισαβόνας.

3.2 Ανισότητες κατά τη διάρκεια της πανδημίας σε διεθνές επίπεδο

Οι εθνοτικές μειονότητες αποτελούν σημαντικό θέμα συζήτησης στον παγκόσμιο διάλογο γύρω από την πανδημία του Covid-19. Σύμφωνα με πρώιμα επιδημιολογικά δεδομένα, οι μειονοτικοί πληθυσμοί στην αμερικανική ήπειρο (Αφροαμερικανοί, ισπανόφωνοι, ιθαγενείς Αμερικανοί) φαίνεται να προσβάλλονται συχνότερα και σοβαρότερα από τους μη μειονοτικούς πληθυσμούς και να έχουν υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας από τον γενικό πληθυσμό (Bibby et al., 2020- Chowkwanyun and Reed, 2020- Dorn et al., 2020- Khalatbari-Soltani et al., 2020- Strein, 2020). (Laurecin και McClinton, 2020). Μια πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι η επίπτωση της λοίμωξης SARS-COV-2 και το ποσοστό θνησιμότητας είναι τρεις και έξι φορές υψηλότερα, αντίστοιχα, σε πολιτείες με υψηλότερο εθνοτικά μειονοτικό πληθυσμό από ότι σε εκείνες τις πολιτείες με χαμηλότερο (Thebault et al., 2020).

Οι Αφροαμερικανοί αντιπροσώπευαν το 50% των κρουσμάτων και το 70% των θυμάτων της πρόσφατης επιδημίας του κορωνοϊού στο Σικάγο, παρόλο που αποτελούν μόνο το 30% του πληθυσμού της πόλης (Abrams and Szeffler, 2020). Συγκρίσιμα στοιχεία από τη Νέα Υόρκη, το Ντιτρόιτ, τη Φιλαδέλφεια και το Μιλγουόκι ανέδειξαν επίσης παρόμοιες ανισότητες (Laurecin and McClinton, 2020. Thebault et al., 2020). Η προαναφερθείσα άνιση επίπτωση της νέας πανδημίας μεταξύ εθνοτικών μειονοτήτων και μη πληθυσμών μπορεί να εξηγηθεί εξετάζοντας το επαναλαμβανόμενο μοτίβο προηγούμενων επιδημιών, σύμφωνα με το οποίο, οι κοινωνικά περιθωριοποιημένοι πληθυσμοί πλήττονται σοβαρότερα λόγω της χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης και, κατά συνέπεια, των αυξημένων αρνητικών αποτελεσμάτων για την υγεία (Chowkwanyun and Reed, 2020. Khalatbari-Soltani et al., 2020).

Τα μέλη των πιο ευάλωτων κοινωνικών ομάδων απασχολούνται συχνότερα ως "βασικοί εργαζόμενοι πρώτης γραμμής" στις Ηνωμένες Πολιτείες, καταλαμβάνοντας

θέσεις εργασίας που συνεχίζουν να λειτουργούν κατά τη διάρκεια lockdown, παρεμποδίζοντας έτσι τις προσπάθειες εφαρμογής κανόνων κοινωνικής αποστασιοποίησης και αυξάνοντας τον κίνδυνο έκθεσης στον ιό (Bambra et al., 2020- Bibby et al., 2020- Cheater, 2020- Dorn et al., 2020- Laurecin and McClinton, 2020). Λόγω του ζοφερού οικονομικού κλίματος, είναι επίσης απίθανο τα άτομα αυτά να επικαλεστούν λόγους υγείας για να εγκαταλείψουν τα επαγγέλματά τους κατά τη διάρκεια της επιδημίας. Λόγω των βασικών ιδιοτήτων αυτών των επαγγελματιών που απαιτούν φυσική παρουσία και του χαμηλότερου ψηφιακού αλφαριθμητισμού που χαρακτηρίζει αυτούς τους εργαζόμενους, καθίσταται δύσκολο για αυτούς να αξιοποιήσουν τις δυνατότητες της τηλεργασίας, γεγονός που μπορεί να λειτουργήσει ως τροχοπέδη στην επέκταση της πανδημίας (Cheater, 2020- EurohealthNet, 2020- Ku και Brantley, 2020- Laurecin και McClinton, 2020). Επιπλέον, τα ευπαθή αυτά άτομα εκτίθενται σε συνθήκες συνωστισμού, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα μόλυνσης από τον ιό, δεδομένου ότι χρησιμοποιούν σχεδόν αποκλειστικά τα μέσα μαζικής μεταφοράς για να μετακινηθούν στον χώρο εργασίας τους (Bambra et al., 2020. Cheater, 2020. Dorn et al., 2020).

Τα άτομα που ανήκουν σε εύάλωτες κοινωνικές ομάδες χαρακτηρίζονται συχνά από κακή υγεία, η οποία είναι αποτέλεσμα των υποκείμενων ασθενειών που επιδεινώνονται κατά την έξαρση της πανδημίας και των δύσκολων συνθηκών διαβίωσης (Ahmed et al., 2020- Bibby et al., 2020- Galea and Abdalla, 2020- Khalatbari-Soltani et al., 2020- Laurecin and McClinton, 2020- Strein and Ometa, 2020) (Abrams and Szeffler, 2020- Cheater, 2020). Το πρόβλημα του περιορισμού των επιπτώσεων της πανδημίας Covid-19 στους εύάλωτους πληθυσμούς δυσχεραίνεται από όλους τους προαναφερθέντες παράγοντες, καθώς και από την περιορισμένη πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και την ενίοτε ανεπαρκή ασφαλιστική κάλυψη (Bambra et al, 2020- Cheater, 2020- Dorn et al., 2020- Laurecin and McClinton, 2020).

Στους προσφυγικούς πληθυσμούς, η αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19 φαίνεται να είναι πολύ πιο δύσκολη. Μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι οι κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες, όπως οι πρόσφυγες, πλήττονται περισσότερο από τις πανδημίες μεταδοτικών λοιμωδών νοσημάτων, καθώς οι ασθένειες αυτές σκοτώνουν περισσότερους ανθρώπους σε αυτές τις ομάδες απ' ό,τι στις τοπικές κοινότητες (European Center for Disease Prevention and Control, 2016. Aldridge et al., 2018, Papadatos-Anagnostopoulos et al., 2020) Μερικοί από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ευπάθεια στη μόλυνση από την πανδημία του Covid-19, όπως έχουν επιβεβαιωθεί και επισημανθεί από τον ΠΟΥ, περιλαμβάνουν την περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, τους εξαιρετικά περιορισμένους χώρους διαβίωσης και τις συχνά επικίνδυνες συνθήκες στέγασης (World Health Organization Regional Office for Europe, 2018) (Edgar, 2012. Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος et al., 2020).

Οι πληθυσμοί αυτοί μετατρέπονται σε "υγειονομικές βόμβες" για τη δημόσια υγεία λόγω του στιγματισμού, της μειωμένης ή ανύπαρκτης επιδημιολογικής επιτήρησης των ύποπτων και επιβεβαιωμένων κρουσμάτων και της αναποτελεσματικής ενημέρωσης σχετικά με τους κανόνες υγιεινής και την πρόληψη του ιού, κυρίως λόγω της αδυναμίας τους να επικοινωνήσουν στη γλώσσα-στόχο (Papadatos - Anagnostopoulos et al., 2020) Για παράδειγμα, το πρώτο θετικό κρούσμα ανακαλύφθηκε στις 31 Μαρτίου 2020 στην ελληνική δομή προσφύγων στη Ριτσώνα (Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης, 2020). Άλλες εγκαταστάσεις προσφύγων ανακάλυψαν περιστασιακά μεταγενέστερα θετικά κρούσματα, γεγονός που, όπως ήταν αναμενόμενο, προκάλεσε σοβαρές ανησυχίες

σχετικά με τον πραγματικό αριθμό των κρουσμάτων που υπήρχαν στις εγκαταστάσεις (Papadatos-Anagnostopoulos et al., 2020). Το γεγονός ότι τα άτομα που ανήκουν σε φυλετικές μειονότητες, κοινωνικά ευάλωτες ομάδες ή άλλες καταπιεσμένες ομάδες πρέπει να βλέπουν τον νέο κορωνοϊό από μια ιδιαίτερη οπτική γωνία θα πρέπει να είναι αυτονόητο.

Ήταν γνωστό πολύ πριν από το ξέσπασμα της πανδημίας ότι οι φτωχότεροι πληθυσμοί είναι πιθανότερο να έχουν υποκείμενα χρόνια νοσήματα όπως αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, άσθμα, καρδιαγγειακά νοσήματα, παχυσαρκία - και μάλιστα εκδηλωμένα σε πιο σοβαρή μορφή και σε νεότερη ηλικία - τα οποία αποτελούν γνωστούς παράγοντες κινδύνου και προδιαθέτουν σε σοβαρή νόσο, επιπλοκές και αυξημένη θνησιμότητα από τη λοίμωξη Covid-19 (European Commission, 2014. Guo et al., 2019- Abrams and Szeffler, 2020- Ahmed et al., 2020- Bibby et al., 2020- Dorn et al., 2020- Khalatbari-Soltani et al., 2020- Patel and Hardy, 2020- Strein and Omata, 2020- Wu et al., 2020- Ζήση και Χτούρης, 2020). Οι προαναφερθείσες ανισότητες όσον αφορά την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων σε κοινωνικά περιθωριοποιημένες ομάδες πληθυσμού προκύπτουν ως αποτέλεσμα της διαφορετικής έκθεσης σε κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας (Dahlgren and Whitehead, 1991. Commission on the Social Determinants of Health, 2008).

Επιπλέον, το κάπνισμα είναι συχνό σε αυτές τις κοινότητες, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας από λοίμωξη Covid-19, καθώς και την πιθανότητα σοβαρών επακόλουθων και νοσηλείας σε ΜΕΘ (Abrams and Szeffler, 2020- Vardavas and Nikitara, 2020). (Khalatbari-Soltani et al., 2020). Πράγματι, ο πληθυσμός των ρομά, μια από τις πιο μειονεκτούσες κοινότητες της Ευρώπης, καπνίζει δύο έως τρεις φορές περισσότερο από τον τυπικό Ευρωπαίο, καθιστώντας τους ανθρώπους του πιο ευάλωτους σε χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και άλλους παράγοντες κινδύνου για SARS-COV-2 (Bambra et al., 2020).

Οι ανισότητες στην υγεία επηρεάζονται σημαντικά τόσο από τις συνθήκες διαβίωσης όσο και από τις συνθήκες στέγασης, ιδίως κατά τη διάρκεια της πανδημίας του Covid-19 (Bambra et al., 2020- Galea and Abdalla, 2020- Khalatbari-Soltani et al., 2020- Ζήση και Χτούρης, 2020). Τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα συνδέονται με την πάροδο του χρόνου, αφενός με χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης των προτύπων ποιότητας στέγασης, με αποτέλεσμα την αύξηση των αναπνευστικών ασθενειών όπως το άσθμα, που προδιαθέτουν σε σοβαρή ασθένεια από τη μόλυνση με COVID-19, και αφετέρου με αύξηση της ανασφάλειας λόγω της πρόσθετης οικονομικής επιβάρυνσης (ενοίκια) που δυσκολεύονται να διαχειριστούν (Gibson et al., 2011). (McNamara et al., 2017- Bibby et al., 2020- Zisi and Chtouris, 2020). Οι μεγάλες οικογένειες, συχνά διαγενεακές, είναι πιο πιθανό να ζουν σε μικρότερα σπίτια με φτωχότερες συνθήκες υγιεινής και υψηλότερες πληθυσμιακές πυκνότητες, γεγονός που αυξάνει τη συγκατοίκηση και, κατά συνέπεια, τα ποσοστά μετάδοσης, ιδίως στις φαβέλες ή τις αστικές φτωχογειτονιές της Νότιας Αμερικής (Bambra, 2016- Patel and Hardy, 2020- Ζήση και Χτούρης, 2020). Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όταν κάποιος είναι περιορισμένος και κοινωνικά απομονωμένος (Cheater, 2020- Khalatbari-Soltani et al., 2020). Οι άστεγοι πληθυσμοί έχουν ακόμη χειρότερες συνθήκες, διότι είναι πιο πιθανό να μολυνθούν από τον νέο κορωνοϊό, καθώς ζουν σε ανθυγιεινά περιβάλλοντα, όπου είναι αδύνατο να ακολουθήσουν τους κανόνες κοινωνικής απόστασης. Επιπλέον, η πιθανότητα έξαρσης της πανδημίας αυξάνεται όταν οι άνθρωποι δεν έχουν επαρκή πρόσβαση σε πληροφορίες (όπως η τηλεόραση, το διαδίκτυο και οι υπηρεσίες υγείας) (Abrams and Szeffler, 2020. Cheater, 2020).

3.3 Πανδημία και Διεθνής Οικονομική δραστηριότητα

Η 11η Μαρτίου του 2020, σηματοδοτεί την ημέρα που ο πλανήτης τέθηκε σε συναγερμό, καθώς ο Covid – 19, περίπου τρεις μήνες μετά την εμφάνισή της στην πόλη Γουχάν της Κίνας, έχει εξελιχθεί σε πανδημία. Ο μόνος τρόπος προσπάθειας αναχαίτισής της, είναι η κοινωνική αποστασιοποίηση, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε παύση σχεδόν κάθε οικονομικής δραστηριότητας. Η υγειονομική κρίση, γίνεται ταυτόχρονα και οικονομική κρίση.

Αρχίζει να καταγράφεται η μεγαλύτερη ύφεση μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, με γενικευμένη πτώση του κατά κεφαλήν εισοδήματος, αύξηση της ανεργίας, αύξηση του χρέους λόγω των επεκτατικών οικονομικών πολιτικών, αλλά και υποχώρηση των εμπορικών συναλλαγών. Το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, μέσω της τότε επικεφαλής του, G. Gopinath, κάνει λόγο για το «μεγάλο Lockdown» και προβλέπει ότι τόσο οι αναπτυσσόμενες οικονομίες όσο και οι προηγμένες θα έρθουν αντιμέτωπες με την ύφεση. Παράλληλα, προχωρά σε μια επισήμανση που αφορά την Ελλάδα, καθώς προβλέπει ότι χώρες με άμεση εξάρτηση από τον τουρισμό, θα βρεθούν αντιμέτωπες με πολύ μεγάλες προκλήσεις.

Όπως αναμενόταν, οι άμεσες συνέπειες ήταν δραματικές. Σημειώθηκε αύξηση στην ακραία φτώχεια το 2020, κάτι που παρατηρήθηκε για πρώτη φορά τα τελευταία είκοσι χρόνια, αφού εκατό εκατομμύρια άνθρωποι προστέθηκαν στον αριθμό των ανθρώπων, οι οποίοι αναγκάζονται να ζήσουν με λιγότερο από 1,9 δολάρια την ημέρα.

Από τα στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας (The World Bank: 2021 Year in Review in 11 Charts: the Inequality Pandemic, 2021) προκύπτει ότι η πιο απότομη μείωση των εισοδημάτων, παρατηρήθηκε στο ήδη φτωχότερο 20% του πλανήτη. Αυτή η παρατηρούμενη άνιση επίπτωση στα εισοδήματα, παρατηρείται τόσο σε επίπεδο κρατών, όσο και στο εσωτερικό τους, καθώς κατ' αναλογία, οι πιο ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, πλήττονται δυσανάλογα βλέποντας συνεχή μείωση των εισοδημάτων τους, ενώ οι περισσότεροι εύποροι αρχικά ανακτούν όσα αρχικά έχασαν εισοδηματικά, ενώ παρουσιάζεται η τάση της αύξησης των εισοδημάτων τους. Άλλωστε, σύμφωνα με την έκθεση της Oxfam αναφορικά με την ανισότητα, καταγράφεται και αποτυπώνεται η πιο πάνω ανισορροπία, καθώς οι 10 πλουσιότεροι άνθρωποι του κόσμου, μετά το ξέσπασμα της πανδημίας, διπλασίασαν τον πλούτο τους. Είναι ταυτόχρονα σημαντικό να επισημανθεί ότι το πιο φτωχό 40% του πλανήτη, περίπου 3,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, κατέχουν λιγότερα περιουσιακά στοιχεία από τους δέκα (10) πλουσιότερους ανθρώπους του κόσμου.

Η αντίδραση της επιστημονικής κοινότητας υπήρξε πρωτοποριακά άμεση. Θα είχε ενδιαφέρον ωστόσο, να διερευνηθεί η πιθανή σύνδεση των ραγδαίων οικονομικών επιπτώσεων της πανδημίας, με την αμεσότητα στη δημιουργία του εμβολίου, το οποίο με τη σειρά του, ανέδειξε ακόμα μία ανισότητα, καθώς δεν είχαν όλες οι χώρες την ίδια ευκολία να αποκτήσουν τα τόσο αναγκαία εμβόλια, με τις πλουσιότερες χώρες να σπεύδουν να προμηθευτούν τα περισσότερα δυνατά, ενώ οι φτωχότερες δεν μπόρεσαν να ακολουθήσουν το φρενήρη και πολυέξοδο ρυθμό προμηθειών.

Αν στα παραπάνω προσθέσουμε και τη δυσπιστία των ανθρώπων απέναντι στον καθολικό εμβολιασμό, απόρροια τόσο του ανορθολογισμού (ο οποίος θα άξιζε να διερευνηθεί αν συσχετίζεται με το επίπεδο μόρφωσης ή και το ιδεολογικό αποτύπωμα)

αλλά και πολλές φορές, των αποτυχημένων εκστρατειών ενημέρωσης (για παράδειγμα στην Ελλάδα, δεν υπήρξε στοχευμένη ενημέρωση, ενώ πολλές φορές η αρμόδια επιστημονική επιτροπή, αναιρούσε τον εαυτό της και προηγούμενες οδηγίες, όπως π.χ. αναφορικά με τη χρήση μάσκας), μπορούμε να αιτιολογήσουμε την αποτυχία ως προς τον περιορισμό της πανδημίας.

Η επανεκκίνηση της οικονομίας, μετά την έναρξη των προγραμμάτων μαζικού εμβολιασμού του πληθυσμού, σημαδεύτηκε από την εμφάνιση ενός νέου προβλήματος, αυτό του πληθωρισμού, ο οποίος συνδέεται με την ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης, την αύξηση των ναύλων στα πλοία και τη μεταφορά εμπορευμάτων προς την Ευρώπη από την Αμερική και την Ασία και τη συνακόλουθη αύξηση του μεταφορικού κόστους παγκοσμίως.

Σαν επιστέγασμα των προαναφερθέντων, η ενεργειακή κρίση συμπλήρωσε το μωσαϊκό των κρίσεων. Η γεωπολιτική κρίση στην Ουκρανία, σε συνδυασμό με την αυξημένη ζήτηση, τις δυσκολίες στη διανομή αλλά και τα αυξημένα κόστη μεταφοράς, οδήγησαν σε μια εκρηκτική αύξηση των τιμών του φυσικού αερίου, τις συνέπειες της οποίας εξακολουθεί να βιώνει κυρίως η Ευρώπη και ειδικότερα οι χώρες με χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα. Όπως ήταν αναμενόμενο, η αυξήσεις στις τιμές του φυσικού αερίου, συμπαρέσυραν και τις τιμές για την ηλεκτρική ενέργεια, δημιουργώντας συνθήκες απόγνωσης και εγκλωβισμού στους ανθρώπους που ήδη προσπαθούσαν να ανταπεξέλθουν στην άνοδο του πληθωρισμού και την , κατά συνέπεια, μείωση του εισοδήματός τους. Καθώς η πορεία ανόδου των τιμών ενέργειας θα συμπαρασύρει και τον πληθωρισμό, το μέλλον φαντάζει ζοφερό, κυρίως για τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα.

3.4 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και θνητότητα Covid - 19

Η σε βάθος έρευνα και ανάλυση των επιπτώσεων των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στη νοσηρότητα και το θάνατο κατά τη διάρκεια της πανδημίας της ισπανικής γρίπης στις αρχές του 20ου αιώνα και των πιο πρόσφατων επιδημιών H1N1 και Έμπολα έδειξαν ότι λειτούργησαν ως επιταχυντές των ανισοτήτων. Η εμφάνιση της νέας πανδημίας Covid-19 συνέπεσε με μια περίοδο κατά την οποία η παγκοσμιοποίηση είχε συνδέσει κάθε μέρος του κόσμου, έκανε ευκολότερη από ποτέ τη μετακίνηση ανθρώπων και αγαθών, επέτρεψε στις συνδεδεμένες οικονομίες να μοιράζονται τα κέρδη και τις απώλειες και προώθησε την εμφάνιση νέων στρατηγικών συμμαχιών σε επίπεδο κρατών.

Πιο συγκεκριμένα, η επιδημία ξεκίνησε σε μια εποχή που πολλές χώρες βίωναν μια παγκόσμια οικονομική κρίση που άλλαζε την κοινωνική συνοχή, το βιοτικό επίπεδο και την οικονομική ικανότητα. Τα συστήματα δημόσιας υγείας έλαβαν λιγότερη χρηματοδότηση, οι πρωτοβουλίες προληπτικής ιατρικής διακόπηκαν και τα κοινωνικά μέτρα που αποσκοπούσαν στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων μπήκαν στο ράφι. Η έντονη οικονομική μετανάστευση δημιούργησε επίσης νέες δημογραφικές ομάδες με ξεχωριστά χαρακτηριστικά και εμφανείς κοινωνικοοικονομικές ανισότητες. Με τις εκρηκτικές του ιδιότητες, ο Covid-19 προβλέπεται να λειτουργήσει ως καταλύτης σε αυτή την κρίσιμη παγκόσμια συγκυρία, αυξάνοντας τις υπάρχουσες ανισότητες και διευρύνοντας το χάσμα, ενώ παράλληλα δημιουργεί νέες.

Η πρώτη ανάλυση των δεδομένων του Covid-19 αποκαλύπτει μια κυρίαρχη κοινωνικοοικονομική προκατάληψη στις επιπτώσεις, παρόμοια με την ισπανική γρίπη, όταν τα άτομα με κοινωνικό μειονέκτημα και κοινωνικές προκαταλήψεις είχαν μεγαλύτερα ποσοστά ασθένειας και θνησιμότητας.

Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων που πραγματοποίησαν ο Chen και οι συνεργάτες του στη μητροπολιτική περιοχή της Νέας Υόρκης, οι άνθρωποι που ζουν στις πιο οικονομικά και κοινωνικά μειονεκτικές γειτονιές έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από το Covid-19 και να νοσήσουν από αυτό, και έχουν επίσης υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από ό,τι οι άνθρωποι που ζουν σε εύπορες εσωτερικές ή προαστιακές περιοχές. Σύμφωνα με μια μελέτη δημογραφικών δεδομένων στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι κοινότητες της Ασίας και της Αφρικής, οι οποίες αποτελούν το 14% του συνολικού πληθυσμού, αντιπροσωπεύουν το 34,5% των ασθενών με σοβαρή επιπλοκή, ή σχεδόν τριπλάσιο ποσοστό για την ιογενή πνευμονία το 2017-2019. Αυτό υποδηλώνει ότι οι μετανάστες και οι εθνικές μειονότητες φαίνεται να πλήττονται ιδιαίτερα από τον νέο κορωνοϊό. Μια διαπίστωση που υποστηρίζεται από συγκρίσιμα ερευνητικά δεδομένα από το Σικάγο, όπου το 59,2% των θανάτων από Covid-19 αποδίδεται στην κοινότητα των Αφροαμερικανών (34,8% του πληθυσμού).

Οι φτωχότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες επηρεάζονται περισσότερο από την πανδημία, επειδή έχουν μεγαλύτερα ποσοστά χρόνιων παθήσεων που δεν αντιμετωπίζονται σωστά, μικρότερη πρόσβαση στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και υγειονομικής περίθαλψης και έχουν πληγεί περισσότερο από την οικονομική κρίση των τελευταίων ετών. Οι κακές συνθήκες διαβίωσης των κατώτερων κοινωνικών τάξεων, η συμφορημένη στέγαση και τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνίσματος και κατάχρησης επηρεάζουν αρνητικά την έκθεση και τα αποτελέσματα του Covid-19. Επιβάλλονται απαγορεύσεις κυκλοφορίας λόγω της ραγδαίας εξάπλωσης του ιού σε όλο τον κόσμο και της αδυναμίας των αρχών να τον σταματήσουν, γεγονός που επιτείνει τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες και αυξάνει το ποσοστό του πληθυσμού που είναι ευάλωτο σε αυτές.

Με την αύξηση των ψυχικών ασθενειών, τη βίαιη μετάβαση σε καθεστώς τηλεκαίτευσης για όλα τα επίπεδά της, την εξάλειψη των προνομιούχων θέσεων εργασίας και τη μεγάλη καθυστέρηση της παγκόσμιας οικονομίας να αντιδράσει, παράγει επίσης νέες ανισότητες, οι επιπτώσεις των οποίων θα είναι αισθητές για πολλά χρόνια και θα αποτελέσουν ένα σημαντικό νέο πεδίο έρευνας. Επίσης, αναδεικνύει μια σύγχρονη ανισότητα, αυτήν του ψηφιακού αλφαριθμητισμού μεταξύ γενεών και κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Αυτό το ψηφιακό χάσμα φαίνεται να έχει αντίκτυπο στην ικανότητα των ασθενών να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες τηλεϊατρικής του Covid-19, καθώς και στην αναδυόμενη αγορά εργασίας κατ' οίκον. Τέλος, η επιδημία έχει ιδιαίτερα αρνητικό αντίκτυπο στα ηλικιωμένα άτομα, ιδίως σε εκείνα που προέρχονται από χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και διαμένουν συχνά σε γηροκομεία.

3.5 Θνητότητα Covid -19 και τρόποι άμβλυνσής της

Οι κοινωνικοοικονομικά ασθενέστεροι και όσοι υφίστανται μεγαλύτερες ανισότητες φαίνεται να πλήττονται περισσότερο από αυτή την ευρεία παγκόσμια επιδημία, η οποία έχει οδηγήσει σε εκατομμύρια θανάτους. Ως εκ τούτου, προκειμένου να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα σε αυτές τις ομάδες πληθυσμού, είναι ζωτικής

σημασίας οι κυβερνήσεις και τα συστήματα υγείας να δράσουν γρήγορα για τη μείωση των ανισοτήτων.

Τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα έχουν συνεχή πρόσβαση στον έξω κόσμο και εργάζονται σε θέσεις εργασίας που δεν προσφέρουν επιλογές για εργασία από το σπίτι. Ως αποτέλεσμα, μετακινούνται χρησιμοποιώντας τα μέσα μαζικής μεταφοράς, τα οποία ενδέχεται να αποτελούν πηγή υπερ-μετάδοσης του ιού. Αυτή η μεταφορά θα μπορούσε να σταματήσει με την αύξηση των μέσων που είναι διαθέσιμα σε κάθε τομέα μετακίνησης, την αναδιάταξη των λεωφορείων κατά τις ώρες αιχμής και την προγραμματισμένη επιβίβαση του προσωπικού των οργανισμών σε αυτά. Η στρατηγική αυτή θα είχε απόλυτη επιτυχία εάν οι επισκευές των εγκλωβισμένων οχημάτων είχαν προτεραιότητα και οι οργανισμοί με συμβάσεις για την περίοδο Covid-19 στελεχώνονταν με προσωπικό από τους καταλόγους προσλήψεων προηγούμενων διαγωνισμών.

Η πανδημία έχει τεράστιο αντίκτυπο στους ηλικιωμένους. Θα πρέπει να ενισχυθούν οι υποστηρικτικοί θεσμοί που προσφέρουν βοήθεια σε αυτό το τμήμα του πληθυσμού σε συνεργασία με την κυβέρνηση, το σύστημα υγείας και τις τοπικές δημοτικές αρχές. Για να αντιμετωπίσει τις αυξανόμενες απαιτήσεις, το πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι θα πρέπει να έχει τεχνική και υλικοτεχνική υποστήριξη. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει επίσης να συνδεθεί με το πρόγραμμα και σε συνεργασία με τους δήμους να προσφέρει ιατρική παρακολούθηση σε ηλικιωμένους με χρόνιες ασθένειες. Με την παροχή ειδών αποστείρωσης και προστασίας τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για τα τρόφιμα, οι δήμοι στα όρια των οποίων υπάρχουν δημόσιες και ιδιωτικές δομές φιλοξενίας ηλικιωμένων θα πρέπει επίσης να επιβλέπουν αυστηρά την εφαρμογή των μέτρων προστασίας.

Για να μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης, ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) θα μπορούσε να επιβλέπει ένα πρόγραμμα ελέγχου ρουτίνας με τη χρήση γρήγορων τεστ σε αυτές τις εγκαταστάσεις. Οι υγειονομικές περιφέρειες θα πρέπει να επικεντρωθούν στα άτομα με χρόνιες αναπνευστικές και καρδιαγγειακές διαταραχές που υπάγονται στη δικαιοδοσία τους μέσω των συστημάτων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Η ενσωμάτωση των οικογενειακών γενικών γιατρών στο σύστημα θα ενισχύσει τα περιφερειακά ιατρεία και θα παράσχει άμεσα υγειονομική κάλυψη σε αυτή την ομάδα πληθυσμού που διατρέχει κίνδυνο. Οι άστεγοι και οι εξαρτημένοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι πληθυσμοί που εκτίθενται στην επιδημία. Η στέγαση, η σίτιση και η υγειονομική κάλυψη αυτών των ανθρώπων θα μπορούσε να επιλυθεί άμεσα και να προστατευθούν από την πανδημία, με την αύξηση του αριθμού των κλινών στις υπάρχουσες δομές στέγασης και τη διάθεση νέων με τη μετατροπή παλαιών στρατιωτικών κτιρίων, σχολείων και υγειονομικών μονάδων. Οι πολίτες της κοινότητας των Ρομά βιώνουν μια σειρά από αδικίες. Για την ευαισθητοποίησή τους απέναντι στον Covid-19 απαιτούνται ειδικές κοινωνικές πολιτικές, οικονομική βοήθεια και εκπαιδευτικά προγράμματα. Το Υπουργείο Υγείας θα μπορούσε να αξιοποιήσει κινητές μονάδες στους καταυλισμούς και στους τόπους διαμονής τους, προκειμένου να προσφέρουν πρωτοβάθμια περίθαλψη για τους χρονίως πάσχοντες, να εκπαιδεύσουν τον πληθυσμό και να προμηθεύσουν προστατευτικό εξοπλισμό και άλλα είδη πρώτης ανάγκης για τη θωράκισή τους από τη μετάδοση και τη νοσηρότητα.

3.6 Κυβερνητικές αντιδράσεις στην πανδημία: οι περιπτώσεις της Ουγγαρίας και της Νορβηγίας.

Επιστήμονες, διεθνείς οργανισμοί, άνθρωποι και κυβερνήσεις από όλο τον κόσμο ενδιαφέρονται για το πρόβλημα της εξάπλωσης της πανδημίας. Δεν είναι καθόλου νέο πρόβλημα η αντιμετώπιση επιδημιολογικών γεγονότων και η εξάπλωση επιδημιολογικών διαταραχών. Παρόμοιες επιδημίες ασθενειών έχουν εμφανιστεί ιστορικά αρκετές φορές και πολλές από αυτές τις αναλύσεις έχουν αποτελέσει αντικείμενο επιστημονικής έρευνας (Carillo, Jappelli 2020, Jord'a et al. 2020, Percoco 2016). Ωστόσο, το υψηλό επίπεδο πληθυσμιακής και οικονομικής συγκέντρωσης σε μεγάλες πόλεις και αστικά συγκροτήματα, οι αυξανόμενες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, καθώς και τα ιδιαίτερα προηγμένα μέσα μεταφοράς και επικοινωνίας, έχουν καταστήσει την ασθένεια αυτή μοναδική στα χρονικά της παγκόσμιας υγείας. Οι θεμελιώδεις αρχές του τρόπου οργάνωσης της οικονομικής δραστηριότητας, η κοινωνική επαφή και η συμμετοχή στις κοινωνικές διαδικασίες, οι κοινωνικές δραστηριότητες, ακόμη και η προσωπική ζωή, καθώς και η ψυχική υγεία κινδυνεύουν από αυτή την ασθένεια.

Η επιστημονική κοινότητα επέδειξε ομολογουμένως εξαιρετικά αντανakλαστικά με την τόσο σύντομη παραγωγή εμβολίων για την αντιμετώπιση της πανδημίας και πλέον είναι διαθέσιμα στο γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης της πανδημίας, η έλλειψη θεραπείας ή εμβολίου για την πρόληψη, τον έλεγχο και τελικά τη θεραπεία του Covid-19 κατέστησε την ασθένεια αυτή μοναδικό φαινόμενο στην ανθρώπινη ιστορία, λόγω των προαναφερθεισών ιδιαιτεροτήτων. Το σοκ ήταν παγκόσμιο (Faggian 2020). Ωστόσο, είχε άνιση επίδραση σε διαφορετικά έθνη, κοινωνικοοικονομικές τάξεις και ανθρώπους. Οι επιστημονικοί κλάδοι της δημογραφίας, της γεωγραφικής στατιστικής ανάλυσης και της χωρικής επιδημιολογίας είναι αυτοί που έχουν συμβάλει ειδικά στη μελέτη των ασθενειών. Η δημογραφία αποκάλυψε ορισμένες κρίσιμες πληροφορίες σχετικά με την εξέλιξη και τις επιπτώσεις του COVID-19.

Η γήρανση του πληθυσμού έχει καταστεί σημαντικό πρόβλημα για την Ευρώπη τις τελευταίες δεκαετίες, καθώς επιβαρύνει τα συνταξιοδοτικά συστήματα και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και καθιστά αναγκαία τη λήψη μέτρων για τη βοήθεια των ηλικιωμένων στην καθημερινή τους ζωή. Ο Covid-19 αυξάνει τον κίνδυνο για το κοινωνικό σύνολο και κυρίως για τους ηλικιωμένους. Το ποσοστό θανάτου είναι μεγαλύτερο για την ομάδα αυτή και η συχνότητα του Covid-19 αυξάνεται σε χώρους όπου συγκεντρώνονται ηλικιωμένοι, όπως οι νοσηλευτικές μονάδες, θέτοντας τη ζωή τους σε σοβαρό κίνδυνο. Οι στατιστικές έχουν δείξει ότι οι ηλικιωμένοι ενήλικες είναι στατιστικά πιο ευάλωτοι στο Covid-19.

Ως εκ τούτου, στην επιστημονική μελέτη θα πρέπει να αξιολογείται η ηλικιακή δομή μιας κοινωνίας και η ευπάθεια του πληθυσμού, μαζί με άλλες επικρατούσες κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές (ECDC 2020). Ένας άλλος βασικός παράγοντας που επηρεάζει την εμφάνιση και την εξάπλωση της πανδημίας είναι ο βαθμός αστικοποίησης. Σύμφωνα με εμπειρικές εκτιμήσεις, το σημερινό παγκόσμιο πρόβλημα που ονομάζεται Covid-19 από μόνο του θα έχει σημαντικές και άνισα καταναμεμημένες επιπτώσεις. Οι πόλεις αποτελούν συχνά εστίες μόλυνσης από το Covid-19 λόγω της μεγάλης συγκέντρωσης τόσο ανθρώπων όσο και οικονομικής δραστηριότητας εκεί (Sharifi, Khavarian-Garmsir 2020). Σε αντίθεση με τα ημιαστικά και αγροτικά περιβάλλοντα, ο επιπολασμός του Covid-19 ήταν καταφανώς μεγαλύτερος στις αστικές

περιοχές κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας. Σαν αποτέλεσμα παρατηρήθηκε το φαινόμενο της επιθυμίας των ανθρώπων για επιστροφή στην αγροτική ζωή ή έστω μακριά από το σύγχρονο αστικό περιβάλλον των μεγαλουπόλεων, ως απάντηση στην επιδημία (Cotella, Vitale Brovarone 2020). Ένα άλλο κρίσιμο στοιχείο είναι το μείγμα των κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού. Τα φτωχότερα τμήματα της κοινότητας είναι συνήθως πιο ευάλωτα στην ασθένεια. Τα ποσοστά θνησιμότητας που σχετίζονται με το Covid-19 στις πιο φτωχές περιοχές είναι υπερδιπλάσια από εκείνα στις λιγότερο φτωχές περιοχές, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία από την Αγγλία και την Ουαλία που εξέδωσε η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία του Ηνωμένου Βασιλείου (ONS) για τους μήνες Μάρτιο και Απρίλιο 2020. (Dodds et al. 2020, σ. 289). Τα διαφορετικά ποσοστά θνησιμότητας στις ΗΠΑ έχουν ευθεία συσχέτιση με τις εισοδηματικές διαφορές.

Οι πληθυσμοί Αφροαμερικανών και Λατινοαμερικανών που ζουν σε συνθήκες φτώχειας έχουν ποσοστό θνησιμότητας διπλάσιο από εκείνο των μη μειονοτικών πληθυσμών (Wade 2020). Ένα άλλο βασικό στοιχείο για την περιγραφή της εμφάνισης και της εξάπλωσης της νόσου είναι το μέγεθος της οικονομικής ανάπτυξης σε μια περιοχή. Η χωρική έρευνα για την Ιταλία παρουσιάζει στατιστικές αποδείξεις ότι η συχνότητα εμφάνισης του Covid-19 συνδέεται με την οικονομική ανάπτυξη των περιοχών (Ghose, Cartone 2020).

Οι βόρειες επαρχίες παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη θετική γεωγραφική συσχέτιση, υπογραμμίζοντας τη σχέση μεταξύ του Covid-19 και της οικονομικής ανάπτυξης. Οι πιο ανεπτυγμένες οικονομικά περιοχές του έθνους έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν φαινόμενα Covid-19, σύμφωνα με τους δείκτες LISA, λόγω της συσσώρευσης οικονομικής δραστηριότητας αλλά και της συγκέντρωσης ανθρώπων για τον ίδιο λόγο. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζονται από τους Ascani κ.ά. (2020), οι οποίοι παρέχουν επίσης πρόσθετη στατιστική απόδειξη ότι η σημαντική χωρική ανομοιομορφία του Covid-19 δείχνει ότι η μόλυνση είναι πιο σοβαρή σε περιοχές με ισχυρή οικονομική δραστηριότητα.

Σύμφωνα με τους Burlina και Rodriguez-Pose (2020), ο μεγαλύτερος επιπολασμός της υπερβάλλουσας θνησιμότητας παρατηρήθηκε σε καλά συνδεδεμένες περιοχές με ψυχρότερο, ξηρότερο κλίμα, υψηλά επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης και σχετικά υπανάπτυκτα συστήματα υγείας.

Από τα παραπάνω, προκύπτει η ανάγκη δυναμικής παρέμβασης της κεντρικής εξουσίας, καθώς η πανδημία δε μπορεί να αυτοπεριοριστεί και να αυτορυθμιστεί, κατά τον τρόπο που θεωρητικά το κάνει η αγορά.. Αυτές οι έκτακτες συνθήκες, ανέδειξαν τη σπουδαιότητα των κρατικών συστημάτων υγείας, τα οποία και κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν τα αλληπάλληλα κύματα της πανδημίας. Στην πραγματικότητα, ο Covid-19, απέδειξε ότι σε έκτακτες συνθήκες, η σπουδαιότητα ενός ισχυρού κρατικού συστήματος υγείας, επηρεάζει και την έκβαση της πανδημίας. Στο σημείο αυτό, θα ήταν χρήσιμο να αναφερθεί ότι ειδικά στην Ελλάδα, οι ιδιωτικές δομές περίθαλψης δεν ανέλαβαν περιστατικά Covid-19, δεν διέθεσαν κλίνες ΜΕΘ και περιορίστηκαν στην αντιμετώπιση περιστατικών non Covid. Οι Ηνωμένες Πολιτείες και άλλα έθνη, συμπεριλαμβανομένης της Ευρώπης, αποφασίζουν τώρα να διοχετεύσουν σημαντικές ποσότητες χρημάτων σε μια προσπάθεια να αναζωογονήσουν την οικονομία, τις επιχειρήσεις και να διατηρήσουν ευνοϊκές δημοσκοπήσεις για τα κυβερνώντα κόμματα. Μια προσπάθεια προς αυτή την κατεύθυνση είναι το σχέδιο ανάκαμψης της ΕΕ (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο 2020). Μέχρι στιγμής, ο OECD έχει ετοιμάσει εμπεριστατωμένες ενημερώσεις για λύσεις πολιτικής, συμπεριλαμβανομένων θεμάτων

όπως η αστική ανάπτυξη (OECD 2020a), η αγροτική ανάπτυξη (OECD 2020b), καθώς και η εδαφική και πολυεπίπεδη διακυβέρνηση (OECD 2020c).

Στην έρευνα των Annam aria Uzzoli¹, Sandor Zsolt Kovacs, Attila Fabian, Balazs Pager, Tam as Szabo τον Νοέμβριο του 2021 σχετικά με την πορεία της πανδημίας στην Ουγγαρία, αποδείχθηκε ότι:

Οι πρώτες δύο λοιμώξεις από κορωνοϊό αναφέρθηκαν επίσημα στην Ουγγαρία στις 4 Μαρτίου 2020 και ήταν δύο αλλοδαποί φοιτητές. Στις 15 Μαρτίου 2020 σημειώθηκε ο πρώτος θάνατος που σχετίζεται με τον κορωνοϊό, σύμφωνα με τον επίσημο ιστότοπο της κυβέρνησης (koronavirus.gov.hu). Στις 12 Μαρτίου 2020, εξήλθε από το νοσοκομείο ο πρώτος ασθενής που ανάρρωσε. Η ουγγρική κυβέρνηση κήρυξε κατάσταση έκτακτης ανάγκης επιδημίας στις 11 Μαρτίου 2020, η οποία διήρκεσε έως τις 18 Ιουνίου 2020. Στις 11 Νοεμβρίου 2020, η κατάσταση έκτακτης ανάγκης τέθηκε εκ νέου σε ισχύ και ίσχυσε μέχρι τις 18 Δεκεμβρίου 2021, αν και παρατάθηκε επανειλημμένα. Τρία κύματα ανάλογα με τον ρυθμό μετάδοσης της επιδημίας στην Ουγγαρία μπορούν να παρατηρηθούν κατά την παρακολούθηση της καθημερινής εξέλιξης των επιβεβαιωμένων ενεργών κρουσμάτων COVID-19.

Στις 14 Απριλίου 2021, το τρίτο κύμα κορυφώθηκε με 272.066 ενεργά επιβεβαιωμένα κρούσματα, τον μεγαλύτερο αριθμό που έχει καταγραφεί ποτέ. Μεταξύ 17 Φεβρουαρίου και 18 Απριλίου 2021, έλαβε χώρα η φάση εντατικής αύξησης αυτής της φάσης. Στις 26 Μαρτίου 2021, υπήρχαν 11.265 καθημερινά νέα κρούσματα, που ήταν ο μεγαλύτερος αριθμός που καταγράφηκε κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Από τις 19 Απριλίου 2021 θα συνεχιστεί η φάση μέτριας μείωσης του τρίτου κύματος. Το κύμα συνεχίστηκε για μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι και τον Ιούνιο, με περισσότερες από 50.000 ενεργές περιπτώσεις. Στα μέσα Μαΐου, ο αριθμός των καθημερινών νέων επιβεβαιωμένων κρουσμάτων έπεσε κάτω από 1.000. Μέχρι τα μέσα Ιουνίου ο μέσος όρος ήταν 150-200 νέα κρούσματα κάθε μέρα.

Το Ειδικό Επιχειρησιακό Όργανο της Κυβέρνησης κήρυξε την εφαρμογή των μέτρων στις αρχές Ιουνίου, παρόλο που το τρίτο κύμα διήρκεσε περισσότερο από τρεις μήνες. Η εκστρατεία εμβολιασμού στην Ουγγαρία ευθύνεται για τη συγκριτικά γρήγορη έξοδο από το τρίτο κύμα σε σύγκριση με το πρώτο και το δεύτερο κύμα. Στα τέλη του 2020 δόθηκε στη δημοσιότητα η στρατηγική εμβολιασμού της κυβέρνησης, η οποία βασίστηκε σε έναν λεπτομερή κατάλογο που έθετε σε προτεραιότητα τους πολίτες με βάση το επίπεδο ευπάθειάς τους (με βάση την ηλικία, το επάγγελμα ή τις χρόνιες ασθένειες). Η έναρξη των εμβολιασμών για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ήταν στα τέλη του 2020, ενώ η έναρξη των εμβολιασμών για τους ηλικιωμένους ήταν στα τέλη Φεβρουαρίου 2021. Από την πρώτη εβδομάδα του Απριλίου 2021 ξεκίνησαν οι μαζικοί εμβολιασμοί. 3,5 εκατομμύρια Ούγγροι είχαν λάβει την πρώτη δόση του εμβολιασμού Covid μέχρι τις 22 Απριλίου 2021. 5 εκατομμύρια άνθρωποι έλαβαν την πρώτη ένεση ένα μήνα αργότερα, στις 23 Μαΐου 2021. Εκτός από τον εμβολιασμό, η συχνότητα των εξετάσεων PCR ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των επιδημικών κυμάτων. Η ποσότητα των δοκιμών PCR έχει μεταβληθεί με την πάροδο του χρόνου, γεγονός που έχει μεγάλο αντίκτυπο στο πόσες περιπτώσεις εντοπίζονται. Λόγω της ανεπάρκειας σε εξοπλισμό διάγνωσης (tests), ο αριθμός των διαγνώσεων παρέμεινε χαμηλός κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος, γεγονός που οδήγησε σε πολύ μικρό αριθμό καθημερινών νέων επιβεβαιωμένων κρουσμάτων. Επειδή υπήρχε 30-40 φορές μεγαλύτερη διαφορά στον ημερήσιο αριθμό νέων κρουσμάτων μεταξύ των δύο πρώτων επιδημικών κυμάτων, τα επίσημα στατιστικά στοιχεία για τον κορωνοϊό φαίνονταν περισσότερο ακριβή λόγω και της

διαθεσιμότητας του απαιτούμενου υλικοτεχνικού εξοπλισμού διενέργειας ελέγχων κατά τη διάρκεια του δεύτερου κύματος. Κατά τη διάρκεια της άνοιξης του 2020, υπήρχαν κατά μέσο όρο 3.000-7.000 έλεγχοι PCR τη μέρα. Ο μέσος αριθμός εξετάσεων αυξήθηκε σε 10.000-12.000 το φθινόπωρο του 2020. Είχε αυξηθεί σε σχεδόν 20.000 μέχρι τη στιγμή της κορύφωσης του δεύτερου κύματος. Το ποσοστό των θετικών εξετάσεων κυμαινόταν από 8% έως 24%. Ωστόσο, περισσότερες από 30.000 εξετάσεις PCR διενεργούνταν καθημερινά στο αποκορύφωμα του τρίτου κύματος. Τουλάχιστον το 30% αυτών ήταν θετικές. Καθώς προχωρούσε η φθίνουσα φάση του τρίτου κύματος, το ίδιο συνέβαινε και με τον αριθμό των εξετάσεων PCR, ο οποίος εξομαλύνθηκε σε 1.000-2.000 εξετάσεις την ημέρα με ποσοστό θετικών αποτελεσμάτων 1-2%. Στις 11 Ιουνίου 2021, η Ουγγαρία είχε συνολικά 806.790 επιβεβαιωμένες λοιμώξεις SARS-CoV-2 και υπήρχαν 52.272 ενεργά κρούσματα COVID-19. 5.567 άτομα βρίσκονταν σε υποχρεωτική κατ' οίκον καραντίνα. Υπήρχαν συνολικά 724.614 ασθενείς που ανάρρωσαν, ενώ 29.904 άτομα πέθαναν. Η Ουγγαρία είχε ένα από τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας COVID-19 ανά εκατομμύριο πληθυσμού στην Ευρώπη. Μέχρι τα μέσα Ιουνίου 2021, το ποσοστό θνησιμότητας του νέου κορωνοϊού είχε ανέλθει στο 3,7% του συνολικού ποσοστού μόλυνσης, το οποίο ήταν υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Περισσότερο από το 80% των θανάτων περιλάμβανε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Στην Ουγγαρία, το 8% του συνολικού πληθυσμού είχε αναγνωριστεί επίσημα ως ασθενείς με COVID-19. (Uzzoli et al., 2021).

Η έρευνα της Kristin Smette Gulbrandsen το 2022 στη Νορβηγία, έδειξε πώς η επιβολή αυστηρών αποκλεισμών χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι τοπικές συνθήκες έχει κατά καιρούς οδηγήσει σε κυβερνητικές διώξεις και παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που στοχεύουν δυσανάλογα σε μειονεκτούσες ομάδες (Anazonwu et al., 2021). Η έρευνα καταδεικνύει επίσης την αξία της εξέτασης των αντιδράσεων σε πολλές διαστάσεις, από τη δράση και τις στρατηγικές αντιμετώπισης της τοπικής κοινότητας έως τη λειτουργία της ανανεωμένης "εθνικής εσωστρέφειας", όπως η αποθήκευση εμβολίων, την ανατροπή των αιτημάτων για παγκόσμιες λύσεις (Pérez & Vina, 2021) (Vlados & Chatzinikolaou, 2021). Επιπλέον, πρόσφατες έρευνες εξετάζουν τον ρόλο των κοινωνικών κινημάτων τόσο στην αντίθεση όσο και στην υποστήριξη των μέτρων Covid-19, καταδεικνύοντας πώς η πανδημία οδήγησε στον πολλαπλασιασμό νέων διεκδικήσεων καθώς και στην αναβίωση παλαιών, που εκφράζονται τόσο με εκδηλώσεις αλληλεγγύης όσο και σε διαδηλώσεις κατά του αποκλεισμού που συνδέονται με την ακροδεξιά στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες. (Gerbaudo, 2020).

Όπως συμβαίνει και σε άλλα ευρωπαϊκά κράτη, η Νορβηγία έχει βιώσει μια αύξηση των πολιτικών εντάσεων μεταξύ κέντρου και περιφέρειας, η οποία έχει πυροδοτήσει μια ποικιλία κοινωνικών κινημάτων και έχει δημιουργήσει αυτό που οι Tilly και Wood (2013, σ. 3) αναφέρουν ως "έναν ιδιαίτερο τύπο αμφισβητούμενης πολιτικής". Στα ειδησεογραφικά μέσα ενημέρωσης χρησιμοποιούνται συχνά όροι όπως "εξέγερση των διωδίων" (bompenggeopprrret), "εξέγερση των πλοίων" (fergeopprrret), "εξέγερση των ακτών" (kystopprrret) και "αντάρτικο των λαϊκών ενδυμασιών" (Bunadsgeriljaen). Παρά το ευρύ φάσμα των ανησυχιών που εκπροσωπούν και τη τους διάφορους βαθμούς επίσημης οργάνωσής τους και τη γεωγραφική διασπορά διαφορετική γεωγραφική τους προέλευση, η διάσταση κέντρου-περιφέρειας ενώνει αυτές τις ετερόκλητες ομάδες. Είτε πρόκειται για γυναίκες που αγωνίζονται για "ασφαλή και καλή φροντίδα μητρότητας σε όλη τη Νορβηγία" (Bunadsgeriljaen, n.d.) είτε για παράκτιες κοινότητες στη Βόρεια Νορβηγία που διαμαρτύρονται για την "περαιτέρω ιδιωτικοποίηση των αλιευτικών δικαιωμάτων του λαού", όλες εκφράζουν οργή για το

κατεστημένο, κατευθύνοντας αυτή την οργή από την Περιφέρεια προς το Κέντρο, δηλαδή την κυβέρνηση και τους πολιτικούς στην πρωτεύουσα της χώρας. Ο όρος "οι εξεγέρσεις των νέων συνοικιών" έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει τα κοινωνικά κινήματα που έχουν αναδυθεί τα τελευταία χρόνια (Almås et al., 2020, σ. 9). Όλα τα παραπάνω δεν αποτελούν κάτι νέο για τη Νορβηγία, η οποία έχει μακρά ιστορία τέτοιων συγκρούσεων στον άξονα κέντρου – περιφέρειας, που χρονολογούνται από το 1800 (Almås et al., 2020, σσ. 13-14). Σύμφωνα με το Flø (2020, σ. 35) το κυρίαρχο χαρακτηριστικό που αναδεικνύει τη μοναδικότητα αυτών των σύγχρονων κινήματων, είναι η αντίθεση στις μεταρρυθμίσεις και η έλλειψη εμπιστοσύνης σε αυτές, ενώ κυρίαρχο ρόλο στο κινηματικό αφήγημα διαδραματίζει και η εναντίωση στο συγκεντρωτισμό, που θεωρείται αναπόσπαστο κομμάτι μιας νέο-φιλελεύθερης αντίληψης περί εκσυγχρονισμού εις βάρος της περιφέρειας και υπερ μιας αστικής οικονομικής και πολιτιστικής ελίτ. Η περιφερειακή πολιτική (Flø, 2017) αντικαθίσταται σε αυτό το περιβάλλον από ένα υπάκουο "άπληστο κράτος" που "αποσύρεται από την περιφέρεια και αφήνει περισσότερα στην αγορά" (Vik et al., 2020, σ. 300-301).

Οι ιδιαιτερότητες της Νορβηγίας αναφορικά με τη σχέση Κέντρου – Περιφέρειας, αποτυπώθηκαν και στη διαχείριση της πανδημίας. Η οργανωτική δομή αλλά και η ισχυρή αίσθηση περιφερειακής ταυτότητας στο εσωτερικό της χώρας (για παράδειγμα, μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, η Βόρεια Νορβηγία θεωρήθηκε «ειδική περιφερειακή περίπτωση», γεγονός που οδήγησε στη δημιουργία του περιφερειακού σχεδίου ανάπτυξης της Βόρειας Νορβηγίας (Nordnorgeplanen) τη δεκαετία του 1950 (Niemi, 2007, σ. 87)). Άλλωστε, μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990, η περίοδος αυτή ήταν γνωστή ως «μαζικός περιφερισμός» και εκείνη την εποχή προέκυψαν πρωτοβουλίες για την οικοδόμηση των περιφερειών ως κίνημα από κάτω προς τα πάνω για την ανάδειξη της περιφερειακής ιδιαιτερότητας και την αμφισβήτηση της ατζέντας εκσυγχρονισμού (Zachariassen, 2008, σ. 131). Παρατηρούμε λοιπόν μία συσχέτιση με το κίνημα «περιφερειακής διαμαρτυρίας» των δεκαετιών 1960 και 1970 στη Δυτική Ευρώπη (Rokkan & Urwin, 1983, σ. 118).

Η πρώτη κυβερνητική αντίδραση στην πανδημία, καταγράφηκε στις 17 Μαρτίου 2020, όταν απευθύνθηκε στους Περιφερειάρχες της χώρας, στους οποίους δόθηκε η εντολή να έρθουν σε επαφή με τους Δήμους εντός των περιφερειακών τους ορίων και να λάβουν τις σχετικές αποφάσεις αλλά να δώσουν και την αντίστοιχη καθοδήγηση, σχετικά την εφαρμογή των κανόνων καραντίνας. Επίσης, δόθηκε η εντολή να εξεταστεί η νομιμότητα ορισμένων αποφάσεων που είχαν ήδη πάρει οι Δήμοι, οι οποίοι είχαν πάρει την πρωτοβουλία εφαρμογής τοπικών μέτρων καραντίνας, με την υπενθύμιση ότι οι Περιφερειάρχες αποτελούν τους κύριους εκπροσώπους της κεντρικής κυβέρνησης και θα πρέπει να διασφαλίζουν την ορθή εφαρμογή των αποφάσεων που λαμβάνονται από το κοινοβούλιο.

Το Υπουργείο Υγείας και Υπηρεσιών Φροντίδας έδωσε οδηγίες σε όλες τις τοπικές κυβερνήσεις και τους διοικητές των κομητειών στις 29 Μαρτίου. Αυτές καθόριζαν βάσει ποιων διατάξεων του νόμου οι πόλεις θα μπορούσαν να επιβάλλουν τοπικά όρια, καθώς και υποδείξεις για το ποιες ενέργειες πρέπει να αποφεύγονται. Συνολικά, οι συστάσεις υποστήριζαν ότι οι σημερινές εθνικές εγγυήσεις ήταν επαρκείς και συνιστούσαν να μην δημιουργηθούν δημοτικές καραντίνες. Ωστόσο, στις 2 Απριλίου, δημοσκόπηση της Νορβηγικής Ένωσης Τοπικών και Περιφερειακών Αρχών (KS) αποκάλυψε ότι 71 από τους 80 δήμους της Βόρειας Νορβηγίας είχαν εφαρμόσει τοπικά μέτρα καραντίνας, σε αντίθεση με δέκα δήμους στην υπόλοιπη χώρα (Johansen, 2020).

Η περίπτωση της Νορβηγίας και η προαναφερθείσα διαχείριση, φέρνει στο προσκήνιο τη συζήτηση για την «περιφερειοποίηση» των υποδομών, ενάντια στο συγκεντρωτισμό του Κέντρου (βλ. Dodds et al., 2020, σ. 292).

Κεφάλαιο 4 : Η πανδημία Covid – 19 στην Ελλάδα

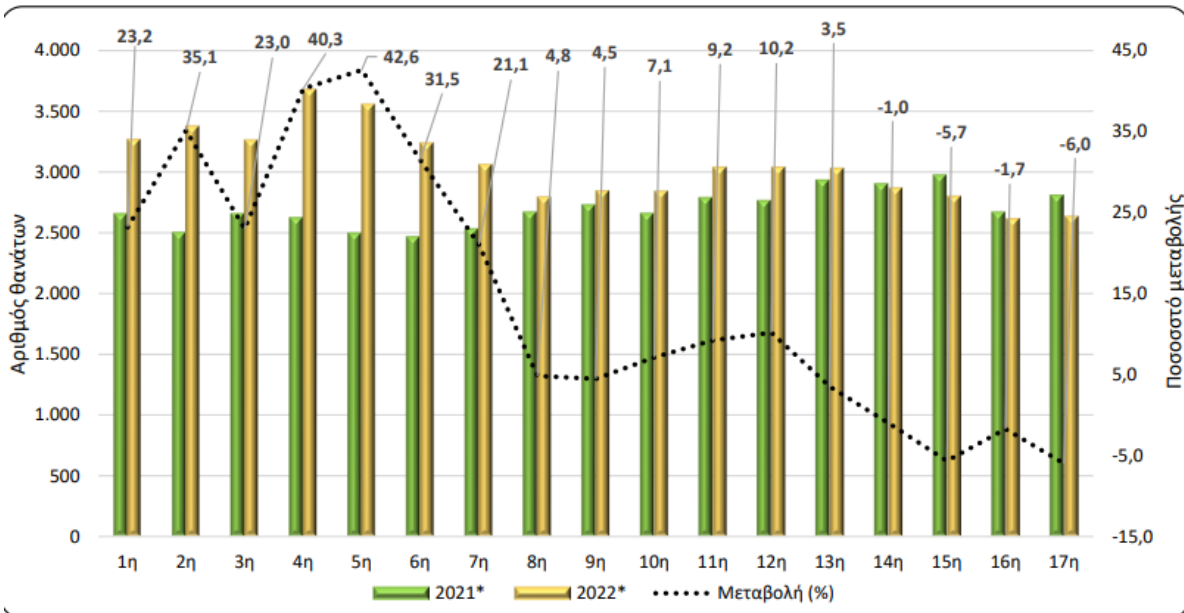
4.1 Η πορεία της πανδημίας στην Ελλάδα

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) δημοσιεύει στοιχεία που αποτυπώνουν την εβδομαδιαία εξέλιξη του αριθμού των νεκρών από την πρώτη έως τη δέκατη έβδομη εβδομάδα του έτους 2022 (3/1/2022 - 1/5/2022). Τα στοιχεία αφορούν σε θανάτους που σημειώθηκαν επί ελληνικού εδάφους κατά το διάστημα αυτό για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένων των θανάτων που προκάλεσε η επιδημία του Κόβιντ-19.

Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν στο πλαίσιο της Φυσικής Κίνησης Πληθυσμού (ΦΚΠ) και προέκυψαν από πληροφορίες που εστάλησαν από τα δημοτολόγια των δήμων σύμφωνα με τα περιστατικά θανάτου που καταγράφηκαν και καταχωρήθηκαν κατά την ημερομηνία διαβίβασης. Μόλις κατατεθούν, οι δηλώσεις ληξιπρόθεσμων θανάτων που αποστέλλονται στην ΕΛΣΤΑΤ συμπεριλαμβάνονται στην ημερομηνία του συμβάντος.

Σύμφωνα με αυτά τα στατιστικά στοιχεία, κατά τις πρώτες δεκαεπτά (17) εβδομάδες του 2022 (3/1/2022 - 1/5/2022) σημειώθηκαν 51.960 θάνατοι στην Ελλάδα (26.147 άνδρες και 25.813 γυναίκες), έναντι 45.761 θανάτων κατά την ίδια χρονική περίοδο του 2021 (4/1/2021 - 2/5/2021- 23.503 άνδρες και 22.258 γυναίκες), που αντιστοιχεί σε αύξηση κατά 6.199 θανάτους (13,55%). Σε σύγκριση με τον μέσο όρο των πρώτων δεκαεπτά (17) εβδομάδων της εξαετούς περιόδου από το 2016 έως το 2021, σημειώθηκε αύξηση κατά 8.261 θανάτους (18,90%) (43.699 θάνατοι). Τα αντίστοιχα ποσοστά, ανά έτος, για την περίοδο 2016 - 2021 ανέρχονται σε 2,93% το 2021 σε σχέση με το 2020 (44.460), 0,07% το 2020 σε σχέση με το 2019 (44.427), 7,21% το 2019 σε σχέση με το 2018 (41.439), -9,75% το 2018 σε σχέση με το 2017 (45.918) και 14,25% το 2017 σε σχέση με το 2016 (40.191) (Πίνακες 1, 2, 3 και 4).

Figure 1: Εξέλιξη θανάτων τις εβδομάδες 1η-17η, 2021 και 2022



Πηγή: statistics.gr

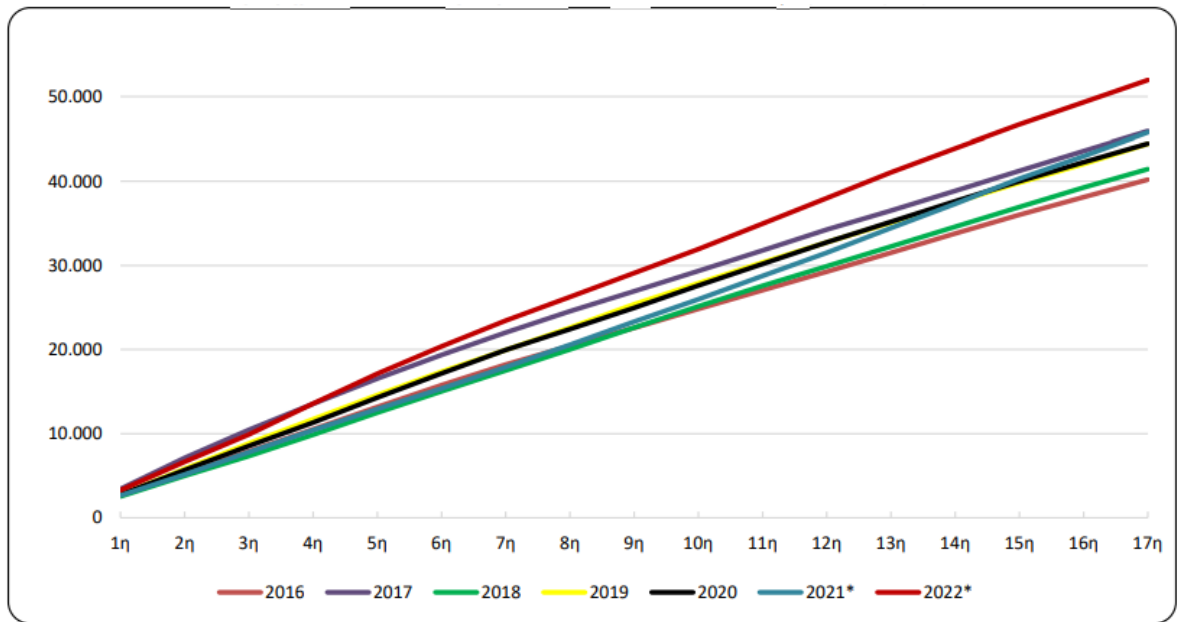
Table 1: Εβδομαδιαία εξέλιξη θανάτων, 2021 και 2022.

Εβδομάδα	2021*	2022*	Μεταβολή (%)
1 ^η	2.652	3.267	23,2
2 ^η	2.498	3.376	35,1
3 ^η	2.652	3.262	23,0
4 ^η	2.621	3.677	40,3
5 ^η	2.493	3.555	42,6
6 ^η	2.463	3.239	31,5
7 ^η	2.529	3.062	21,1
8 ^η	2.667	2.796	4,8
9 ^η	2.724	2.846	4,5
10 ^η	2.655	2.844	7,1
11 ^η	2.783	3.040	9,2
12 ^η	2.759	3.040	10,2
13 ^η	2.929	3.031	3,5
14 ^η	2.898	2.869	-1,0
15 ^η	2.969	2.801	-5,7
16 ^η	2.665	2.619	-1,7
17 ^η	2.804	2.636	-6,0
Σύνολο	45.761	51.960	13,55

Πηγή: statistics.gr

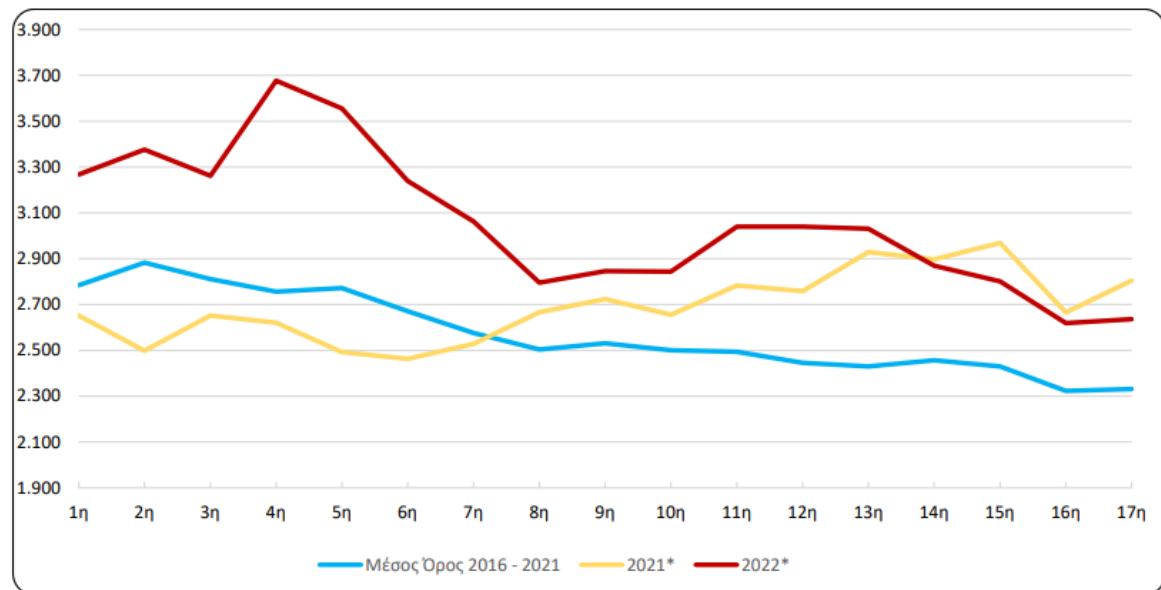
Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα στοιχεία, οι μεγαλύτερες ποσοστιαίες αυξήσεις παρατηρήθηκαν την πέμπτη (31/01/2022 - 6/02/2022), την τέταρτη εβδομάδα (24/01/2022 - 30/01/2022) και τη δεύτερη εβδομάδα (16/01/2022 - 16/01/2022), με ποσοστιαίες αυξήσεις 42,6%, 40,3% και 35,1% αντίστοιχα (Πίνακας 1), ενώ οι σημαντικότερες μειώσεις παρατηρήθηκαν τις εβδομάδες 17 και 15, με ποσοστά 6,0% και 5 αντίστοιχα.

Figure 2: Θάνατοι εβδομάδων 1η-17η, 2016-2022



Πηγή: statistics.gr

Figure 3: Θάνατοι για τις εβδομάδες 1η-17η, 2021-2022 και Μ.Ο. θανάτων 2016-2021.



Πηγή: statistics.gr

Table 2: Θάνατοι τις εβδομάδες 1η-17η, 2016-2021.

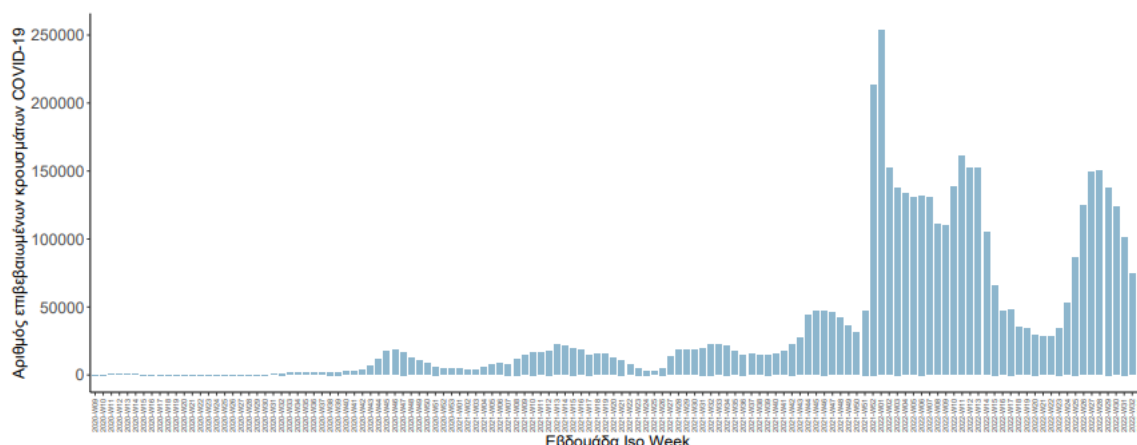
Εβδομάδα\Έτος	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*	Μέσος Όρος 2016 - 2021
1η	2.637	3.425	2.533	2.706	2.751	2.652	3.267	2.784
1η - 2η	5.275	7.105	4.986	5.811	5.674	5.150	6.643	5.667
1η - 3η	7.876	10.469	7.331	8.850	8.537	7.802	9.905	8.478
1η - 4η	10.528	13.551	9.879	11.710	11.311	10.423	13.582	11.234
1η - 5η	13.177	16.553	12.484	14.603	14.301	12.916	17.137	14.006
1η - 6η	15.771	19.343	15.041	17.375	17.151	15.379	20.376	16.677
1η - 7η	18.207	22.018	17.510	19.938	19.933	17.908	23.438	19.252
1η - 8η	20.422	24.541	20.003	22.598	22.402	20.575	26.234	21.757
1η - 9η	22.561	26.940	22.613	25.367	24.947	23.299	29.080	24.288
1η - 10η	24.809	29.345	25.145	27.886	27.592	25.954	31.924	26.789
1η - 11η	27.064	31.789	27.560	30.356	30.186	28.737	34.964	29.282
1η - 12η	29.249	34.247	29.890	32.747	32.734	31.496	38.004	31.727
1η - 13η	31.508	36.500	32.255	35.079	35.173	34.425	41.035	34.157
1η - 14η	33.783	38.863	34.596	37.492	37.627	37.323	43.904	36.614
1η - 15η	36.010	41.226	36.945	39.804	39.989	40.292	46.705	39.044
1η - 16η	38.110	43.593	39.264	42.024	42.257	42.957	49.324	41.368
1η - 17η	40.191	45.918	41.439	44.427	44.460	45.761	51.960	43.699
Μεταβολή (%)		14,25	-9,75	7,21	0,07	2,93	13,55	

Πηγή: statistics.gr

Στα δεδομένα παρουσιάζονται τα περιστατικά από την επιδημιολογική παρακολούθηση της νόσου του νέου κορωνοϊού (COVID-19). Οι πληροφορίες αφορούν την εβδομάδα ISO 33/2022. (15 Αυγούστου 2022 - 21 Αυγούστου 2022).

Την εβδομάδα αναφοράς αναφέρθηκαν 55.769 περιστατικά COVID-19 (5.346 ανά εκατομμύριο άτομα: εβδομαδιαία μεταβολή -25%), με τις επαναμολύνσεις να αντιπροσωπεύουν το 22% των λοιμώξεων. Από την έναρξη της πανδημίας, έχουν σημειωθεί 4.712.025 λοιμώξεις, με τις γυναίκες να αποτελούν το 51,9% των κρουσμάτων αυτών. 2 Με βάση τα κρούσματα, το Rt για την περιοχή προβλέπεται να είναι 0,92 (95% CI: 0,79 - 1,08).

Figure 4: Σύνολο επιβεβαιωμένων κρουσμάτων ασθενών COVID- 19 ανά εβδομάδα

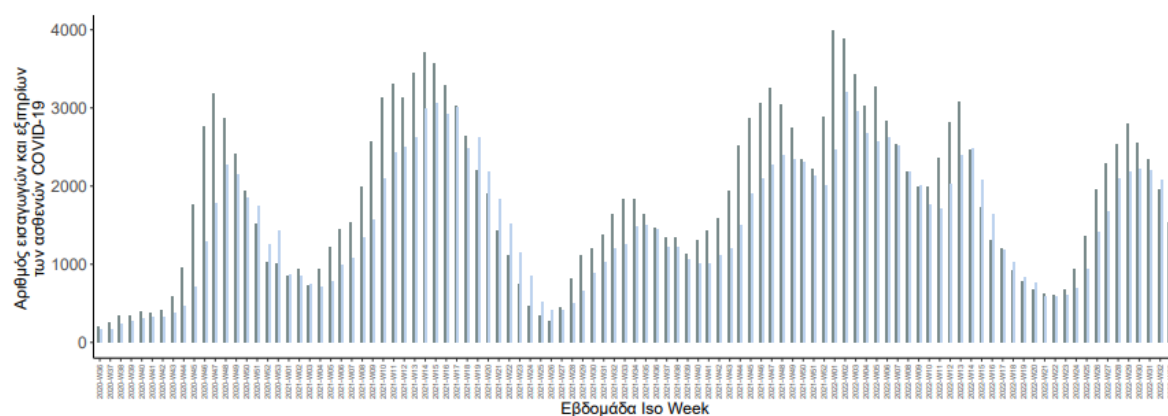


Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας

Στα νοσοκομεία της επικράτειας πραγματοποιήθηκαν συνολικά 1.527 εισαγωγές κατά την εβδομάδα αναφοράς (μέσος όρος 7 ημερών: 211, εβδομαδιαία μεταβολή -22%), ενώ πραγματοποιήθηκαν συνολικά 1.474 εξιτήρια (μέσος όρος 7 ημερών: 211, εβδομαδιαία μεταβολή -29%). 3 Κατά την ολοκλήρωση της εβδομάδας αναφοράς, υπήρχαν 132 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν ως διασωληνωμένοι (65,2% των οποίων ήταν άνδρες), είχαν διάμεση ηλικία 70 ετών και ήταν τουλάχιστον 70 ετών στο 95,5% των περιπτώσεων.

Στο γράφημα απεικονίζεται η κατανομή των εισαγωγών και εξόδων των ασθενών COVID-19 ανά εβδομάδα στα εθνικά νοσοκομεία. Οι πληροφορίες προέρχονται από τις εβδομάδες Iso-week 36 το 2020 και Iso-week 33 το 2022.

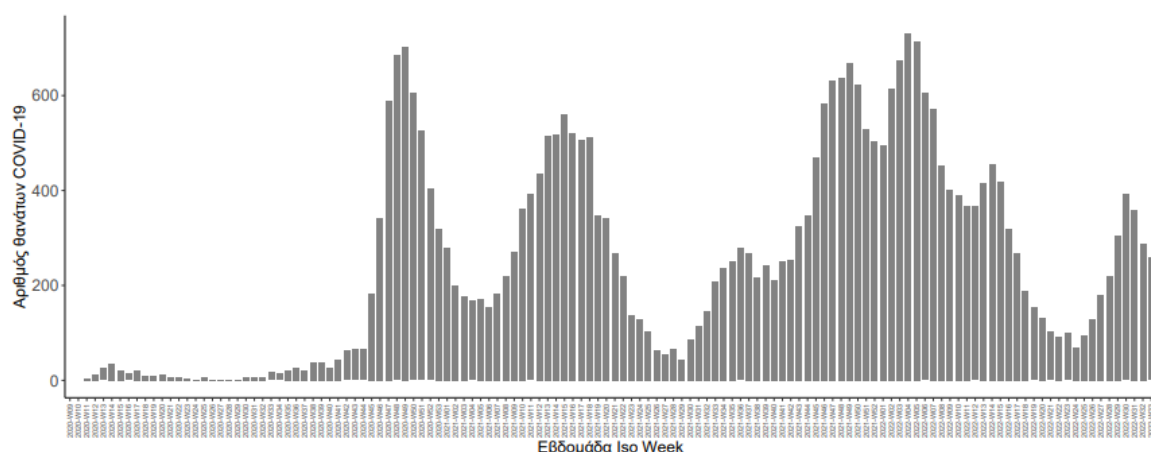
Figure 5: Σύνολο εισαγωγών και εξιτηρίων ασθενών COVID- 19, από την 36η του 2020 ως την εβδομάδα αναφοράς.



Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας

Από την έναρξη της πανδημίας έχουν αναφερθεί συνολικά 32.335 θάνατοι, με το 95,9% να έχει υποκείμενη πάθηση ή/και να είναι 70 ετών και άνω. Την εβδομάδα αναφοράς αναφέρθηκαν 258 θάνατοι ασθενών με COVID-19 (25 ανά εκατομμύριο άτομα: -11% εβδομαδιαία μεταβολή).

Figure 6: Σύνολο θανάτων COVID-19 ανά εβδομάδα από την αρχή της πανδημίας.



Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας

Table 3: Σύνολο κρουσμάτων ανά περιφερειακή ενότητα.

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ	ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ	ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ	ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΑΝΑ 100.000 ΠΛΗΘΥΣΜΟ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ	ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ	ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ	ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΑΝΑ 100.000 ΠΛΗΘΥΣΜΟ
ΑΠΙΟ ΟΡΟΣ	5	-16,67%	281,06	ΚΟΖΑΝΗΣ	832	-21,73%	606,41
ΑΙΤΟΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	1255	-18,72%	654,58	ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	1061	-32,42%	768,04
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	1605	-27,18%	310,72	ΚΩ	210	-17,65%	552,21
ΑΝΔΡΟΥ	37	-33,93%	416,53	ΛΑΚΩΝΙΑΣ	595	-3,09%	704,40
ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	565	-16,42%	605,69	ΛΑΡΙΣΑΣ	1548	-20,53%	575,14
ΑΡΚΑΔΙΑΣ	649	-9,99%	836,87	ΛΑΣΙΘΙΟΥ	413	-26,90%	544,14
ΑΡΤΑΣ	540	13,21%	844,71	ΛΕΙΒΟΥ	629	-22,15%	757,21
ΑΧΑΪΑΣ	1753	-35,17%	579,94	ΛΕΥΚΑΔΑΣ	296	-11,11%	1305,52
ΒΟΙΩΤΙΑΣ	461	-25,40%	434,47	ΛΗΜΝΟΥ	135	12,50%	807,66
ΒΟΡΕΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ	1668	-28,01%	278,54	ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	1046	-25,39%	592,34
ΓΡΕΒΕΝΩΝ	284	30,28%	1065,87	ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	1752	-5,71%	1208,94
ΔΡΑΜΑΣ	651	-27,42%	751,55	ΜΗΛΟΥ	67	-34,31%	668,46
ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	442	-43,91%	268,10	ΜΥΚΟΝΟΥ	72	-1,37%	734,54
ΔΥΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ	1232	-36,49%	258,93	ΝΑΞΟΥ	231	36,69%	1060,75
ΕΒΡΟΥ	812	-36,61%	606,59	ΝΗΣΩΝ	386	-27,03%	552,02
ΕΥΒΟΙΑΣ	1376	-23,98%	662,38	ΝΟΤΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ	1284	-32,17%	243,65
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	94	-25,40%	538,34	ΞΑΝΘΗΣ	669	-32,22%	618,43
ΖΑΚΥΝΘΟΥ	287	-19,61%	708,50	ΠΑΡΟΥ	92	-28,68%	591,49
ΙΛΕΙΑΣ	1202	-17,67%	804,82	ΠΕΙΡΑΙΩΣ	1214	-37,84%	273,92
ΗΜΑΘΙΑΣ	744	-34,16%	572,19	ΠΕΛΛΑΣ	807	-35,95%	639,17
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	1341	-38,26%	443,38	ΠΙΕΡΙΑΣ	1304	-18,91%	1091,34
ΘΑΣΟΥ	179	-9,60%	1371,12	ΠΡΕΒΕΖΑΣ	489	-12,83%	893,40
ΘΕΣΠΡΟΤΙΑΣ	409	-8,50%	1001,79	ΡΕΘΥΜΝΟΥ	529	-16,56%	633,02
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	6267	-24,92%	574,20	ΡΟΔΟΠΗΣ	553	-19,15%	529,79
ΘΗΡΑΣ	126	-37,00%	662,70	ΡΟΔΟΥ	611	-29,45%	473,09
ΙΘΑΚΗΣ	33	-36,54%	1189,62	ΣΑΜΟΥ	216	-39,33%	661,91
ΙΚΑΡΙΑΣ	129	30,30%	1302,90	ΣΕΡΡΩΝ	1287	-9,17%	851,62
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1225	-15,69%	765,37	ΣΠΟΡΑΔΩΝ	88	-38,89%	675,42
ΚΑΒΑΛΑΣ	1003	-32,73%	864,85	ΣΥΡΟΥ	176	-15,38%	846,52
ΚΑΛΥΜΝΟΥ	198	-34,22%	630,93	ΤΗΝΟΥ	83	-38,06%	963,88
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	597	-17,20%	559,52	ΤΡΙΚΑΛΩΝ	788	11,93%	645,58
ΚΑΡΠΑΘΟΥ	39	-23,53%	510,47	ΦΘΙΩΤΙΑΣ	922	-20,31%	669,30
ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	245	-48,64%	532,05	ΦΛΟΡΙΝΑΣ	191	-30,04%	422,92
ΚΕΑΣ - ΚΥΘΝΟΥ	48	11,63%	1235,20	ΦΩΚΙΑΣ	211	23,39%	582,71
ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ	2697	-31,88%	270,71	ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	1234	-23,16%	1217,88
ΚΕΡΚΥΡΑΣ	679	-25,47%	680,04	ΧΑΝΙΩΝ	1032	-24,73%	663,91
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	325	-15,80%	930,59	ΧΙΟΥ	502	-11,31%	968,76
ΚΥΛΚΗΣ	409	-23,12%	578,93				

Πηγή: eody.gov.gr

Το Εθνικό Δίκτυο Επιδημιολογίας Λυμάτων, το οποίο τελεί υπό τη διαχείριση του ΕΟΔΥ και διενεργεί εργαστηριακές εξετάσεις για την επιδημιολογική παρακολούθηση του SARS-CoV-2 στα αστικά λύματα, έδωσε στη δημοσιότητα τα ευρήματα των μελετών που πραγματοποίησε στα αστικά λύματα. Τα δείγματα προέρχονται από τη Θεσσαλονίκη, τη Λάρισα, το Βόλο, το Ηράκλειο, τα Χανιά, τον Άγιο Νικόλαο Λασιθίου, την Πάτρα, την Ξάνθη, την Αλεξανδρούπολη και τα Ιωάννινα της Περιφέρειας Αττικής. Τα δείγματα συλλέγονται από τις εισόδους των Μονάδων Επεξεργασίας Λυμάτων (ΜΕΛ) και είναι αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού που εξυπηρετούν οι εν λόγω εγκαταστάσεις.

Table 4: Ποσοστιαία μεταβολή του μέσου εβδομαδιαίου ικού φορτίου.

Περιφέρεια – Πόλη ²	Ποσοστιαία μεταβολή του μέσου εβδομαδιαίου ικού φορτίου ¹
Αττική	+15%
Θεσσαλονίκη	-19%
Λάρισα	0%
Βόλος	-29%
Ξάνθη	+4%
Αλεξανδρούπολη	-4%
Πάτρα	+135%
Ηράκλειο	+6%
Χανιά	+29%
Άγιος Νικόλαος	-3%
Ιωάννινα	-53%

Πηγή: eody.gov.gr

Συμπεράσματα: Μεταξύ των εβδομάδων 8 έως 14 Αυγούστου 2022 και 15 έως 21 Αυγούστου 2022, παρατηρήθηκε αύξηση του μέσου εβδομαδιαίου ικού φορτίου SARS-CoV-2 στα αστικά λύματα σε τρεις από τις έντεκα (3/11) περιοχές που εξετάστηκαν από το Εθνικό Δίκτυο Επιδημιολογίας Λυμάτων (ΕΔΕΛ) του ΕΟΔΥ, μείωση του ικού φορτίου σε τρεις από τις έντεκα (3/11) περιοχές του ΕΔΕΛ και σταθεροποίηση του ικού φορτίου σε πέντε (5/11) περιοχές του ΕΔΕΛ. Το μέσο εβδομαδιαίο ικό φορτίο των αστικών λυμάτων παρουσίασε σαφή αυξητική τάση στην Πάτρα (+135%), ενώ τα Χανιά (+29%) και η Αττική (+15%) είχαν πολύ μικρή αύξηση. Το μέσο εβδομαδιαίο ικό φορτίο των αστικών λυμάτων παρουσίασε έντονη τάση μείωσης στα Ιωάννινα (-53%), ενώ μέτριες αρνητικές τάσεις παρατηρήθηκαν στο Βόλο (-29%) και στη Θεσσαλονίκη (-19%). Στον Άγιο Νικόλαο (-3%), την Αλεξανδρούπολη (-4%), τη Λάρισα (0%), την Ξάνθη (+4%) και το Ηράκλειο (+6%), το εβδομαδιαίο ικό φορτίο των αστικών λυμάτων παρέμεινε σταθερό.

4.2 Οικονομικές Επιπτώσεις

Η απόλυτη εξάρτηση της Ελλάδας από τον τουρισμό και τις παροχές φιλοξενίας και ψυχαγωγίας, όπως ήταν αναμενόμενο, σε συνδυασμό με την δεκαετή οικονομική κρίση, οδήγησαν τη χώρα σε μία οικονομική δίνη, οι συνέπειες της οποίας θα φανούν πλήρως σε βάθος χρόνου.

Τα πρώτα επιβεβαιωμένα κρούσματα Covid – 19 αναφέρθηκαν στη χώρα στο τέλος Φεβρουαρίου του 2020, και αφορούσαν Έλληνες ταξιδιώτες που επέστρεφαν από το εξωτερικό. Λόγω της διαφαινόμενης έξαρσης της πανδημίας, αποφασίστηκε το εθνικό κλείσιμο όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης και σταδιακά, των χώρων εστίασης, εμπορικών καταστημάτων αλλά και τελικώς, των χώρων λατρείας. Παράλληλα, η Ευρωπαϊκή Ένωση στις 17 Μάρτιου 2020, αποφάσισε να κλείσει τα σύνορά της και να απαγορεύσει την είσοδο στις χώρες-μέλη, πολιτών τρίτων χωρών, και στις 19 Μαρτίου, το υπουργείο Τουρισμού αποφάσισε το κλείσιμο όλων των ξενοδοχειακών μονάδων, με μερικές εξαιρέσεις. Μέχρι το τέλος του ίδιου μήνα, η χώρα είχε διακόψει τις αεροπορικές συνδέσεις με τη Μεγάλη Βρετανία, την Ιταλία, την Ισπανία, την Ολλανδία, τη Γερμανία και την Τουρκία. Εξαιρέθηκαν οι πτήσεις επαναπατρισμού

πολιτών, οι στρατιωτικές πτήσεις καθώς και όσες μετέφεραν υγειονομικό υλικό και ανθρωπιστική βοήθεια.

Η συνέπεια των περιοριστικών μέτρων αποτυπώθηκε στο τέλος της χρονιάς, όπου η Ελλάδα κατέγραψε τη δεύτερη υψηλότερη ύφεση, μόνο πίσω από την Ισπανία, καταγράφοντας μείωση του ΑΕΠ κατά 9,6%. Η Έκθεση του ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ 2021 («Ο αντίκτυπος της πανδημίας στις επιχειρήσεις», 2021), αποτυπώνει την κορύφωση της ύφεσης κατά το 2ο τρίμηνο του 2020, μετά το κλείσιμο της εστίασης και του λιανεμπορίου, και ενώ οι υπόλοιπες χώρες φάνηκε να την περιορίζουν κατά το 3ο και 4ο τρίμηνο του έτους, στην Ελλάδα παρέμεινε σε πολύ υψηλά επίπεδα, λόγω της προαναφερθείσας απώλειας εθνικού εισοδήματος, ως άμεση συνέπεια της εξάρτησης της εθνικής οικονομίας από τον τουρισμό.

Άμεση συνέπεια του lockdown στις επιχειρήσεις, υπήρξε ο διπλασιασμός των επιχειρήσεων που κατέγραψαν ζημιές και ο αντίστοιχος υποδιπλασιασμός εκείνων που κατέγραψαν κέρδη μεταξύ των ετών 2019 και 2020. Η μείωση του τζίρου του λιανεμπορίου και της εστίασης υπολογίζεται ότι για τη συγκεκριμένη διετία, ξεπέρασε το 40%. Η αναμενόμενη συσσώρευση χρέους, ήρθε να προστεθεί στα ήδη υπάρχοντα χρέη που δημιουργήθηκαν κατά τη δεκαετή οικονομική κρίση, δημιουργώντας συνθήκες ασφυξίας στην αγορά. Είναι λογικό λοιπόν ότι η Ελλάδα κατέγραψε την υψηλότερη άνοδο του ποσοστού δημοσίου χρέους κατά 25,6 ποσοστιαίες μονάδες έναντι του 2019.

Λογικό επακόλουθο των ανωτέρω, αποτελεί η δραματική αλλαγή που παρατηρήθηκε στις εργασιακές σχέσεις. Από τη μία μεριά εργαζόμενοι «πρώτης γραμμής», χωρίς να έχουν τη δυνατότητα απομακρυσμένης εργασίας, εκτίθενται σε κίνδυνο έκθεσης στον ιό και αύξηση της διασποράς, οι οποίοι είναι συνήθως χαμηλόμισθοι, και από την άλλη άλλοι εργαζόμενοι είδαν να μειώνεται ο χρόνος εργασίας τους και να αυξάνεται έτσι η επισφάλεια των θέσεων εργασίας τους. Είναι σαφές ότι οι πιο ευάλωτοι εργαζόμενοι (μετανάστες, νέοι, γυναίκες) υπέστησαν τις μεγαλύτερες απώλειες ευημερίας, δημιουργώντας έτσι νέες συνθήκες ανισότητας και αποκλεισμού.

Η κυβέρνηση εξήγγειλε και υλοποίησε μέτρα στήριξης νοικοκυριών και επιχειρήσεων ύψους 43.3 δισεκατομμυρίων ευρώ, που σύμφωνα με τον αρμόδιο υπουργό, κατατάσσουν την Ελλάδα τέταρτη παγκοσμίως σε επίπεδο οικονομικής στήριξης.

4.3 Επιδημιολογικές όψεις – η Ελληνική εμπειρία

Ο πληθυσμός της Ελλάδας ανέρχεται σε 11.184.000 άτομα και το προσδόκιμο ζωής είναι 79 έτη για τους άνδρες και 84 έτη για τις γυναίκες. Η Ελλάδα, με διάμεση ηλικία 44,9 έτη και με την ηλικιακή ομάδα 65+ να αποτελεί το 21,3% του συνόλου, είναι ο δεύτερος γηραιότερος πληθυσμός μετά την Ιταλία (22%). Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες των οποίων οι κάτοικοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στη σοβαρή ασθένεια COVID-19 και τις επιπτώσεις της, λόγω του υψηλού ποσοστού ηλικιωμένων ατόμων που παρουσιάζει. Μέχρι τις 16/2/22, 2.255.421 άτομα έχουν προσβληθεί από τη νόσο στην Ελλάδα, με αποτέλεσμα 24.717 θανάτους, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του ECDC. Σύμφωνα με τα στοιχεία ως τον Φεβρουάριο 2022, η Ελλάδα κατατάσσεται 13η μεταξύ των 27 χωρών που απαρτίζουν την Ευρωπαϊκή Ένωση με 2.345 θανάτους ανά εκατομμύριο κατοίκων, ενώ ο μέσος όρος θνησιμότητας στην Ευρώπη είναι χαμηλότερος και ανέρχεται σε 2.175 θανάτους ανά εκατομμύριο κατοίκων.

Το πρώτο κύμα της πανδημίας, που έπληξε τη χώρα μας την άνοιξη του 2020, ήταν πολύ ελαφρύ- αλλά, τα επόμενα κύματα -το δεύτερο το φθινόπωρο του 2020, το τρίτο τους πρώτους μήνες του 2021 και το τέταρτο που ξεκίνησε στα μέσα του καλοκαιριού του 2021- ήταν πιο σοβαρά. Η Ελλάδα ανέφερε το πρώτο κρούσμα COVID-19 στις 26 Φεβρουαρίου 2020. Αργότερα, εισήχθησαν κρούσματα από το Ισραήλ και την Ιταλία. Στις 20 Ιουνίου 2020, η Ελλάδα είχε 3.256 επιβεβαιωμένα κρούσματα λοίμωξης SARS-CoV-2, που μεταφράζεται σε ποσοστό 29,11 κρουσμάτων ανά 100.000 άτομα, σε σύγκριση με 878,4 στη Σουηδία, μια χώρα με συγκρίσιμο πληθυσμό. Στο τέλος του πρώτου κύματος, 48 ασθενείς με COVID19 νοσηλεύονταν σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) σε όλη τη χώρα μας- ήταν 13 γυναίκες και 35 άνδρες, με μέση ηλικία 67 ετών- το 88% είχε τουλάχιστον μία συννοσηρότητα ή/και ήταν ηλικιωμένοι (>70 ετών).

Επιπλέον, αναφέρθηκαν 190 θάνατοι ασθενών του COVID-19 με μέση ηλικία 74 ετών (38 γυναίκες και 92 άνδρες). Το 90% των θανατηφόρων ασθενών είχαν σημαντικές παθήσεις ή ήταν άνω των 70 ετών, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία. Ο νομός Αττικής της Ελλάδας, ο οποίος περιλαμβάνει την Αθήνα, την πρωτεύουσα της χώρας και όπου ζει περίπου ο μισός πληθυσμός, ήταν η περιοχή που επλήγη περισσότερο. Η Ελλάδα παρουσίασε τους λιγότερους θανάτους συνολικά κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος, με μόλις 1,2 θανάτους ανά 100.000 άτομα, και το τρίτο χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ όλων των ευρωπαϊκών χωρών χάρη στην ταχεία δράση και την άμεση εφαρμογή ενός ολοκληρωτικού lockdown. Το πρώτο επιδημικό κύμα του COVID-19 τέθηκε γρήγορα υπό έλεγχο χάρη στην άμεση εφαρμογή μέτρων κοινωνικής αποστασιοποίησης στις αρχές Μαρτίου και στην άμεση εφαρμογή μιας γενικής εντολής απαγόρευσης ταξιδιών, η οποία διατήρησε τα κρούσματα και τους σχετικούς θανάτους σε σχετικά χαμηλά επίπεδα σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ.

Η Ελλάδα δεν μπόρεσε να αναπτύξει test διάγνωσης COVID-19 όπως η Γερμανία, ή να διασφαλίσει ότι υπήρχαν αρκετοί αναπνευστήρες και νέες εγκαταστάσεις μονάδων εντατικής θεραπείας για τη φροντίδα όλων των ασθενών με COVID-19 που έπρεπε να νοσηλευτούν για εντατική θεραπεία. Στην Ελλάδα, η επιδημία προβλεπόταν ότι θα ήταν θανατηφόρα εάν δεν λαμβάνονταν έγκαιρα μέτρα κοινωνικής απομόνωσης. Μετά από μια περίοδο καραντίνας 42 ημερών, τα περιοριστικά μέτρα χαλάρωσαν σταδιακά, αρχής γενομένης στις 4 Μαΐου 2020, με τη χαλάρωση των περιορισμών στα ταξίδια στο εσωτερικό της χώρας και λήγοντας την 1η Ιουλίου 2020, με την επανέναρξη των διεθνών ταξιδιών και το άνοιγμα του τουρισμού, που αποτελεί τον βασικό οικονομικό τροφοδότη της χώρας. Μάλιστα ο Πρωθυπουργός της χώρας, στις 12 Μαΐου 2020, ανακήρυξε τη χώρα ως «ασφαλή προορισμό» και κάλεσε τους τουρίστες να έρθουν στην Ελλάδα. Απευθυνόμενος στους εκπροσώπους των τουριστικών επιχειρήσεων του νησιού της Σαντορίνης, ανέφερε ότι «έχουμε υποχρέωση να προστατεύσουμε το τουριστικό μας προϊόν». Η διακήρυξη αυτή, συνοδεύτηκε από την άρση κάθε περιορισμού εντός της χώρας αλλά και στους ταξιδιώτες, μια απόφαση που ξεκάθαρα αποδεικνύει την επιλογή της οικονομικής στρατηγικής έναντι της κοινωνικής προστασίας, καθώς η διασπορά και η αύξηση των θανάτων που ακολούθησαν, συνδέονται ευθέως με τις παραπάνω επιλογές.

Σε σύγκριση με άλλα κράτη της ΕΕ, τα επιδημιολογικά δεδομένα από το COVID-19 στην Ελλάδα κατά το πρώτο εξάμηνο του 2020 μπορούν να θεωρηθούν ως αξιοσημείωτη επιτυχία. Η Ελλάδα ξεκίνησε το επόμενο στάδιο ετοιμότητας για ένα αναμενόμενο δεύτερο κύμα της πανδημίας COVID-19 μετά τη λήξη του πρώτου αποκλεισμού στις 5 Μαΐου 2020. Αφού πέρασε το πρώτο κύμα, η Ελλάδα βρέθηκε

αντιμέτωπη με την πρόκληση της διασφάλισης της μακροπρόθεσμης βιωσιμότητας του εθνικού συστήματος υγείας, καθώς και της επαναφοράς πολιτικών κοινωνικού διαχωρισμού και άλλων προληπτικών μέτρων για τον περιορισμό του ιού σε συνδυασμό με τον σχεδιασμό για τον εκτεταμένο εμβολιασμό του πληθυσμού.

Η υγειονομική ανταπόκριση στην Ελλάδα στην επιδημία COVID-19 έχει συχνά χαιρετιστεί ως "ιστορία επιτυχίας". Η ελληνική προσέγγιση ήταν αποτελεσματική, τουλάχιστον στο αρχικό κύμα, χάρη στην πολιτική ταχείας δράσης και την εφαρμογή κανόνων περιορισμού αμέσως πριν αυξηθεί ο αριθμός των λοιμώξεων και των θανάτων, καθώς και στην ετοιμότητα του πληθυσμού να αποδεχθεί και να υποστηρίξει τα αναγκαία μέτρα. Ωστόσο, υπάρχουν επίσης δυσμενή στοιχεία σχετικά με την ικανότητα του συστήματος υγείας να παρέχει τις θεμελιώδεις και αυστηρές ιατρικές απαιτήσεις του πληθυσμού εκτός πανδημίας. Λόγω της επικέντρωσης του ΕΣΥ στην πανδημία, υπήρξαν 2,3 εκατομμύρια λιγότερες επισκέψεις σε ιδρύματα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και 3,9 εκατομμύρια λιγότερες επισκέψεις σε επείγοντα περιστατικά, ρουτίνα και απογευματινές κλινικές νοσοκομείων κατά τους πρώτους οκτώ μήνες της επιδημίας.

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου και ως αποτέλεσμα της επιβάρυνσης των νοσοκομείων, πραγματοποιήθηκαν 253.000 λιγότερες νοσηλείες και 108.000 λιγότερες χειρουργικές επεμβάσεις σε σχέση με την περίοδο πριν από την πανδημία. Το 2020 αναφέρθηκαν 10.507 θάνατοι από όλες τις αιτίες, μια αύξηση από το 2019, με 4.838 από αυτούς τους θανάτους να συνδέονται με το COVID-19. Αυτά τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν πώς ένα σύστημα υγείας με ανεπαρκή χρηματοδότηση ως αποτέλεσμα της πολυετούς λιτότητας μπορεί να γίνει ανισόρροπο μπροστά σε μια απειλή για τη δημόσια υγεία, θυσιάζοντας την πρόσβαση σε κρίσιμες ιατρικές υπηρεσίες για ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, διαθέτοντας την πλειονότητα των πόρων του για την καταπολέμηση της επιδημίας.

Είναι ζωτικής σημασίας και σημαντικό να αναγνωριστεί αυτή η "κρυφή πανδημία" των ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης που δεν αντιμετωπίζει το COVID-19, καθώς και οι άσκοποι θάνατοι που προκαλεί. Για να διασφαλιστεί ότι όλοι οι ασθενείς, ιδίως εκείνοι με προβλήματα που δεν σχετίζονται με το COVID-19, έχουν ασφαλή και απεριόριστη πρόσβαση στην περίθαλψη, είναι ζωτικής σημασίας η ενίσχυση των δημόσιων νοσοκομειακών υπηρεσιών και η στήριξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα ήταν υπεύθυνο για τη διαχείριση και τον συντονισμό της χρήσης των πόρων του ιδιωτικού τομέα για την ανακούφιση του υπερφορτωμένου συστήματος που προκάλεσε ο μεγάλος αριθμός κρουσμάτων COVID. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας επωμίστηκε επίσης το οικονομικό βάρος της προσαρμογής των δομών υγείας για τη διαχείριση της πανδημίας.

Για τη διαχείριση των δευτερογενών συνεπειών της πανδημίας, που είναι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας του πληθυσμού εκτός της πανδημίας, καθώς και οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι που κατευθύνονται σε ανάγκες υγείας πέραν της πανδημίας, είναι απαραίτητος ο κυβερνητικός έλεγχος της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα ως συμπλήρωμα του δημόσιου συστήματος υγείας. Η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκε σε μεγάλο βαθμό μόνο για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας εκτός της COVID, επιβαρύνοντας οικονομικά τους ίδιους τους ασθενείς για την πλειονότητα των θεραπειών που παρασχέθηκαν τα πρώτα δέκα χρόνια του 2020. Η σχεδόν μονόδρομη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η μετατροπή του σε σύστημα υγείας μιας ασθένειας έχουν οδηγήσει σε μια

εξέλιξη με ιδιαίτερα ασταθή και προβληματικό προσανατολισμό, τόσο για την υγεία του γενικού πληθυσμού και την αποφυγή ασθενειών όσο και για το εισόδημα.

4.4 Η επίδραση της πανδημίας σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού

Οι κυβερνητικοί οργανισμοί επικεντρώνονται τώρα στην καταπολέμηση της πανδημίας COVID-19, κυρίως σε νοσοκομειακό επίπεδο σε κλίνες ΜΕΘ και κλίνες νοσηλείας COVID. Ο κίνδυνος να μην μπορούν να αντιμετωπιστούν οι απαιτήσεις υγείας των χρονίως πασχόντων αυξάνεται όταν οι "κανονικές" υπηρεσίες που προσφέρονται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων περιορίζονται ή ακόμη και διακόπτονται εντελώς. Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις είναι πιο επιρρεπείς στην ασθένεια COVID-19, εμφανίζουν συχνότερες επιπλοκές και θανάτους που σχετίζονται με τη νόσο, ενώ παράλληλα έχουν λιγότερες επιλογές για ιατρική θεραπεία. Η σημαντική αύξηση της θνησιμότητας από άλλες αιτίες εκτός του COVID-19 σε ολόκληρη τη χώρα οφείλεται πιθανώς στη ραγδαία επιδείνωση των βασικών δημόσιων νοσοκομειακών υπηρεσιών και των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε όλους τους τομείς. Στις οξείες διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των σοβαρών αιμορραγιών και των οξέων καρδιαγγειακών επεισοδίων, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των επισκέψεων στα τμήματα επείγοντων περιστατικών και των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων, σύμφωνα με μελέτες από ελληνικά δημόσια νοσοκομεία και ειδικά δημόσια νοσοκομεία.

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ανθρώπων επηρεάζεται επίσης από την επιδημία COVID -19. Τα άτομα με προϋπάρχουσες παθήσεις είναι πιο πιθανό να νοσήσουν πιο σοβαρά, ενώ οι πληθυσμοί σε φτωχότερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, οι οποίοι δεν έχουν πρόσβαση σε είδη πρώτης ανάγκης, όπως τρόφιμα και φάρμακα, έχουν "αδύναμη άμυνα" απέναντι στην απειλή του ιού και είναι πιο πιθανό να εκτεθούν σε αυτόν, καθώς και να κολλήσουν τον ιό και να νοσήσουν περισσότερο βαρύτερα. Οι κοινότητες αυτές πλήττονται δυσανάλογα από τις οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας, γεγονός που επιδεινώνει τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες στην υγεία. Τα άτομα με κακή γενική υγεία, κακές διατροφικές συνήθειες και υποκείμενες χρόνιες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών, πνευμονικών, διαβήτη και καρκίνου, είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν σημαντική ασθένεια ή να πεθάνουν από τον COVID-19. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ασθενών επηρεάζει αρνητικά τον επιπολασμό αυτών των ασθενειών. Επιπλέον, το κάπνισμα και η παχυσαρκία έχουν εξαρτημένη κοινωνικοοικονομική προδιάθεση, η οποία μπορεί ενδεχομένως να επιδεινώσει τις ασθένειες. Άτομα από κοινωνικοοικονομικά προβληματικές ομάδες ενδέχεται να αναβάλλουν την παροχή ιατρικής βοήθειας για το COVID-19, γεγονός που ενδέχεται να επιδεινώσει την κατάστασή τους και να προκαλέσει ακόμη και θάνατο. Σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, όπως οι ηλικιωμένοι, οι τρόφιμοι γηροκομείων και όσοι βρίσκονται σε συνθήκες συνωστισμού, όπως οι φυλακές και τα κέντρα φιλοξενίας προσφύγων, η επιβολή οριζόντιων μέτρων για τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού είναι πιθανό να είναι αναποτελεσματική, επειδή οι πληθυσμοί αυτοί αντιμετωπίζουν πρόσθετους κοινωνικούς και οικονομικούς περιορισμούς και περιορισμούς πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

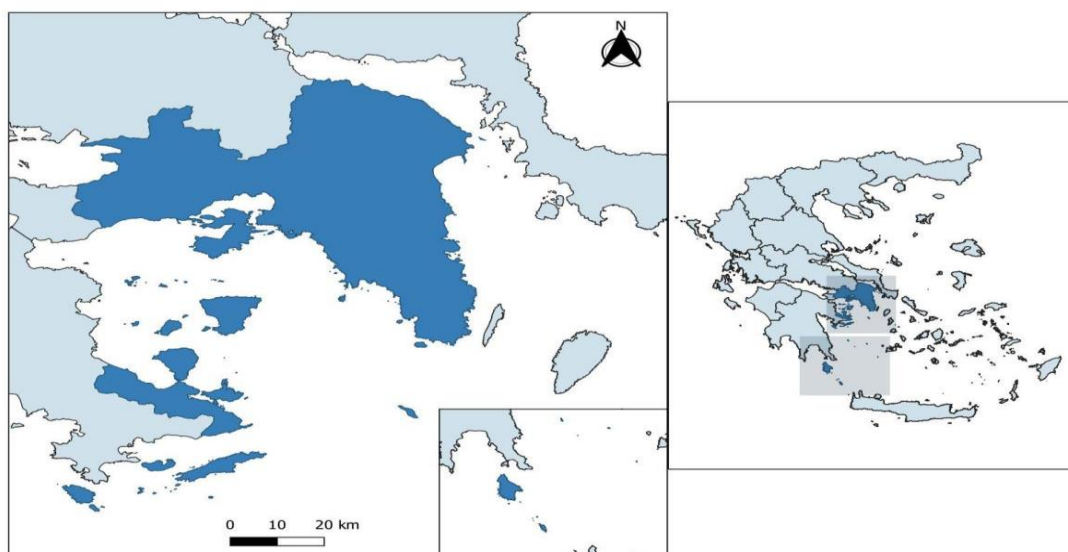
Η ανεπαρκής υγειονομική περίθαλψη και οι προληπτικές υπηρεσίες που προσφέρονται στον προσφυγικό πληθυσμό που διαμένει πλέον στην Ελλάδα αναδείχθηκαν ως

σημαντική ανισότητα από το ξέσπασμα της πανδημίας. Λόγω των περιορισμών στη μετακίνηση, των περιορισμών στις επισκέψεις και της προσβασιμότητας σε αγαθά όπως σαπούνι και απολυμαντικά χεριών στους προσφυγικούς καταυλισμούς, η επιδημία COVID-19 είχε σημαντικό αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή των κατοίκων. Υψηλά ποσοστά μετάδοσης του COVID-19 παρατηρήθηκαν σε μια έρευνα μεταξύ προσφύγων και αιτούντων άσυλο στην ηπειρωτική Ελλάδα και στα νησιά. Παρόμοιες δημογραφικές ομάδες διατρέχουν πολύ υψηλότερο κίνδυνο μετάδοσης του ιού σε σχέση με το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού, και ο κίνδυνος αυξάνεται όσο οι συνθήκες διαβίωσης και υγιεινής στους καταυλισμούς γίνονται ακατάλληλες και οι αποστάσεις ασφαλείας μεταξύ των κατασκηνοτών είναι δύσκολο να διατηρηθούν. Οι ελλείψεις πληροφορίες για την υγεία σε περιπτώσεις COVID-19 που αφορούν πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο, όπως νοσηλείες σε κλινικές COVID-19, νοσηλείες σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) ή θανάτους, συμβάλλουν σε περαιτέρω προκλήσεις στην εξυπηρέτηση των αναγκών των προσφυγικών καταυλισμών. Η συμμόρφωση είναι πιο δύσκολη στα ιδρύματα κράτησης λόγω των συνθηκών διαβίωσης, γεγονός που πιθανότατα εξηγεί γιατί η μετάδοση είναι υψηλότερη εκεί.

Κεφάλαιο 5: Η περίπτωση της Περιφέρειας Αττικής

5.1 Χαρακτηριστικά της Περιφέρειας Αττικής

Η Περιφέρεια Αττικής βρίσκεται στην καρδιά της ελληνικής Επικράτειας, στο νοτιοανατολικό άκρο της Στερεάς Ελλάδας και βορειοδυτικά από την Πελοπόννησο. Θεωρείται ιδιαίτερα πυκνοκατοικημένη, καθώς στην έκτασή της που απλώνεται σε 3.808 τ.μ., κατοικούν το 2020, 3.738.901 άνθρωποι, δηλαδή περίπου 982 κάτοικοι ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο. Στο έδαφός της βρίσκεται η πρωτεύουσα της χώρας, η Αθήνα που αποτελεί τη μεγαλύτερη και πολυπληθέστερη πόλη της Ελλάδας, καθώς εκεί κατοικεί περίπου το ένα τρίτο του συνολικού πληθυσμού της χώρας (34,9%). Η Αθήνα αποτελεί το κύριο πολιτικό, οικονομικό, εκπαιδευτικό και πολιτιστικό κέντρο της χώρας.



5.1.1 Διοικητικά χαρακτηριστικά

Η περιφέρεια ιδρύθηκε με τη διοικητική μεταρρύθμιση του 1987 και μέχρι το 2010 αποτελείτο από τους νομούς Αθηνών, Ανατολικής Αττικής, Πειραιώς και Δυτικής Αττικής. Με το σχέδιο Καλλικράτης του 2010 (νόμος 3852/2010), οι αρμοδιότητες και οι εξουσίες της επαναπροσδιορίστηκαν και επεκτάθηκαν. Από την 1η Ιανουαρίου 2011, η περιφέρεια αντιπροσωπεύει μια τοπική αυτοδιοίκηση δεύτερου βαθμού. Ενώ εποπτεύεται από την Αποκεντρωμένη Διοίκηση Αττικής, είναι πλέον ανεξάρτητος αυτοδιοικητικός φορέας με αρμοδιότητες και προϋπολογισμό συγκρίσιμο με τις πρώην νομαρχίες, με πρωτεύουσα την πόλη της Αθήνας. Ο Περιφερειάρχης και το Περιφερειακό Συμβούλιο εκλέγονται άμεσα για 4ετή θητεία. Οι περιφέρειες NUTS3 της Αττικής είναι οι εξής: Βόρειος Τομέας Αθηνών, Δυτικός Τομέας Αθηνών, Κεντρικός Τομέας Αθηνών, Νότιος Τομέας Αθηνών, Ανατολική Αττική, Δυτική Αττική, Πειραιάς και Νησιά. Η Περιφέρεια έχει 66 Δήμους (από τους 332 Δήμους της Ελλάδας), όπου η εκλογή του Δημάρχου και του Δημοτικού Συμβουλίου είναι άμεση και διεξάγεται κάθε 4 χρόνια.

5.1.2 Οικονομικά χαρακτηριστικά

Το 2019 το ΑΕΠ της Αττικής ήταν 87. 427,58 εκατ. ευρώ, σχεδόν το ήμισυ του εθνικού ΑΕΠ, ενώ το κατά κεφαλήν ΑΕΠ ανήλθε σε 23. 400 ευρώ (137% του μέσου όρου της χώρας). Οι τιμές του ΑΕΠ δείχνουν ότι η Αττική βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης σε εθνικό επίπεδο, κάτι που, ωστόσο, δεν ισχύει όταν συγκρίνεται με τον μέσο όρο της ΕΕ-27. Το 2011 το κατά κεφαλήν περιφερειακό ΑΕΠ ήταν 24. 800€, δηλαδή το 97% του μέσου όρου της ΕΕ-27. Δεδομένου ότι το κατά κεφαλήν ΑΕΠ του 2019 ανέρχεται στο 75% του μέσου όρου της ΕΕ-27, αποκαλύπτεται μια επιδεινούμενη κοινωνικοοικονομική τάση λόγω της οικονομικής κρίσης.

Όσον αφορά το προφίλ εξειδίκευσης της περιφέρειας, η Αττική βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στον τριτογενή τομέα. Κατά την έκρηξη της οικονομικής κρίσης (2009), η Αττική εξειδικεύτηκε σε όλους τους κλάδους του τριτογενούς και δευτερογενούς τομέα, εκτός από τις κατασκευές. Το 2019, εξειδικεύεται σε κλάδους όπως η πληροφόρηση και η επικοινωνία, οι επαγγελματικές, επιστημονικές και τεχνικές δραστηριότητες, η χρηματοοικονομική και ασφαλιστική δραστηριότητα, καθώς και η ακίνητη περιουσία. Ωστόσο, αυτό η εξειδίκευση αυτή ποικίλλει για τις συνιστώσες περιφέρειες NUTS3. Η Κεντρική Αθήνα εξειδικεύεται σχεδόν σε όλο το φάσμα του τριτογενούς τομέα, ενώ η Ανατολική και ιδιαίτερα η Δυτική Αττική εξειδικεύονται και στον δευτερογενή τομέα. Καμία από τις περιφερειακές ενότητες της Αττικής δεν ειδικεύεται στον πρωτογενή τομέα, με αποτέλεσμα η περιοχή να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από άλλες εθνικές περιφέρειες για τη διατροφική της επάρκεια. Φαίνεται ότι η εξειδίκευση της Αττικής ακολουθεί τις τάσεις σε σχέση με τις δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα στις μεγάλες μητροπολιτικές περιοχές, οι οποίες περιλαμβάνουν κυρίως προηγμένες υπηρεσίες παραγωγής.

Σχεδόν το ήμισυ της Εθνικής Ακαθάριστης Προστιθέμενης Αξίας (48% το 2019) παράγεται στην Αττική. Έτσι, η οικονομική δραστηριότητα και η εξειδίκευση της ελληνικής οικονομίας διαμορφώνεται ως επί το πλείστον από την πρωτεύουσα. Κατά συνέπεια, κατά τη σύγκριση των μεσοπρόθεσμων τάσεων της περιφερειακής (Αττικής)

και της εθνικής ΑΠΑ των διαφόρων κλάδων, προκύπτουν παρόμοια μοτίβα. Εξαιρουμένου του πρωτογενούς τομέα, η συμβολή της Αττικής στην εθνική ΑΠΑ κυμαίνεται από 36% στους κλάδους "Ορυχεία και λατομεία, μεταποίηση, ηλεκτρική ενέργεια κ.λπ." έως 76% στους κλάδους "Πληροφορική και επικοινωνία", ενώ τα ποσοστά στους κλάδους στους οποίους εξειδικεύεται η Αττική κυμαίνονται από 59% έως 76%.

Όσον αφορά την καινοτομία, η Αττική συγκεντρώνει το 61% της εθνικής ακαθάριστης εγχώριας δαπάνης στην Έρευνα και Ανάπτυξη (Ε&Α). Το μεγαλύτερο μέρος αφορά τον επιχειρηματικό τομέα (58%), ο δημόσιος τομέας και ο τομέας της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης συνεισφέρουν με 20,5% ο καθένας, ενώ το υπόλοιπο προέρχεται από τον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα (10,2%). Η απασχόληση στους τομείς έντασης τεχνολογίας και γνώσης ανέρχεται σε 81.500 εργαζόμενους, που αντιστοιχεί στο 70% της εθνικής αξίας. Σύμφωνα με τον Περιφερειακό Πίνακα Αποτελεσμάτων Καινοτομίας 2021 (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2021), η Αθήνα είναι ένας Μέτριος Καινοτόμος, όπου μπορούν να εντοπιστούν Περιφερειακοί "θύλακες αριστείας".

Η μεταβολή των επιδόσεων σε σχέση με το 2014 (και σε σχέση με εκείνη της ΕΕ) είναι σχεδόν 27%, ωστόσο η βαθμολογία της Αττικής για το 2021 σε σύγκριση με τη βαθμολογία της Ευρωπαϊκής Ένωσης υστερεί (≈87%). Παρόλο που η Αττική είναι η κύρια ατμομηχανή της εθνικής ανάπτυξης, όπως ήδη παρουσιάστηκε, κατά την περίοδο πριν την πανδημία, η οικονομία της βρισκόταν σε φάση σταθεροποίησης, ανακάμπτοντας από τη μακροχρόνια κρίση. Εντοπίστηκαν διάφορες προκλήσεις σχετικά με τις αρνητικές εξωτερικές επιδράσεις της μαζικής συγκέντρωσης πληθυσμού και οικονομικής δραστηριότητας, όπως η ανεργία, η ανισότητα, ο κοινωνικός διαχωρισμός και τα περιβαλλοντικά ζητήματα, που πρέπει να αντιμετωπιστούν προκειμένου η Αττική να αποτελέσει συνδυαστικό παράγοντα για την εθνική κοινωνικοοικονομική συνοχή και αξιόλογο ανταγωνιστή στο διεθνές δίκτυο πόλεων.

5.1.3 Κοινωνικά χαρακτηριστικά

Η περιοχή της Αττικής αντιμετώπιζε ήδη μεγάλες κοινωνικές προκλήσεις πριν από την πανδημία. Σε αυτό το πλαίσιο, υπάρχουν αρκετές κύριες κοινωνικές προκλήσεις για την Ελλάδα, γενικά, και την περιφέρεια Αττικής ειδικότερα, όπως η ανάγκη: (i) να ενταχθούν οι άνεργοι στην αγορά εργασίας, (ii) να καταπολεμηθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια, (iii) να υποστηριχθεί η δια βίου μάθηση, (iv) να αυξηθεί η απασχολησιμότητα των πτυχιούχων, (v) να ενσωματωθούν οι μετανάστες, (vi) να υποστηριχθεί η κοινωνική ένταξη των μαθητών από οικογένειες με χαμηλό εισόδημα για την καταπολέμηση της σχολικής διαρροής, (viii) να βελτιωθεί η πρόσβαση στην υγεία και σε άλλες κοινωνικές υπηρεσίες, (ix) να ενεργοποιηθεί το περιφερειακό δίκτυο κοινωνικής οικονομίας, (x) να προληφθούν και να καταπολεμηθούν οι πολλαπλές διακρίσεις και η ενδοοικογενειακή βία, (xi) να προωθηθούν οι ίσες ευκαιρίες και να αυξηθεί η ισότητα των φύλων.

Όσον αφορά την εκπαίδευση και τις δεξιότητες, το επίπεδο προσόντων του πληθυσμού της Αττικής είναι υψηλότερο από τον εθνικό μέσο όρο. Πιο συγκεκριμένα, το 2019 ο πληθυσμός με τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι υψηλότερος από τον εθνικό μέσο όρο (40,2% έναντι 31,9%), ο πληθυσμός με ανώτερη δευτεροβάθμια και μετα-δευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι ίδιος με τον εθνικό μέσο όρο (44,9%), ενώ ο πληθυσμός με εκπαίδευση κάτω του δημοτικού, πρωτοβάθμια και κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι αναλογικά χαμηλότερος στην Αττική σε σύγκριση με

τον εθνικό μέσο όρο (15,0% έναντι 23,2%). Το σημαντικότερο είναι ότι το ποσοστό των νέων που δεν εργάζονται ούτε συμμετέχουν στην εκπαίδευση και την κατάρτιση στην Αττική είναι περίπου 10,1%, ελαφρώς χαμηλότερο από τον εθνικό μέσο όρο του 12,5% και ακριβώς το ίδιο με τον μέσο όρο της ΕΕ.

Το 2019, το ποσοστό απασχόλησης στην Αττική ήταν 57,6% έναντι 56,5% στην Ελλάδα, ενώ το ποσοστό ανεργίας ήταν 16,9%, έναντι 17,3% κατά μέσο όρο στη χώρα. Έχει μεγάλη σημασία να αναφερθούν τα εθνικά ποσοστά ανεργίας των ατόμων ηλικίας 15-19 ετών και 20-24 ετών, τα οποία κατά το πρώτο τρίμηνο του 2019 ήταν 50,2% και 39,7%, αντίστοιχα. Παρόλο που η Αττική κατατάσσεται χαμηλότερα από τον εθνικό μέσο όρο όσον αφορά το ποσοστό ανεργίας, εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση η ένταξη των ανέργων στην αγορά εργασίας, δεδομένου ότι η Ελλάδα παλεύει με την ύφεση ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης που χρονολογείται από το 2010.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2019 για τις συνθήκες διαβίωσης και το εισόδημα στην Ελλάδα, περίπου το 17,9% των Ελλήνων αντιμετώπιζε τον κίνδυνο φτώχειας. Στην Αττική, ωστόσο, ο κίνδυνος φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού φαίνεται να είναι σημαντικά χαμηλότερος, 13,7%. Αυτό, ωστόσο, παραμένει ένα αρκετά υψηλό ποσοστό των ανθρώπων που ζουν σε κίνδυνο φτώχειας στην προ-πανδημική εποχή.

Τα στοιχεία του 2019 σχετικά με τον πληθυσμό της περιοχής, κατέγραψαν 39.039 λιγότερους κατοίκους (-1,03%) σε σύγκριση με το 2016. Αυτό ευθυγραμμίζεται με τη συνολική μείωση του ελληνικού πληθυσμού (-0,55%) και μπορεί να εξηγηθεί από την ηλικιακή κατανομή στη χώρα. Η Ελλάδα έχει (2019) ένα 22% του πληθυσμού άνω των 65 ετών, καταλαμβάνοντας τη δεύτερη θέση στη γήρανση του πληθυσμού μετά την Ιταλία (22,8%). Το ποσοστό γεννήσεων είναι 8,4 (7,8 για την Ελλάδα), ενώ το ποσοστό θανάτων είναι 11,2. Αυτό μεταφράζεται σε -2,8 φυσική μεταβολή του πληθυσμού, ενώ η Ελλάδα δέχεται πρόσφυγες και μετανάστες λόγω της προσφυγικής κρίσης την τελευταία δεκαετία. Αυτό έχει προσθέσει στον γενικό πληθυσμό, 3,3 για την Ελλάδα γενικά και ειδικότερα 2,0 για την Περιφέρεια Αττικής, γεγονός που φαίνεται να εξισορροπεί τη φυσική μεταβολή του πληθυσμού, καθιστώντας τον ρυθμό μεταβολής του πληθυσμού σε -0,9 για την Αττική (-0,6 για την Ελλάδα).

φύσεως κλυδωνισμοί ποικίλλουν ως προς τον τύπο, τη διάρκεια και το μέγεθός τους. Μια πανδημική κρίση, γνωστή και ως παγκόσμιο σοκ ή σοκ, είναι "ένα γεγονός ταχείας έναρξης και διεξαγωγής με σημαντικές διαλυτικές επιπτώσεις σε τουλάχιστον δύο ηπείρους", όπως συμβαίνει με το παρόν θέμα COVID-19 (OECD 2011, σ. 12). Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, οι πανδημικές κρίσεις, όπως το SARS το 2002-2003, είναι οι σημαντικότερες κρίσεις υγείας, αλλά μπορούν επίσης να έχουν εξαιρετικά επίζημιες επιπτώσεις στην πλευρά της προσφοράς και της ζήτησης της οικονομίας (Rubin 2011-OECD 2011). Ως αποτέλεσμα, οι πανδημικές κρίσεις περιλαμβάνουν μερικές φορές τόσο μια κρίση υγείας όσο και μια συναφή κοινωνικοοικονομική καταστροφή (Wilson et al. 2020). Επιπλέον, "οι επιλογές που βασίζονται σε κακή πληροφόρηση και παραπληροφόρηση σχετικά με την πηγή ή τη σοβαρότητα μιας επιδημίας μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπαρκείς δράσεις αντιμετώπισης, οι οποίες μπορεί να έχουν σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις που είναι δύσκολο να διορθωθούν" (OECD 2011, P. 29).

5.2 Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην Περιφέρεια Αττικής

5.2.1 Οικονομικές Επιπτώσεις

Οι προαναφερθέντες περιορισμοί που επιβλήθηκαν, είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην οικονομική δραστηριότητα της περιοχής, ωστόσο δεν επηρεάστηκαν τα σούπερ μάρκετ και τα μεγαλύτερα καταστήματα λιανικής πώλησης που είχαν ήδη μια ηλεκτρονική πλατφόρμα. Τα εστιατόρια-καφετέριες και οι πολύ μικρές τοπικές επιχειρήσεις στον τομέα του τουρισμού και του λιανικού εμπορίου αντιμετώπισαν σημαντικά προβλήματα. Δεδομένου ότι η μητροπολιτική περιοχή της Αθήνας, η οποία συμπίπτει με την περιοχή της Αττικής, είναι το μεγαλύτερο αστικό συγκρότημα στην Ελλάδα, οι αυξημένες αλληλεπιδράσεις συνεπάγονται μεγάλη πιθανότητα αύξησης των κρουσμάτων μόλυνσης, σε σύγκριση με τις λιγότερο πυκνοκατοικημένες περιοχές της χώρας. Τα χαρακτηριστικά αυτά έφεραν την περιοχή αρκετές φορές στη δύσκολη θέση να σταματήσει την οικονομική και κοινωνική της δραστηριότητα με το μέτρο του αποκλεισμού κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Αυτό αντικατοπτρίζεται στα οικονομοτεχνικά δεδομένα της.

Το 2020, το ΑΕΠ της Αττικής ήταν 78.176,30 εκατ. ευρώ. Κατά την περίοδο 2019-2020 το περιφερειακό ΑΕΠ μειώθηκε κατά 10,6%, γεγονός που δείχνει μικρότερη ανθεκτικότητα σε σύγκριση με την εθνική μεταβολή (-9,8%) και ακόμη χειρότερη κατάσταση σε σύγκριση με τη μέση μεταβολή της χώρας της ΕΕ-27 (-4,4%). Επιπλέον, το 2020, το ΑΕΠ ανά κάτοικο στην Αττική ήταν 20.900€ (70% του μέσου όρου της ΕΕ-27, με απώλειες 5 ποσοστιαίων μονάδων από το 2019). Επιπλέον, μετά από μείωση 8,8% το 2020, το ελληνικό ΑΕΠ εκτιμάται ότι θα φθάσει στα προ της πανδημίας επίπεδα, αν και οι χρηματοπιστωτικές και ασφαλιστικές δραστηριότητες, οι τέχνες, η ψυχαγωγία και η αναψυχή, καθώς και η ακίνητη περιουσία δεν παρουσιάζουν ακόμη παρόμοια τάση.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η οικονομία της Αττικής στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στον τριτογενή τομέα και ιδιαίτερα στις προηγμένες υπηρεσίες παραγωγής. Ακόμη και έτσι, εκτός από τις τουριστικές και πολιτιστικές δραστηριότητες, οι οποίες επηρεάστηκαν σε μεγάλο βαθμό από το COVID-19, το υψηλό επίπεδο ευελιξίας που προσφέρουν οι νέες τεχνολογίες (ΤΠΕ) επιτρέπει την εξ αποστάσεως συνέχιση των δραστηριοτήτων των επιχειρήσεων. Έτσι, ένα ορισμένο τμήμα της οικονομίας μπόρεσε να συνεχίσει τις δραστηριότητές του, ακόμη και με τέτοιους βαρείς περιορισμούς. Ως εκ τούτου, οι κύριοι κλάδοι της περιοχής φαίνεται να επηρεάστηκαν σε περιορισμένο βαθμό, καθώς φαίνεται ότι αυξάνεται ένα υβριδικό μοντέλο απασχόλησης. Η αύξηση κατά 5,8% της απασχόλησης στους τομείς έντασης τεχνολογίας και γνώσης κατά την περίοδο 2019-2020 στην Αττική αποτελεί υποστηρικτικό εύρημα. Ωστόσο, αναγνωρίζεται ότι ορισμένοι κλάδοι εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα που σχετίζονται με τα μέτρα COVID-19, όπως η εστίαση και τα καταλύματα, δεδομένου ότι η λειτουργία τους επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από τα διάφορα κύματα της πανδημίας, ενώ εξακολουθούν να λειτουργούν υπό συγκεκριμένους όρους.

Όσον αφορά την εθνική τουριστική δραστηριότητα, το 2020 η εισερχόμενη ταξιδιωτική κίνηση μειώθηκε κατά 76,5% και ανήλθε σε 7.375 χιλιάδες ταξιδιώτες, έναντι 31.348 χιλιάδων ταξιδιωτών το 2019. Οι διεθνείς αεροπορικές αφίξεις στην Αττική μειώθηκαν κατά 68,5%, από 6.412.591 το 2019 σε 2.023.078 το 2020, ενώ οι εθνικές αεροπορικές αφίξεις ανήλθαν σε 1.502.084 το 2020, μειωμένες κατά 62,2%

από το 2019 (3.973.656). Το 2021, παρατηρείται σημαντική περιφερειακή ανάκαμψη των αεροπορικών αφίξεων (διεθνείς: 3.789.979, εθνικές: 2.358.470). Τέλος, λόγω της πανδημίας, οι άνθρωποι μείωσαν τις μετακινήσεις τους, γεγονός που αποτυπώθηκε στη μείωση των ταξιδιών, καθώς και στη μείωση της παραμονής τους. Επιπλέον, προτιμήθηκε ο καλοκαιρινός τουρισμός σε νησιά αντί του αστικού τουρισμού για προφανείς λόγους. Έτσι, ο τουριστικός κλάδος της Αττικής, επλήγη σκληρά από την πανδημία, δυσανάλογα περισσότερο από τις άλλες περιοχές.

Η ύφεση που προκλήθηκε από τα μέτρα περιορισμού της COVID-19 οδήγησε την εθνική κυβέρνηση και, σε μικρότερο βαθμό, τις Περιφέρειες, να υιοθετήσουν πολιτικές στήριξης της οικονομίας και της κοινωνίας. Έτσι, οι επιχειρήσεις και οι εργαζόμενοι στο λιανικό εμπόριο, την εστίαση, τον τουρισμό καθώς και σε άλλα επαγγέλματα έλαβαν οικονομική στήριξη για αρκετούς μήνες. Η πολιτική αυτή ήταν παρούσα κυρίως στα πρώτα κύματα της πανδημίας, ενώ οι πολιτικές ήταν πιο επιλεκτικές κατά τα μεταγενέστερα στάδια της πανδημίας.

5.2.2 Κοινωνικές Επιπτώσεις

Ο COVID-19 επέτεινε την κοινωνικοοικονομική ανισότητα στην Αττική, καθώς οι πιο ευάλωτες ομάδες επλήγησαν περισσότερο από την πανδημία και τα περιοριστικά μέτρα (μη προνομιούχοι, ηλικιωμένοι, κοινωνικά αποκλεισμένοι κ.λπ.). Ορισμένα επαγγέλματα με χαμηλό εισόδημα, τα οποία πρέπει να ασκούνται με φυσική παρουσία, αντιμετώπισαν σημαντικά οικονομικά προβλήματα λόγω της πανδημίας. Τα οικονομικά προβλήματα αποτελούν παράγοντα που δημιουργεί άγχος και εντάσεις σε μια οικογένεια, προκαλώντας ψυχολογικά και άλλα προβλήματα που μεταφέρονται στα παιδιά. Επιπλέον, καταγράφηκε αύξηση των περιπτώσεων ενδοοικογενειακής βίας, καθώς ήταν πιο δύσκολο για τα θύματα να ξεφύγουν από τους θύτες και να αναζητήσουν βοήθεια λόγω των μέτρων περιορισμού. Επίσης, αυξήθηκε η σχολική διαρροή, ενώ πιστεύεται ότι πολλά παιδιά δεν θα επανενταχθούν στο εκπαιδευτικό σύστημα. Η διαδικασία της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης στην περίπτωση αυτή επέτεινε το πρόβλημα. Οι κυβερνητικές, περιφερειακές ή τοπικές υπηρεσίες δεν ανταποκρίθηκαν εγκαίρως ή κατάλληλα στα ζητήματα αυτά.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, λόγω της μακράς περιόδου οικονομικής κρίσης, η Αττική αντιμετώπιζε προβλήματα όσον αφορά τα επίπεδα απασχόλησης, τον κίνδυνο φτώχειας κ.λπ. ακόμη και από την προ-πανδημική περίοδο. Ως επί το πλείστον, οι προκλήσεις αυτές οφείλονται στα μέτρα λιτότητας της περιόδου της οικονομικής κρίσης, καθώς και στις συνεχιζόμενες μεταρρυθμίσεις στον δημόσιο τομέα. Παρά τα παραπάνω, η αντιστάθμιση μέσω των δημόσιων προγραμμάτων κοινωνικής στήριξης βοήθησε να μην αυξηθούν τα επίπεδα ανεργίας. Αντίθετα, η ανεργία μειώθηκε κατά σχεδόν 3% στην Αττική (16,9% το 2019 έναντι 14,1% το 2020), ακολουθώντας τη γενική τάση της χώρας (17,3% το 2019, 16,3%). Ωστόσο, αν αναλογιστεί κανείς τους αριθμούς αυτούς σε σχέση με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (6,7% το 2019, 7,1% το 2020), η ανεργία παραμένει αρκετά υψηλή. Επιπλέον, το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας μειώθηκε επίσης, σύμφωνα με τα προαναφερθέντα στοιχεία, κατά 0,2% μεταξύ 2019 και 2020 για την Ελλάδα (17,9% 2019, 17,7% 2020) και κατά 1,2% στην Αττική (13,7% 2019, 12,5% 2020). Το πρόγραμμα αποζημιώσεων της κεντρικής διοίκησης, αντιμετώπισε το δυνητικό πρόβλημα της ανεργίας, παρόλο που η Ελλάδα είχε ένα από τα αυστηρότερα και μακροβιότερα lockdown στην Ευρώπη,

το οποίο οδήγησε στην απώλεια θέσεων εργασίας (ιδιαίτερα των αυτοαπασχολούμενων), αλλά οι περισσότερες από αυτές προστατεύθηκαν μέσω κοινωνικών μέτρων.

Η πιο κρίσιμη πτυχή των κοινωνικών επιπτώσεων της πανδημίας ήταν το ποσοστό μόλυνσης και θανάτου, ένα από τα υψηλότερα στην Ευρώπη. Οι οικονομικές μεταρρυθμίσεις κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, είχαν σημαντικό αντίκτυπο στον δημόσιο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς νοσοκομεία έκλεισαν σε όλη τη χώρα, ενώ άλλα συγχωνεύτηκαν, οδηγώντας σε έκρηξη των ιδιωτικών νοσοκομείων και των ιδιωτικών προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης. Τα γεγονότα αυτά, σε συνδυασμό με τη γήρανση του εθνικού πληθυσμού, οδήγησαν σε υψηλό ποσοστό θνησιμότητας. Παρόλο που στην Ελλάδα είχε επιβληθεί αυστηρό lockdown και περιορισμοί στην κυκλοφορία στους δημόσιους χώρους και στις επαφές μεταξύ των πολιτών, ενώ απαγορεύτηκαν εκατοντάδες πολιτιστικές εκδηλώσεις και το πρώτο κύμα της πανδημίας αντιμετωπίστηκε με επιτυχία, ο κίνδυνος οικονομικής κατάρρευσης οδήγησε την κεντρική κυβέρνηση στην αμφιλεγόμενη απόφαση να επανεκκινήσει την τουριστική δραστηριότητα επιτρέποντας στους διεθνείς τουρίστες να ταξιδέψουν στην Ελλάδα.

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ο ρυθμός των λοιμώξεων αυξήθηκε σημαντικά, γεγονός που οδήγησε σε έντονες επικρίσεις σχετικά με την απόφαση αυτή. Συγκεκριμένα, για την Αττική, ο αντίκτυπος του δεύτερου κύματος και αμέσως μετά το άνοιγμα των αεροδρομίων και των συνόρων ήταν πολύ έντονος. Το 2020 (πρώτο κύμα), καταγράφηκαν 39.824 θάνατοι, ενώ μόνο οι 801 από αυτούς οφείλονταν σε COVID-19 (περίπου 2%). Αντίθετα, το 2021 καταγράφηκε αύξηση των θανάτων γενικά, καθώς καταγράφηκαν 44.726, με τους 4.766 από αυτούς να είναι αποτέλεσμα λοιμώξεων COVID - 19, που αντιστοιχεί περίπου στο 10%. Τέλος, σύμφωνα με τα στοιχεία που παρέχονται από την κεντρική κυβέρνηση, η δυτική περιφέρεια της Αττικής παρουσιάζει υψηλότερο ποσοστό μόλυνσης και, ως εκ τούτου, υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας που σχετίζεται με τις λοιμώξεις COVID-19. Δεδομένου ότι οι περιοχές αυτές κατοικούνται από άτομα με χαμηλό εισόδημα, θα ήταν ενδιαφέρον ως ερευνητικό θέμα να παρακολουθούνται οι κοινωνικές επιπτώσεις της πανδημίας. Επιπλέον, όλα τα προαναφερθέντα ζητήματα αναμένεται να έχουν σημαντικό και μακροπρόθεσμο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία του πληθυσμού, κάτι που πρέπει να αξιολογηθεί επίσης στο μέλλον.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από τα ληξιαρχεία όλων των Δήμων της περιφέρειας Αττικής, στον πίνακα που ακολουθεί έχει γίνει μια καταγραφή ως προσπάθεια αποτύπωσης της θνησιμότητας ανά Δήμο κατά τα έτη 2019 και 2020, ο εκτιμώμενος πληθυσμός τους αλλά και το κκΑΕΠ ανά Περιφερειακή Ενότητα. Ένα επιπλέον στοιχείο που παρέχεται, είναι το ποσοστό της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού (2020).

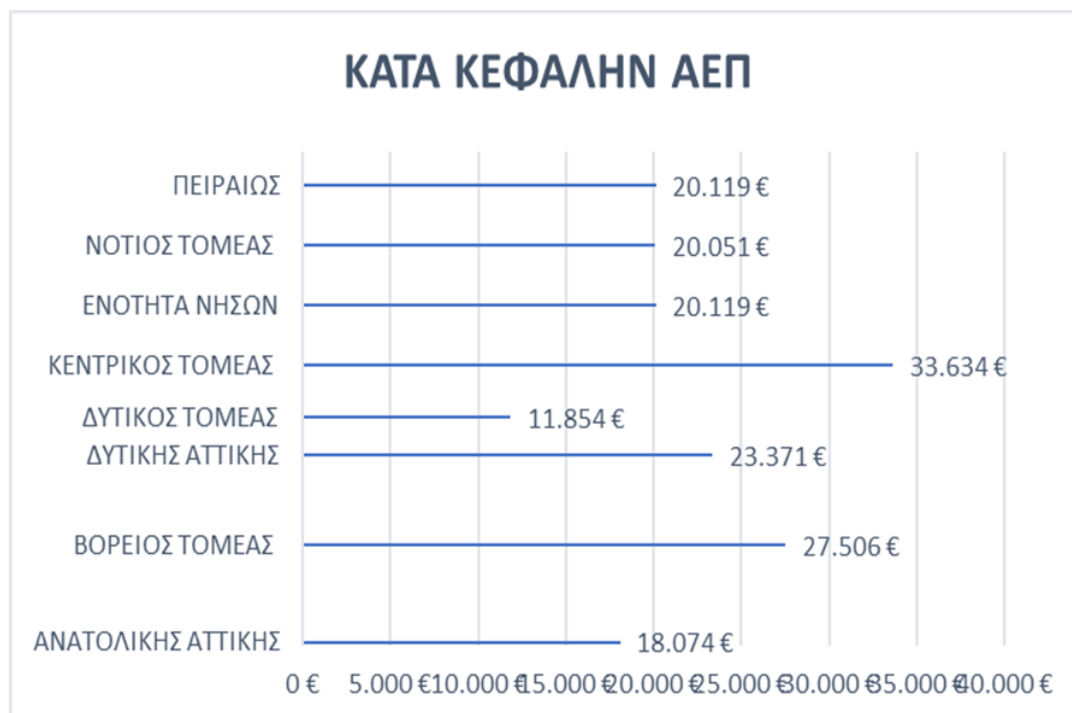
Table 5: Καταγραφή κκΑΕΠ, Εμβολιαστικής κάλυψης, πληθυσμού και θανάτων ανά Περιφερειακή Ενότητα και Δήμο Αττικής, 2020 – 2021

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΕΠ	ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ 2021	ΔΗΜΟΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΘΑΝΑΤΟΙ 2020	ΘΑΝΑΤΟΙ 2021	ΘΑΝΑΤΟΙ COVID 2020	ΘΑΝΑΤΟΙ COVID 2021	2020 COVID%	2021 COVID%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	18.074 €	62%	ΔΗΜΟΣ ΑΧΑΡΝΩΝ	106.943	619	772	14	147	2,3%	19%
			ΔΗΜΟΣ ΒΑΡΗΣ – ΒΟΥΛΑΣ – ΒΟΥΛΙΑΓΜΕΝΗΣ	48.399	379	421	8	37	2,1%	8,8%
			ΔΗΜΟΣ ΔΙΟΝΥΣΟΥ	40.193	313	307	10	23	3,2%	7,5%
			ΔΗΜΟΣ ΚΡΩΠΙΑΣ	30.307	260	272	1	22	0,4%	8,1%
			ΔΗΜΟΣ ΛΑΥΡΕΩΤΙΚΗΣ	25.102	296	370	2	32	0,7%	8,6%
			ΔΗΜΟΣ ΜΑΡΑΘΩΝΟΣ	33.423	269	326	4	16	1,5%	4,9%
			ΔΗΜΟΣ ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΕΣΟΓΑΙΑΣ	20.040	209	206	2	16	1,0%	7,8%
			ΔΗΜΟΣ ΠΑΙΔΙΝΙΑΣ	26.668	255	309	5	22	2,0%	7,1%
			ΔΗΜΟΣ ΠΑΛΛΗΝΗΣ	54.415	405	390	6	28	1,5%	7,2%
			ΔΗΜΟΣ ΡΑΦΗΝΑΣ – ΠΙΚΕΡΜΙΟΥ	20.266	138	187	1	16	0,7%	8,6%
			ΔΗΜΟΣ ΣΑΡΩΝΙΚΟΥ	29.002	231	254	1	6	0,4%	2,4%
			ΔΗΜΟΣ ΣΠΑΤΩΝ – ΑΡΤΕΜΙΔΟΣ	33.821	346	408	2	34	0,6%	8,3%
			ΔΗΜΟΣ ΩΡΟΠΟΥ	33.769	335	398	1	28	0,3%	7,0%
			ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	59.704	392	443	8	24	2,0%	5,4%
			ΔΗΜΟΣ ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ	72.333	979	1146	8	87	0,8%	7,6%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ	27.506 €	77%	ΔΗΜΟΣ ΒΡΕΛΗΣΙΩΝ	30.741	37	33	0	0	0%	0%
			ΔΗΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	49.642	288	287	0	8	0%	2,8%
			ΔΗΜΟΣ ΚΗΦΙΣΙΑΣ	70.600	779	865	11	93	1,4%	10,8%
			ΔΗΜΟΣ ΛΥΚΟΒΡΥΣΗΣ – ΠΕΥΚΗΣ	31.002	58	55	0	1	0%	1,8%
			ΔΗΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΕΩΣ	29.891	513	509	1	32	0,2%	6,3%
			ΔΗΜΟΣ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	67.134	105	147	1	21	1,0%	14,3%
			ΔΗΜΟΣ ΠΑΠΑΓΟΥ – ΧΟΛΑΡΓΟΥ	44.539	633	575	3	39	0,5%	6,8%
			ΔΗΜΟΣ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	34.934	334	328	10	45	3,0%	13,7%
			ΔΗΜΟΣ ΦΙΛΟΘΕΗΣ – ΨΥΧΙΚΟΥ	26.968	37	31	0	1	0%	3,2%
			ΔΗΜΟΣ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ	74.192	983	1055	12	71	1,2%	6,7%
			ΔΗΜΟΣ ΑΣΠΡΟΤΥΡΓΟΥ	30.251	280	352	11	68	3,9%	6,4%
			ΔΗΜΟΣ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	29.902	379	452	14	70	3,7%	15,5%
			ΔΗΜΟΣ ΜΑΝΔΡΑΣ – ΕΙΔΥΛΛΙΑΣ	17.885	223	261	2	49	0,9%	18,8%
			ΔΗΜΟΣ ΜΕΓΑΡΕΩΝ	36.924	381	417	1	17	0,3%	4,1%
			ΔΗΜΟΣ ΦΥΛΗΣ	45.965	310	407	7	61	2,3%	15,0%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	23.371 €	53%	ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	26.550	40	19	1	2	2,5%	10,5%
			ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΤΥΡΩΝ – ΚΑΜΑΤΕΡΟΥ	62.529	986	1016	6	81	0,6%	8,0%
			ΔΗΜΟΣ ΑΙΓΑΛΕΩ	69.946	258	301	0	8	0%	2,7%
			ΔΗΜΟΣ ΙΛΙΟΥ	84.793	419	481	8	64	1,9%	13,3%
			ΔΗΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	139.981	1386	1525	33	169	2,4%	11,1%
			ΔΗΜΟΣ ΠΕΤΡΟΥΠΟΛΕΩΣ	58.979	498	563	13	68	2,6%	12,1%
			ΔΗΜΟΣ ΧΑΪΔΑΡΙΟΥ	46.897	370	495	16	86	4,3%	17,4%
			ΔΗΜΟΣ ΑΘΗΝΑΙΩΝ	664046	7258	8178	249	1155	3,4%	14,1%
			ΔΗΜΟΣ ΒΥΡΩΝΟΣ	61.808	1392	1507	38	149	2,7%	9,9%
			ΔΗΜΟΣ ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ	59.945	105	111	0	3	0%	2,7%
			ΔΗΜΟΣ ΔΑΦΝΗΣ – ΥΜΗΤΤΟΥ	33.628	267	280	1	1	0,4%	0,4%
			ΔΗΜΟΣ ΖΩΓΡΑΦΟΥ	71.026	1685	1872	19	134	1,1%	7,2%
			ΔΗΜΟΣ ΗΛΙΟΥΠΟΛΕΩΣ	78.153	665	697	6	60	0,9%	8,6%
			ΔΗΜΟΣ ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ	26.458	516	623	17	78	3,3%	12,5%
			ΔΗΜΟΣ ΦΙΛΑΔΕΛΦΕΙΑΣ – ΧΑΛΚΙΔΩΝΟΣ	35.556	1310	1471	36	198	2,7%	13,5%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ	33.634 €	72%	ΔΗΜΟΣ ΑΓΚΙΣΤΡΙΟΥ	1.142	11	6	0	0	0%	0%
			ΔΗΜΟΣ ΑΙΠΠΝΑΣ	13.056	177	190	0	1	0%	0,5%
			ΔΗΜΟΣ ΚΥΘΗΡΩΝ	4.041	56	63	0	4	0%	6,3%
			ΔΗΜΟΣ ΠΟΡΟΥ	3.993	71	68	0	2	0%	2,9%
			ΔΗΜΟΣ ΣΑΛΑΜΙΝΟΣ	39.283	462	535	5	74	1,1%	13,8%
			ΔΗΜΟΣ ΣΠΕΤΣΩΝ	4.027	44	46	0	1	0%	2,2%
			ΔΗΜΟΣ ΤΡΟΙΖΗΝΙΑΣ	7.143	133	146	1	5	0,8%	3,4%
			ΔΗΜΟΣ ΥΔΡΑΣ	19.666	18	27	1	5	5,6%	18,5%
			ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ	71.294	476	495	5	14	1,1%	2,8%
			ΔΗΜΟΣ ΑΛΙΜΟΥ	41.720	95	108	0	1	0%	0,9%
			ΔΗΜΟΣ ΓΛΥΦΑΔΑΣ	87.305	671	769	11	58	1,6%	7,5%
			ΔΗΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ – ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	51.356	433	488	6	27	1,4%	5,5%
			ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ	100.641	1063	1157	26	120	2,4%	10,4%
			ΔΗΜΟΣ ΜΟΣΧΑΤΟΥ – ΤΑΥΡΟΥ	40.413	74	143	2	7	2,7%	4,9%
			ΔΗΜΟΣ ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ	73.076	661	734	10	40	1,5%	5,4%
			ΔΗΜΟΣ ΠΑΛΛΙΟΥΦΑΛΛΗΡΟΥ	64.021	777	802	7	44	0,9%	5,5%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΟΤΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ	20.051 €	73%	ΔΗΜΟΣ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ – ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ	91.045	1649	1873	35	244	2,1%	13,0%
			ΔΗΜΟΣ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ	63.445	112	109	0	2	0,0%	1,8%
			ΔΗΜΟΣ ΝΙΚΑΙΑΣ – ΑΠΟΓΕΙΩΝ ΡΕΝΤΗ	105.430	3875	4653	98	698	2,5%	15,0%
			ΔΗΜΟΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	163.688	833	943	2	14	0,2%	1,5%
			ΔΗΜΟΣ ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	25.389	212	249	3	35	1,4%	14,1%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	20.119 €	72%	ΔΗΜΟΣ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ – ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ	91.045	1649	1873	35	244	2,1%	13,0%
			ΔΗΜΟΣ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ	63.445	112	109	0	2	0,0%	1,8%
			ΔΗΜΟΣ ΝΙΚΑΙΑΣ – ΑΠΟΓΕΙΩΝ ΡΕΝΤΗ	105.430	3875	4653	98	698	2,5%	15,0%
			ΔΗΜΟΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	163.688	833	943	2	14	0,2%	1,5%
			ΔΗΜΟΣ ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	25.389	212	249	3	35	1,4%	14,1%

Πηγές: Ληξιαρχεία Δήμων, ΕΛΣΤΑΤ, ΕΟΔΥ

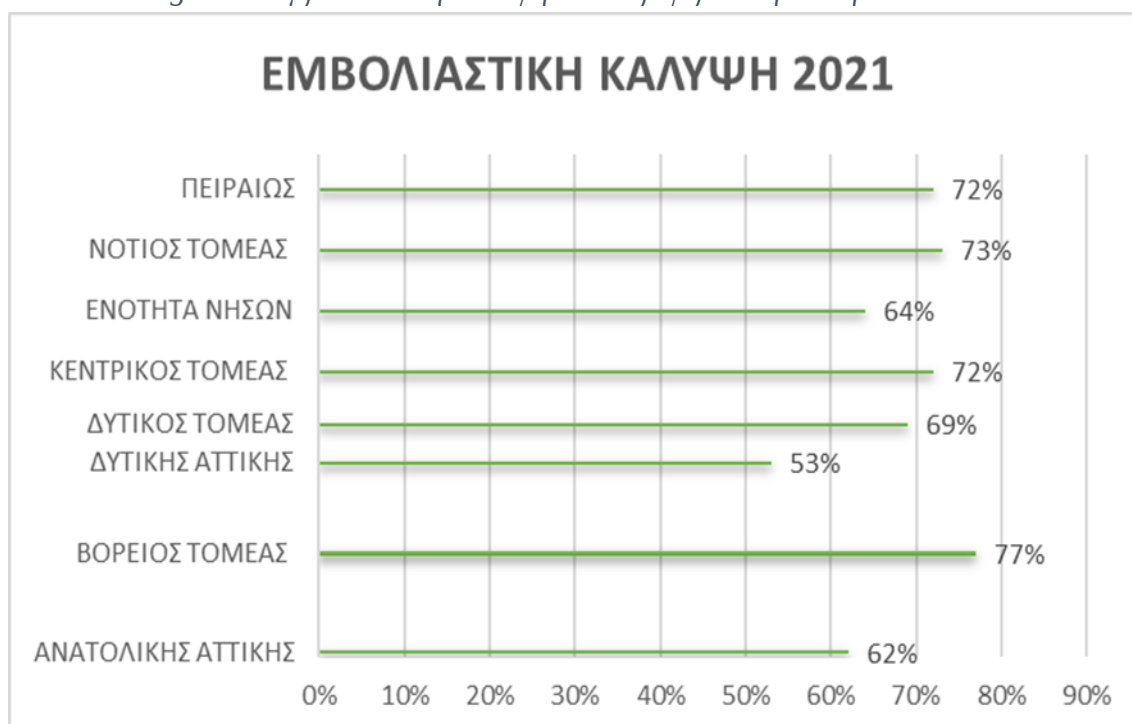
Ιδία Επεξεργασία

Figure 7: Το κκΑΕΠ ανά Περιφερειακή Ενότητα 2020



Ιδία Επεξεργασία

Figure 8: Εμβολιαστική κάλυψη ανά περιφερειακή ενότητα 2020



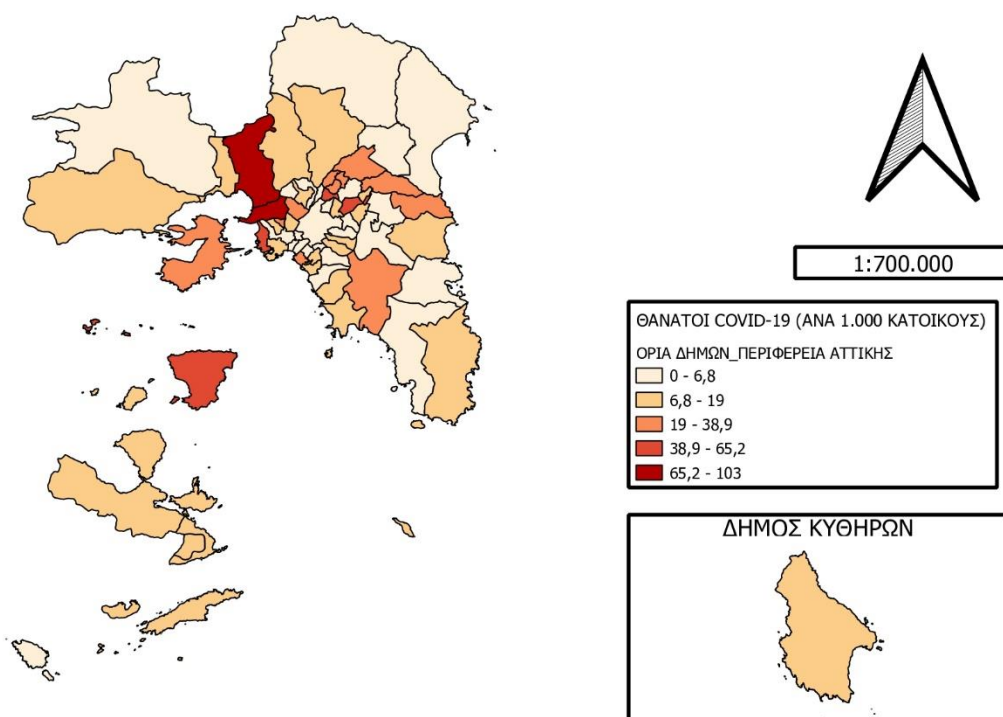
Ιδία Επεξεργασία

Αρχικά, μπορεί να διαπιστωθεί η ραγδαία αύξηση των θανάτων μετά την άρση των περιοριστικών μέτρων και το άνοιγμα του τουρισμού, με τη μεγαλύτερη αύξηση να παρατηρείται στο Δήμο Αχαρνών με 19% σε σχέση με το 2019, ενώ ακολουθεί ο Δήμος Μάνδρας - Ειδυλλίας με αύξηση κατά 18,8%. Προκύπτει ότι οι Δήμοι με τη μεγαλύτερη αύξηση στον αριθμό των νεκρών, ανήκουν στις Περιφερειακές Ενότητες με τη χαμηλότερη εμβολιαστική κάλυψη (Δήμος Αχαρνών, Περιφερειακή Ενότητα Ανατολικής 62% και Δήμος Μάνδρας, Περιφερειακή Ενότητα Δυτικής Αττικής, 53%). Αξίζει τέλος να σημειωθεί πως οι προαναφερθέντες Δήμοι και οι Περιφερειακές Ενότητες στις οποίες ανήκουν, κατατάσσονται στις τελευταίες θέσεις αναφορικά με το κκΑΕΠ.

Βάσει των παραπάνω δεδομένων, προκύπτει η παρακάτω χαρτογραφική απεικόνιση για τους θανάτους ανά Δήμο της Περιφέρειας Αττικής ανά 1.000 κατοίκους, για το έτος 2020 που ακολουθεί.

Χάρτης 1: Χαρτογραφική απεικόνιση θανάτων Covid-19 ανά Δήμο Περιφέρειας Αττικής 2020

ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ COVID-19 ΑΝΑ ΔΗΜΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2020

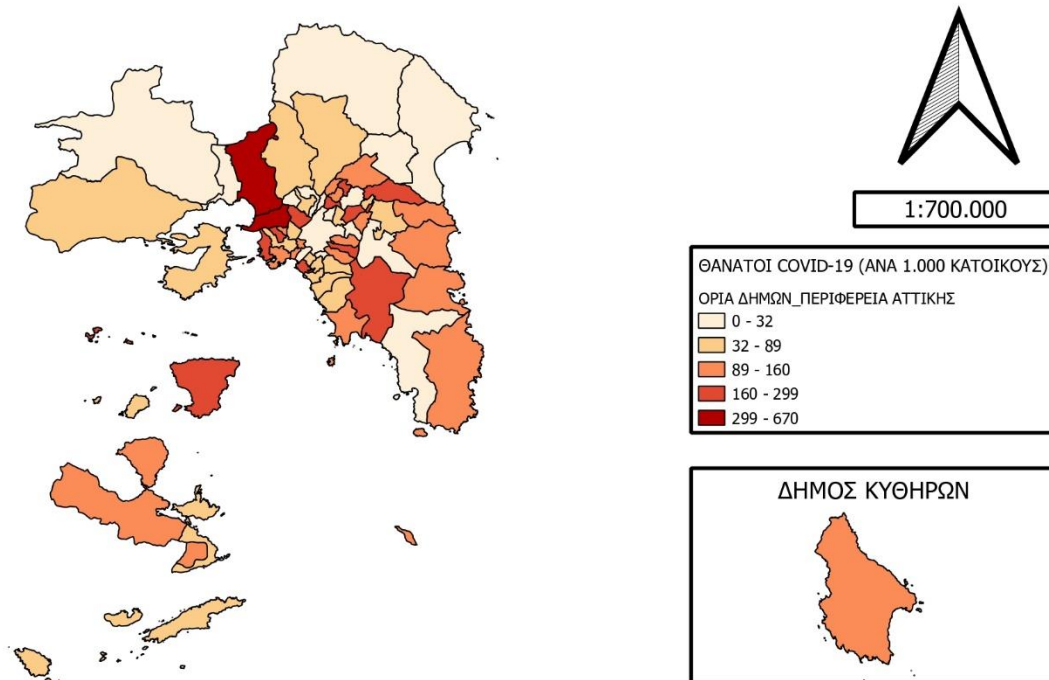


Ιδία Επεξεργασία με χρήση QGIS

Η μεταβολή που παρουσιάστηκε κατά το έτος 2021 στους θανάτους Covid-19 ανά Δήμο και ανά 1.000 κατοίκους για την Περιφέρεια Αττικής, αποτυπώνεται στο χάρτη που ακολουθεί.

Χάρτης 2: Χαρτογραφική απεικόνιση θανάτων Covid-19 ανά Δήμο Περιφέρειας Αττικής 2021

ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ COVID-19 ΑΝΑ ΔΗΜΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2021



Ιδία Επεξεργασία με χρήση QGIS

Η συσχέτιση μιας, και μόνο, μεταβλητής (κκΑΕΠ), κρίνεται ελλιπής για την εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με τη σχέση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών με τη θνητότητα. Η συγκεκριμένη διερεύνηση παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, ωστόσο μια εμπειρική έρευνα σε βάθος δεν αποτελούσε εξ αρχής σκοπό της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Ενδεχόμενη πραγμάτευση του θέματος αθρογραφικά, ή σε επόμενο ακαδημαϊκό στάδιο, αναμένεται να συνεισφέρει σημαντικά στην κατανόηση και ερμηνεία των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στην Αττική.

Συμπεράσματα

Αν και η πανδημία Covid-19 έχει τον ίδιο αντίκτυπο σε κάθε κοινωνικοοικονομική τάξη, όσοι ανήκουν σε μη προνομιούχες ομάδες πλήττονται συχνότερα και σοβαρότερα. Έχει προταθεί ότι μοιάζει με σύνδρομο στις κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες, λειτουργώντας ως συνεργιστική πανδημία που αλληλοεπιδρά και επιδεινώνει τις υπάρχουσες μη μεταδοτικές χρόνιες ασθένειες και τους δυσμενείς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες ανισότητας της υγείας (Bambra et al., 2020). Ως εκ τούτου, η πανδημία Covid-19 ξεχωρίζει ως ένα σημαντικό σημείο καμπής που υπογραμμίζει την ανάγκη αντιμετώπισης των λοιμωδών νοσημάτων όχι μόνο από βιοϊατρική σκοπιά, αλλά και μέσα σε ένα σύνθετο κοινωνικό συμβατικό πλαίσιο που περιλαμβάνει εθνικές κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές διαστάσεις, παρέχοντας ενδεχομένως μια μοναδική ευκαιρία να στραφεί το ενδιαφέρον στις προφανείς, εκτεταμένες και πολυεπίπεδες επιπτώσεις των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία (Bambra et al. , 2020- Strein and Omata, 2020). Η πανδημία θα φτάσει τελικά στο τέλος της, αλλά αυτό που χρειάζεται σήμερα η κοινωνία είναι μια αλλαγή παραδείγματος που θα θεωρεί την υγεία ως κοινωνικό αγαθό και ως κυβερνητικό καθήκον να την παρέχει ισότιμα σε όλους τους πολίτες και όχι ως πολυτέλεια για μια μικρή ομάδα ανθρώπων ή ως καταναλωτικό προϊόν.

Η έρευνα και η μελέτη των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας είναι απαραίτητες για την κατανόηση των ανισοτήτων στην υγεία και την ασθένεια. Οι παράγοντες αυτοί έχουν αντίκτυπο στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των κοινωνικά μειονεκτουσών ομάδων επηρεάζοντας τον τρόπο με τον οποίο τείνουν να αποκτήσουν χρόνιες ασθένειες και τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι ασθένειες αυτές. Η επιδημία Covid-19 έπληξε την παγκόσμια οικονομία σε μια ιδιαίτερα δύσκολη στιγμή και οι πρώτες έρευνες δείχνουν ότι θα έχει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στις κοινωνικά και οικονομικά μειονεκτούσες ομάδες, καθώς και ότι θα επιταχύνει και θα επιδεινώσει τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία.

Τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι σημαντικά υψηλότερα για τα άτομα με τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα, τις φυλετικές και εθνικές μειονότητες, τους ηλικιωμένους και τα άτομα με χρόνιες ασθένειες. Επιπλέον, φαίνεται ότι η πανδημία ευνοεί νέες μορφές ανισότητας, όπως η αύξηση των ψυχικών ασθενειών που προκαλούνται από τον κοινωνικό αποκλεισμό και την απομόνωση, καθώς και το ψηφιακό χάσμα, το οποίο επηρεάζει αρνητικά τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές. Απαιτείται ταχεία δράση για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων προκειμένου να μειωθούν οι ανισότητες και να μειωθούν τα ποσοστά νοσηρότητας και θανάτου. Με τη διασφάλιση της ασφαλούς πρόσβασης στους χώρους εργασίας, την προστασία του χώρου εργασίας, την επέκταση της τηλεργασίας και την παροχή κοινωνικών προγραμμάτων για τους ανέργους και τους ανασφάλιστους, μειώνονται οι κίνδυνοι για ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού. Οι πρωτοβουλίες για την υγεία, τα προγράμματα υποστήριξης και η παροχή υγειονομικής περίθαλψης για τους χρονίως πάσχοντες, τους μετανάστες, τους άστεγους και τους ηλικιωμένους θα είναι ευεργετικές για τη μείωση της νοσηρότητας και, κατά συνέπεια, του θανάτου σε αυτούς τους ευάλωτους πληθυσμούς. Οι δράσεις αυτές θα υπερασπιστούν τα κοινωνικά και οικονομικά συστήματα έναντι των μακροπρόθεσμων κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων της

πανδημίας και των ανισοτήτων που θα προκαλέσουν, εκτός του ότι θα έχουν άμεσο, μετρήσιμο αντίκτυπο στην υγεία.

Πολυάριθμες μελέτες έχουν εξετάσει τις επιπτώσεις του Covid-19, οι οποίες οδήγησαν σε ανθρώπινες απώλειες, διαταραχές του προϋπολογισμού των κυβερνήσεων, αλλαγές στο οικονομικό και πολιτικό τοπίο όλων των κρατών, συμπεριλαμβανομένων εκείνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μεγάλη πίεση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, οικονομική ζημία στις επιχειρήσεις, αναστολή δημόσιων υπηρεσιών, διαταραχές στις χερσαίες, θαλάσσιες και αεροπορικές μεταφορές και, κατά συνέπεια, σημαντικές απώλειες όσον αφορά την οικονομική και κοινωνική ευημερία.

Όλοι οι πολιτισμοί και οι οικονομίες του πλανήτη έχουν επηρεαστεί από την ταχεία εξάπλωση του νέου κορωνοϊού, η οποία έχει επιδεινώσει την επιχειρηματική αβεβαιότητα και έχει δημιουργήσει μια νέα απειλή οικονομικής ύφεσης που μοιάζει αναπόφευκτη. Το πλήθος των χωρών που εφάρμοσαν μέτρα έκτακτης ανάγκης, όπως απαγόρευση κυκλοφορίας, κλείσιμο συνόρων και κλείσιμο εμπορικών δραστηριοτήτων, καθιστά όλο και πιο προφανές ότι η διαταραχή της συνήθους οικονομικής δραστηριότητας που προκαλείται από την εξάπλωση του κορωνοϊού είναι πολύ πιθανό να είναι σημαντική και μακροχρόνια. Αρκετές κοινωνικές και νομικές ελευθερίες έχουν επηρεαστεί και περιοριστεί, ως αποτέλεσμα της προσπάθειας αντιμετώπισης της πανδημίας Covid-19. Ελευθερίες που ήταν αδιανόητο να περιοριστούν πριν από την πανδημία, τίθενται τώρα υπό αμφισβήτηση και έλεγχο. Η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα προειδοποίησε ότι "η έκταση και ο χαρακτήρας της κρίσης κατέστησαν προφανές ότι οι κυβερνήσεις χρειάζονται μεγαλύτερες εξουσίες" τον Απρίλιο του 2020, αλλά πρόσθεσε ότι "η υγειονομική έκτακτη ανάγκη κινδυνεύει να αποδειχθεί καταστροφική για τα ανθρώπινα δικαιώματα".

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

Abrams, E. M. and Szeffler, S. J. (2020). COVID-19 and the impact of social determinants of health. *The Lancet Respiratory medicine*, 8(7), pp. 659–661. 2

Bambra, C. (2016). *Health divides: where you live can kill you*. Policy Press.

Bambra, C., Riordan, R., Ford, J. and Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of epidemiology and community health*, jech2020-214401. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>

Belanger, M. J., Hill, M. A., Angelidi, A. M., Dalamaga, M., Sowers, J. R. and Mantzoros, C. S. (2020). Covid-19 and disparities in nutrition and obesity. *The New England journal of medicine*, 383(11), pp. e69. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2021264>

Bibby, J., Everest, G. and Abbs, I. (2020, May 7). Will COVID-19 be a watershed moment for health inequalities? The Health Foundation. <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/will-covid-19-be-a-watershed-moment-for-health-inequalities>

Bureau of Labor Statistics. (2020, May). The Employment Situation: April 2020. https://www.bls.gov/news.release/archives/empisit_05082020.pdf

Catalan Agency for Health Quality and Assessment (AQuAS) (2020). Coronavirus SARS-Cov-2 interactive map. http://aquas.gencat.cat/.content/IntegradorServeis/mapa_covid/atlas.html

Cheater, S. (2020). Health inequalities – Covid-19 will widen the gap. *International Journal of Health Promotion and Education*, 58 (4), pp. 223-225. <https://doi.org/10.1080/14635240.2020.1771035>

Cheng, H. and Hu, Y., 2010. Municipal solid waste (MSW) as a renewable source of energy: Current and future practices in China. *Bioresource Technology*, 101, 3816-3824. doi:10.1016/j.biortech.2010.01.040

Chowkwanyun, M. and Reed, A. L., Jr (2020). Racial health disparities and Covid-19 - Caution and context. *The New England journal of medicine*, 383(3), pp. 201– 203. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2012910>

Chung, R. Y., Dong, D. and Li, M. M. (2020). Socioeconomic gradient in health and the covid-19 outbreak. *BMJ (Clinical research ed.)*, 369, pp. m1329. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1329>

Combes, P.-P., Duranton, G. και Gobillon, L. (2011), "The identification of agglomeration economies", *Journal of Economic Geography*, τόμ. 11, σ. 253-266.

Commission on the Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization. https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

Cosgrove, K., Vizcaino, M. and Wharton, C., 2021. COVID-19-Related Changes in Perceived Household Food Waste in the United States: A Cross-Sectional Descriptive Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1104. Doi: 10.3390/ijerph18031104

Council of the EU (2020), Press Release. Eurogroup Statement on the Pandemic Crisis Support, 8.5.2020

Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies.

Das, A.K., Islam, N., Billah, M. and Sarker, A., 2021. COVID-19 pandemic and healthcare solid waste management strategy – A mini-review. *Science of The Total Environment*, 778, 146220. Doi: 10.1016/j.scitotenv.2021.146220

Dorn, A. V., Cooney, R. E. and Sabin, M. L. (2020). COVID-19 exacerbating inequalities in the US. *Lancet* (London, England), 395 (10232), pp. 1243– 1244. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30893-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30893-X)

Edgar, B. (2012). The ethos definition and classification of homelessness and housing exclusion. *Journal of European Homelessness*, 6, pp. 219-225.

Ellison, B. and Kalaitzandonakes, M., 2020. Food Waste and Covid-19: Impacts along the Supply Chain. *Farmdocdaily*, 10,164.

EuroHealthNet (2020). What COVID-19 is teaching us about inequality and the sustainability of our health systems. European Partnership for Improving Health Equity and Wellbeing. <https://eurohealthnet.eu/COVID-19>

European Center for Disease Prevention and Control (2016). Handbook on implementing syndromic surveillance in migrant reception/detention centres and other refugee settings. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/syndromic-surveillance-migrant-centres-handbook.pdf>

European Commission, 2020. Waste management in the context of the coronavirus crisis.

European Commission. (2014). Roma health report: health status of the Roma population in the member states of the European union. European Commission. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf

Galea, S. and Abdalla, S. M. (2020). COVID-19 pandemic, unemployment, and civil unrest: Underlying deep racial and socioeconomic divides. *Journal of American Medical Association*, 324 (3), pp. 227–228. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11132>

Hirschman, A. (1958), *The Strategy of Economic Development*, Yale University Press, New Haven, Connecticut

Hooge, L και Keating, M. (1994), "The politics of the European regional policy", *Journal of European Public Policy*, τόμ. 1, τχ. 3, σ. 367 – 393

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>

<https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2022/08/covid-gr-weekly-report-2022-33.pdf>

<https://www.statistics.gr/documents/20181/121a56a5-257f-7c52-2c75-b531d3b9ae89>

Huang, Y. and Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based crosssectional survey. *Psychiatry research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>

International Food Policy Research Institute. (2020, March 20). How much will poverty increase because of COVID-19?. <https://www.ifpri.org/blog/howmuch-will-global-poverty-increase-because-covid-19>

Ioannou, Alexandros, & Chaita, Stavroula. (2022). THE IMPACT OF COVID-19 PANDEMIC ON SOCIO-ECONOMIC DETERMINANTS AND HEALTH INEQUALITIES. *Perioperative nursing (GORNA)*, E-ISSN:2241-3634, 10(4), 220–234. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5938143>

Kawohl, W. and Nordt, C. (2020). COVID-19, unemployment, and suicide. *The lancet. Psychiatry*, 7 (5), pp. 389–390. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30141-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30141-3)

Kelvin, D. J. and Rubino, S. (2020). Fear of the novel coronavirus. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 14(1), pp. 1-2. <https://doi.org/10.3855/jidc.12496>

Kristin Smette Gulbrandsen (2022): Centre–periphery contestation and the spatialization of Covid-19 discourse in Norway, *Territory, Politics, Governance*, DOI: 10.1080/21622671.2022.2062440

Krugman, P. (1991), "Increasing returns and economic geography", *Journal of Political Economy*, τόμ. 99, σ. 183-199.

Krugman, P. (1993α), "Towards a counter – counterrevolution in Development Theory", *Proceedings of the World Bank Annual Conference on Development Economics*, The World Bank, σ. 15-38.

Krugman, P. (1995), *Development, Geography and Economic Theory*, The MIT Press, Cambridge MA.

Mitsos, A. (1993), "Post – Maastricht process towards European Union and the economic and social cohesion of the Community", στο P. Getimis και G. Kafkalas (επιμ.), *Urban and Regional Development in the New Europe*, URDP, Αθήνα, σ. 1 – 6.

Moroney, J. και Walker, J. (1966), "A regional test of the Heckscher – Ohlinhypothesis", *Journal of Political Economy*, τόμ. 45, τχ. 5, σ. 803-832.

Myrdal, G. (1957), *Economic Theory and Underdeveloped Regions*, Hutchinson
Petrakos, G. (2008), "Regional inequalities in Europe: Evidence, theory and policy", *Town Planning Review*, τόμ. 79, τχ. 5, σ. 1-7.

Perroux, F. (1955), "Note sur la notion de pole de croissance", *Economie Appliquee*, τόμ. 7, σ. 307-320.

Perroux, F. (1957), "A note on the concept of growth poles", στο D. McKee, R. Dean και W. Leahy (επιμ.), *Regional Economics Theory and Practice*, Free Press, σ. 93 - 103.

- Psycharis, Y., Tsimbos, C., Verropoulou, G., & Doukissas, L. (2021). The determinants of Covid-19 mortality rates across Europe. *Region: the journal of ERSA*, 8(1), 199-219. <https://doi.org/10.18335/region.v8i1.342>
- Romer, P. (1986), "Increasing returns and long-run growth", *Journal of Political Economy*, τόμ. 94, τχ. 5, σ. 1002-1037.
- Rosenstein-Rodan, P. (1943), "Problems of industrialization of Eastern and Southeastern Europe", *Economic Journal*, τόμ. 53, σ. 202-211
- Solow, R. (1956), "A contribution to the theory of economic growth", *Quarterly Journal of Economics*, τόμ. 70, τχ 1, σ. 101-108.
- Stachteas, P., & Stachteas, F. (2020). Η πανδημία Covid-19 ως παράγοντας επιδείνωσης των ανισοτήτων υγείας. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 154, 129–148. <https://doi.org/10.12681/grsr.25128>
- Sydenstricker, E. (2006). The incidence of influenza among persons of different economic status during the epidemic of 1918. 1931. *Public health reports* (Washington, D.C. : 1974), 121 Suppl 1, pp. 191–190.
- Thebault, R., Tran, A.B. and Williams, V. (2020, April 7). The coronavirus is infecting and killing black Americans at an alarmingly high rate. *The Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/nation/2020/04/07/coronavirus-is-infectingkilling-blackamericans-an-alarmingly-high-rate-post-analysisshows/?arc404=true>
- Uzzoli, A., Kovács, S. Z., Fábián, A., Páger, B., & Szabó, T. (2021). Spatial Analysis of the COVID-19 Pandemic in Hungary: Changing Epidemic Waves in Time and Space. *Region*, 8(2), 147-165.
- Vardavas, C. I. and Nikitara, K. (2020). COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tobacco induced diseases*, 18, pp. 20. <https://doi.org/10.18332/tid/119324>
- Wolfson, J. A. and Leung, C. W. (2020). Food insecurity and COVID-19: Disparities in early effects for US adults. *Nutrients*, 12 (6), pp. 1648. <https://doi.org/10.3390/nu12061648>
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2018). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No public health without refugee and migrant health.
- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. (2020). Role of primary care in the COVID-19 response. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921>
- Wu, C., Chen, X., Cai, Y., Xia, J., Zhou, X., Xu, S., Huang, H., Zhang, L., Zhou, X., Du, C., Zhang, Y., Song, J., Wang, S., Chao, Y., Yang, Z., Xu, J., Zhou, X., Chen, D., Xiong, W., Xu, L., ... Song, Y. (2020). Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *JAMA internal medicine*, 180 (7), pp. 934–943. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0994>

Ελληνόγλωσση

Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (2020, Μάρτιος 31). Ανακοίνωση. <https://bit.ly/3kdOGhD>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2020), Ανακοίνωση της Επιτροπής : 1 η Τροποποίηση του προσωρινού πλαισίου για τη λήψη μέτρων κρατικής ενίσχυσης με σκοπό να στηριχθεί η οικονομία κατά τη διάρκεια της τρέχουσας έξαρσης της νόσου COVID-19 – C (2020) 2215 final Βρυξέλλες, 3.4.2020 - Ανακοίνωση της Επιτροπής : 2η Τροποποίηση του προσωρινού πλαισίου για τη λήψη μέτρων κρατικής ενίσχυσης με σκοπό να στηριχθεί η οικονομία κατά τη διάρκεια της τρέχουσας έξαρσης της νόσου COVID-19, C (2020) 3156, 8 Μαΐου 2020. - Ανακοίνωση της Επιτροπής: 3 η τροποποίηση του προσωρινού πλαισίου για τη λήψη μέτρων κρατικής ενίσχυσης με σκοπό να στηριχθεί η οικονομία κατά τη διάρκεια της τρέχουσας έξαρσης της νόσου COVID-19, C (2020) 4509 final, 29.6.2020.

Ζήση, Α. και Χτούρης, Σ. (2020). Η πανδημία Covid-19: Επιταχυντής των ανισοτήτων και εγκαταστάτης νέων μορφών ανισοτήτων. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 154, σελ. 65-73. <https://doi.org/10.12681/grsr.23229>

Λαμπριανίδης, Λ. (2001), «Οικονομική Γεωγραφία», Αθήνα, Πατάκης.

Παπαδασκαλόπουλος, Α. και Χριστοφάκης, Μ. (2016), «Περιφερειακός προγραμματισμός και αναπτυξιακός σχεδιασμός», Αθήνα, Παπαζήση.

Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος, Δ., Κουραχάνης, Ν. και Μακρίδου, Ε. (2020). Εξαίρεση των προσφύγων από την εθνική στρατηγική αντιμετώπισης του COVID-19 Έκθεση 2020.3. Θεσσαλονίκη: ΚΕΠΥ - Κέντρο Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτική Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. . <https://www.healthpolicycenter.gr/el/topics/primaryhealth-care/covid-19>

Πετράκος, Γ. και Ψυχάρης, Γ. (2016β), «Περιφερειακή Ανάπτυξη στην Ελλάδα», Αθήνα, Κριτική.

Συμβούλιο της ΕΕ (2020), Κανονισμός(ΕΕ) 2020/672 του Συμβουλίου σχετικά με τη θέσπιση ευρωπαϊκού μέσου προσωρινής στήριξης για τον μετριασμό των κινδύνων ανεργίας σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης (SURE) λόγω της επιδημικής έκρηξης της COVID-19, Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, L 159, 20.5.2020.