UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA

Facultatea Psihologie, Științe ale Educației,
Sociologie și Asistență Socială
Departamentul Sociologie și Asistență Socială

ASISTENȚA SOCIALĂ: ABORDĂRI TEORETICE ŞI APLICATIVE

Suport de curs

Aprobat de
Consiliul Calității al USM

Chișinău – 2023

CZU 364(075.8)
A 86

Recomandat de Departamentul Sociologie și Asistență Socială și de Consiliul Facultății Psihologie și Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială

Recenzenți:
Romeo ASIMINEI, *doctor*, *conferențiar universitar*, Director al Departamentului Sociologie și Asistență Socială, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza" din Iași (România)
Aurelia RACU, *doctor habilitat*, *profesor universitar*, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă" din Chișinău

Lucrarea este destinată studenţilor din instituţiile de învăţământ superior, asistenţilor sociali şi practicienilor din domeniile sociale, precum și specialiștilor care elaborează politici în domeniu. Conținutul lucrării reprezintă o sistematizare a principalelor domenii de intervenție a asistenței sociale în contextul societății contemporane, a politicilor sociale și familiale, o atenție deosebită acordându-se tematicilor de o complexitate mai mare din programul de pregătire a asistenților sociali.

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Asistența socială: abordări teoretice şi aplicative: Suport de curs / Bulgaru Maria, Cheianu-Andrei Diana, Chira Aliona [et al.]; Universitatea de Stat din Moldova, Facultatea Psihologie, Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială, Departamentul Sociologie și Asistență Socială. – Chişinău : [S. n.], 2023 (CEP USM). – 271 p.: fig., tab.
Aut. indicaţi pe verso f. de tit. – Referinţe bibliogr. la sfârşitul cap. – 50 ex.

ISBN 978-9975-3542-9-5.
364(075.8)
A 86

© Maria Bulgaru, Diana Cheianu-Andrei,
Stela Milicenco, Anastasia Oceretnîi et al., 2023
© USM, 2023

Colectivul de autori

BULGARU Maria, profesor universitar, doctor habilitat în filosofie, recunoscută pentru inițierea învățământului în asistența socială în Republica Moldova. În calitatea sa de decan și de coordonator a mai multor proiecte, obținute de la organizații internaționale (UNICEF, AUF, TEMPUS etc.), a orientat întregul proces de instruire spre alinierea la standardele europene. Este autor a peste 200 de lucrări focalizate pe problematici curente în domeniul sociologiei, asistenței sociale, eticii profesionale, demografiei, politicilor sociale și familiale.

CHEIANU-ANDREI Diana, doctor în sociologie, conferențiar universitar, cu experiență de peste 25 de ani de activitate în sistemul de învățământ superior și cel al cercetării în domeniul social în proiecte finanțate de UNICEF, UN Women, OIM, USAID, OMS, CzDA, UNFPA, ILO, Banca Mondială etc. Domeniile de interes științific: istoria sociologiei, metodologia cercetării sociologice, migrația, egalitatea de gen, violența în familie, politicile educaționale, politicile sociale etc.

CHIRA Aliona, doctorand în cadrul Școlii doctorale Științe Sociale și ale Educației a Universității de Stat din Moldova. Domeniile de interes științific: teoria și metodologia cercetării sociologice, fenomene și procese sociale, marketing social etc.

COROBAN Cristina, magistru în asistență socială, cu experiență de peste 10 ani în domeniile didactic, științific, precum și cu experiență în crearea și dezvoltarea serviciilor specializate pentru copiii aflați în situație vulnerabilă. Domeniile de interes științific: probleme actuale ale familiei moderne, metode de cercetare, asigurarea incluziunii în mediul școlar și social, competențele sociale ale copiilor în situație vulnerabilă, abilități parentale etc.

ISAC Oxana, doctor în sociologie, conferențiar universitar, cu experiență de circa 30 de ani în cercetarea diferitor domenii sociale și implementarea proiectelor de infrastructură finanțate de Banca Mondială, Banca Germană KfW, Fondul de Politici de Dezvoltare a Resurselor Umane (PHRD), Fondul de Dezvoltare Socială din Japonia (JSDF), UNICEF etc. Domeniile de interes științific: metode și tehnici de cercetare, manifestarea diferitor forme de comportament deviant în condițiile dezorganizării sociale, anomia, sănătatea mintală, procese de dezvoltare comunitară, implicare civică, responsabilitate socială, impactul investițiilor sociale etc.

MILICENCO Stela, doctor în sociologie, conferențiar universitar, cu experiență de peste 20 de ani de activitate în sistemul de învățământ superior și expertiză în cadrul unor proiecte finanțate de UNICEF Moldova, OIM, TEMPUS, CIDDC etc. Domeniile de interes științific: calitatea vieții, istoria asistenței sociale, supervizarea în asistență socială, protecția copilului, strategii antisărăcie, comunicarea familială, metodologia cercetării sociologice etc.

OCERETNÎI Anastasia, doctor în sociologie, conferențiar universitar, cu experiență de peste 20 de ani în cercetare și expertiză în domeniul social în proiecte finanțate de UNICEF, USAID, Banca Mondială, GIZ, UNFPA, ILO etc. Domeniile de interes științific: metode de cercetare, analiza datelor, identitate socială, reconcilierea vieții de familie cu cea profesională, securitatea și sănătatea în muncă, educație parentală, cultură, protecția copilului etc.

ONOFREI Aliona, doctor în științe filosofice, conferențiar universitar, cu experiență de peste 20 de ani în domeniile didactic și științific, precum și cu experiență în elaborarea politicilor privind cercetarea și inovarea. Domeniile de interes științific: specificul organizării și funcționării sistemelor de protecție socială, metode de cercetare, probleme ale excluziunii și incluziunii sociale, administrația justiției în comunitate etc.

CUPRINS

Cuvânt-înainte 7

CAPITOLUL I. ASISTENȚA SOCIALĂ CA SISTEM: REPERE NORMATIVE (*A. Onofrei*) 9

1.1. Structura şi funcţiile sistemului de asistenţă socială 10

1.2. Principii de drept și dreptul la asistență socială 14

1.3. Normele juridice în domeniul asistenței sociale 26

1.4. Cadrul juridic privind organizarea și funcționarea sistemului național de asistenţă socială 30

CAPITOLUL II. POLITICI FAMILIALE ÎN SPAȚIUL EUROPEAN (*M. Bulgaru*) 39

2.1. Conceptul politicilor familiale: conţinut şi obiective 40

2.2. Tipuri de politici familiale în ţările europene: criterii de clasificare 46

2.3. Politici familiale în Republica Moldova: impact asupra bunăstării familiei și situaţiei demografice 54

CAPITOLUL III. POLITICI DE PROTECȚIE A PERSOANELOR ÎN VÂRSTĂ ȘI DE PROMOVARE A ÎMBĂTRÂNIRII ACTIVE (*A. Oceretnîi*) 93

3.1. Bătrânețea – delimitări conceptuale 94

3.2. Caracteristici ale vârstei a treia 99

3.3. Teorii sociale ale îmbătrânirii 107

3.4. Îmbătrânirea activă – principiu al politicilor sociale 112

3.5. Măsuri și servicii de protecție socială a persoanelor în vârstă 126

CAPITOLUL IV. ASISTENȚA SOCIALĂ A VICTIMELOR/ SUPRAVIEȚUITOARELOR VIOLENȚEI ÎN FAMILIE (*D. Cheianu-Andrei*) 137

4.1. Violența în bază de gen și violența în familie: abordări conceptuale 138

4.2. Contextul legal, instituțional și de politici în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie în Republica Moldova 142

4.3. Principiile intervenției intersectoriale și sectoriale în cazul violenței în familie 146
4.4. Managementul de caz în asistența victimelor/ supraviețuitoarelor violenței în familie 152

CAPITOLUL V. ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR CU RISC SUICIDAR (*O. Isac*) 171
5.1. Suicid, parasuicid, eutanasie: precizări conceptuale 172
5.2. Caracteristicile suicidului: funcții, mijloace de realizare, etape şi faze 178
5.3. Riscul suicidar. Tipologia factorilor de risc suicidar 185
5.4. Metodologii de evaluare a riscului suicidar 190
5.5. Terapia persoanelor cu risc suicidar 200

CAPITOLUL VI. MONITORIZARE ȘI EVALUARE ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ (*A. Oceretnîi*, *A. Chira*, *C. Coroban*) 215
6.1. Conceptualizarea monitorizării și evaluării 216
6.2. Evaluarea cazurilor în asistența socială 223
6.3. Monitorizarea cazului beneficiarilor de asistență socială 229

CAPITOLUL VII. SUPERVIZAREA ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ (*S. Milicenco*) 241
7.1. Conceptul de supervizare în asistenţa socială: etimologie și principii de realizare 242
7.2. Istoricul evoluției activităților de supervizare 246
7.3. Tipologia supervizării în asistenţa socială 253
7.4. Tehnici de negociere în procesul de supervizare 261

Lista temelor pentru proiecte de cercetare 269

CUVÂNT-ÎNAINTE

Asistența socială constituie una dintre premisele ce asigură bunul mers al societăţii contemporane, promovând realizarea unei colectivități prospere și înalt incluzive pentru toți cetățenii ei, în primul rând pentru cei care, din motive obiective sau subiective, se află în situații sociale marginale. În condiţiile multiplelor discrepanțe și probleme sociale, asigurarea unui trai decent pentru toţi cetăţenii, fără un sistem adecvat de asistență socială și fără politici sociale coerente, poate să genereze dezechilibre semnificative la nivel de societate.

Asistența socială este o profesie centrată pe principiile de justiţie socială, respectarea drepturilor omului, responsabilitate colectivă, o formă specifică de protejare socială a indivizilor, contribuind la menținerea stabilității și la prosperarea societății contemporane. Nevoia de asistenţă socială nu este, însă, specifică doar societăţii de astăzi. De-a lungul istoriei, asistența socială a cunoscut o cale anevoioasă de dezvoltare de la activitățile filantropice, altruiste, spontane spre activitățile specializate de intervenție, dezvoltate de profesioniști pregătiți în instituțiile de învățământ superior. Or, în diferite forme asistența socială a fost prezentă în societate din cele mai vechi timpuri și se va perpetua pe parcursul întregii existențe a omenirii, dat fiind că problemele, discriminările și suferințele persistă în orice perioadă istorică. Tocmai din această perspectivă asistența socială a devenit o componentă inalienabilă și o necesitate recunoscută în majoritatea țărilor lumii, inclusiv în Republica Moldova.

Pregătirea asistenților sociali a demarat în Republica Moldova începând cu 1998, odată cu înmatricularea primei grupe de studenţi la Universitatea de Stat din Moldova. Actualmente, asistenţii sociali sunt pregătiţi și la Universitatea de Stat „Alecu Russo” din Bălţi, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Universitatea de Stat „Grigore Țamblac” din Taraclia, Universitatea de Stat din Comrat și la Universitatea Liberă Internaţională din Moldova.

Analizând conţinutul programului universitar de pregătire, constatăm că specialitatea de asistent social la nivel de Licență și Master se obține în cadrul unui set complex de discipline fundamentale și speciale, obligatorii și opționale, care conțin tematici diverse. Pentru asigurarea unei instruiri competitive este nevoie de materiale didactice complexe şi axate pe realitățile societății contemporane. Profesionalismul asistenților sociali cu studii universitare îl constituie cunoștințele și competenţele profunde obţinute în procesul de instruire, care urmează a fi consolidate pe parcursul întregii activităţi desfășurate în domeniul asistenței sociale.

În ultimii ani rolurile asistentului social continuă să evolueze în conformitate cu schimbările rapide ale secolului al XXI-lea, având în vizor activitățile de intervenție și gestionare a noilor probleme generate de actualele crize, iar drept urmare – de

împuternicire a comunităților, grupurilor vulnerabile prin diverse programe de suport ce le vor aduce bunăstarea. Asistenții sociali își aduc aportul la transformarea vieților oamenilor pornind de la nivelul individual până la nivelul comunitar/ societal.

În acest context, lucrarea *Asistența Socială*: *abordări teoretice **şi** aplicative* a fost elaborată cu scopul de a contribui la înțelegerea temelor de o complexitate mai mare și care provoacă dificultăți în însușirea conținuturilor. Respectiv, autorii invită la meditare asupra reperelor normative și conceptuale ale asistenței sociale, politicilor familiale și sociale, intervențiilor profesioniste în cadrul unor grupuri sociale, aspectelor ce țin de supervizare, monitorizare și evaluare în asistența socială etc. Totodată, lucrarea contribuie la formarea abilităților de aplicare a cunoștințelor, obținute în sălile de curs, în activitatea profesională complicată de asistență socială. Astfel, conținuturile propuse de autori vor consolida spectrul de competențe profesionale, precum: (1) interpretarea și aplicarea actelor normative în activitatea profesională, inclusiv prin formularea de amendamente care să contribuie la dezvoltarea cadrului normativ național în domeniul asistenței sociale; (2) analiza și evaluarea eficienţei politicilor familiale cu impact simultan asupra bunăstării familiilor și situației demografice în Republica Moldova, protecția grupurilor sociale aflate în dificultate sau în situație de risc prin prisma drepturilor și nevoilor acestora; (3) intervenția bazată pe managementul de caz; (4) utilizarea evidențelor exercițiilor de monitorizare și evaluare în procesul de luare a deciziilor; (5) consolidarea capacităților de leadership și management prin desfășurarea supervizării profesioniștilor.

În același rând, lucrarea vine să contribuie la dezvoltarea competențelor de cercetare în domeniul asistenței sociale. Analizele autorilor pot conduce la identificarea unor noi arii de cercetare, context în care politicile dezvoltate să răspundă nevoilor societății și să poată anticipa potențiale crize sociale.

Colectivul de autori

CAPITOLUL I.

ASISTENȚA SOCIALĂ CA SISTEM: REPERE NORMATIVE

***Conținuturi*:**

1. **Structura şi funcţiile sistemului de asistenţă socială**
2. **Principii de drept și dreptul la asistență socială**
3. **Normele juridice în domeniul asistenței sociale**
4. **Cadrul juridic privind organizarea și funcționarea sistemului național de asistenţă socială**



***Obiective de referință*:**

– să determine structura, funcțiile și limitele sistemului de asistenţă socială din Republica Moldova;
– să determine particularitățile principalelor noţiuni legislative în domeniul asistenței sociale;
– să analizeze diversele tipuri de izvoare de drept ale asistenței sociale la nivel național și internațional;
– să caracterizeze și să clasifice normele juridice și subiecții raporturilor juridice în domeniul asistenței sociale;
– să specifice cadrul juridic privind organizarea și funcționarea sistemului național de asistență socială.

***Competențe*:**
– utilizarea textelor actelor normative naționale și internaționale în rezolvarea situațiilor-problemă cu care se confruntă beneficiarul asistenței sociale;
– formularea inițiativelor legislative în vederea perfecţionării cadrului normativ existent în domeniul asistenței sociale.

Termeni-cheie: *sistemul asistenţei sociale*, *drept*, *principiile dreptului în asistența socială*, *izvoarele dreptului*, *normă juridică*, *subiect de drept*, *raporturi juridice*.

1.1. Structura şi funcţiile sistemului de asistenţă socială

Asistența socială desemnează un ansamblu de instituții, programe, măsuri, activități profesionalizate, servicii specializate de protejare a persoanelor, grupurilor, comunităților cu probleme speciale, aflate temporar în dificultate, care, din cauza unor motive de natură economică, socioculturală, biologică sau psihologică, nu au posibilitatea de a duce, prin mijloace și eforturi proprii, un mod de viață decent.[1]

Asistenţa socială reprezintă un sistem social complex şi deschis. Ca sistem deschis, asistenţa socială interacţionează, face schimb permanent de informaţii cu alte sisteme (economic, politic, cultural etc.), ceea ce îşi găseşte reflectare în particularităţile conţinutului şi modelelor sale.

Orice sistem de asistenţă socială, pentru a funcţiona eficient, trebuie să conţină următoarele elemente structurale fundamentale[2]:

- *Capitalul uman implicat în sistem* (specialişti în asistenţă socială şi personal de altă specialitate);
- *Beneficiarii sistemului* (persoane asistate – întâlnim o mulţime de persoane dezavantajate social, de grupuri vulnerabile aflate în situaţii de risc);
- *Contextul social* (reţeaua instituţională, servicii, prestaţii şi cadrul legislativ).

La acest capitol structural se desfăşoară procesul de rezolvare a problemelor. Lipsa unuia dintre aceste elemente structurale face imposibilă funcţionarea sistemului de asistenţă socială şi dificilă din punct de vedere practic orice încercare de readucere a beneficiarilor la parametrii optimi din punctul de vedere al funcţionării psihosociale.

1. *Capitalul uman* este extrem de important în sistemul de asistenţă socială, întrucât de experienţa acestuia depinde eficienţa sistemului. Cu cât personalul de

[1] ROTH, M., REBREANU, A. *Asistența socială. Cadru conceptual și aplicații practice.* Cluj, 2007, p.35.
[2] BUZDUCEA, D. *Sisteme moderne de asistență socială*. Iași, 2011, p.74.

specialitate din sistem este mai bine pregătit, cu atât intervenţiile practice sunt mai profesioniste. Asistentul social sprijină beneficiarii în rezolvarea problemelor acestora, apare în viaţa beneficiarilor atunci când aceştia se confruntă cu nevoi sociale, cu situaţii-limită, cu diverse tipuri de dificultăţi. Aşadar, *misiunea asistentului social* se regăseşte în:

- informarea beneficiarilor cu privire la drepturile şi beneficiile sociale;
- participarea la rezolvarea problemelor de la nivel individual şi comunitar;
- îmbunătăţirea calităţii vieţii grupurilor sociale vulnerabile; progresul funcţionării sociale a beneficiarilor;
- schimbarea atitudinală şi comportamentală;
- realizarea incluziunii sociale;
- eliminarea formelor de discriminare de la nivel comunitar; reducerea riscurilor.[3]

Formarea iniţială a personalului de specialitate în asistenţa socială se realizează în instituţiile de învăţământ superior de specialitate. În spaţiul european, Procesul Bologna are drept scop standardizarea pregătirii universitare de bază în asistenţa socială la nivelul studiilor de trei ani (licenţă), iar ulterior se adaugă studiile aprofundate de masterat (doi ani) şi studiile de doctorat (trei ani).

O dezbatere până nu demult prezentă în spaţiul public european se referea la necesitatea subspecializării asistentului social: dacă trebuie să formăm un asistent social „general" care lucrează cu toate categoriile de beneficiari, sau dacă asistentul social ar trebui format într-o anumită specializare. Concluzia a fost că un asistent social are nevoie de formare generală de bază, la care se adaugă complementar o subspecializare.

De asemenea, un asistent social are nevoie şi de formare continuă, prin cursuri de scurtă durată, traininguri, participări la conferinţe şi workshop-uri. Dar, pe lângă toate acestea, un asistent social are nevoie în primul rând de vocaţie, de chemare pentru a putea practica această profesie.

În procesul practic de rezolvare a problemelor întâlnim *planuri de intervenţie* ce pot fi dezvoltate:

- la nivel individual (dizabilitate, violenţă în familie, boli cronice, abandon şcolar);
- la nivel de grup/comunitar (tensiuni şi violenţe de natură etnică sau religioasă, deviantă);
- la nivel socioglobal (reţeaua de asistenţă socială, sistemul legislativ, cooperarea instituţională şi internaţională).

[3] CREE,V. *Becoming a Social Worker*. Routledge, 2013, p.203.

Aşa cum s-a indicat deja, la baza acordării ajutorului în procesul de rezolvare a problemelor stau *câteva valori fundamentale* ce pot fi clasificate în două mari categorii:

✓ valori orientate spre individ (demnitate, dreptul la opţiune, confidenţialitate);

✓ valori orientate spre comunitate (respect faţă de tradiţie şi modelul cultural local, adaptare la specificul comunităţii, cooperarea cu actorii locali, dreptul la protecţia socială).

În concordanţă cu aceste valori, **Legea asistenţei sociale nr.547/2003**[4] stipulează faptul că personalul din sistemul de asistenţă socială este obligat să respecte legislaţia şi normele eticii profesionale stabilite (art.15 alin.(4)).

Specialiştii în asistenţa socială îşi pot desfăşura activitatea în diverse sectoare de activitate:

• administraţia publică centrală şi locală (ministere, consilii raionale, primării, Direcţiile/Secţiile Asistenţă Socială şi Protecţie a Familiei şi Copilului);

• sectorul educaţional (şcoli, licee, universităţi, organizaţii din domeniile cercetării și inovării);

• sistemul judiciar (penitenciare, servicii de reabilitare şi reintegrare a delicvenţilor, servicii de probaţiune);

• instituţiile religioase (Biserică, asociaţii cu caracter religios);

• organizaţiile nonguvernamentale.

2. ***Beneficiarii sistemului de asistenţă socială*** sunt persoana sau familia defavorizată, căreia, în temeiul cererii, anchetei sociale şi al actelor constatatoare, i se acordă prestaţii şi/sau servicii sociale.

În cadrul sistemului de asistenţă socială întâlnim atât *domenii tradiţionale* de intervenţie, cât şi *domenii moderne*, iar problematica socială apărută de-a lungul timpului a impus apariţia unor noi metodologii de intervenţie.[5]

Domeniile tradiţionale se referă de regulă la sprijinul acordat copiilor, familiei, vârstnicilor, persoanelor cu dizabilităţi, persoanelor fără adăpost, persoanelor cu boli terminale.

Domeniile moderne de intervenţie se leagă de apariţia unor noi probleme sociale care au intrat în atenţia serviciilor publice sau nonguvernamentale de asistenţă socială, cum ar fi dependenţa de droguri, HIV/SIDA, refugiaţii.

Dreptul de a beneficia de sprijinul asistenţei sociale este unul universal, al tuturor persoanelor şi se acordă în conformitate cu legislaţia unei anumite ţări. În cadrul sistemului naţional de asistenţă socială, ***beneficiari ai asistenţei sociale*** pot fi:

a) cetăţenii Republicii Moldova, precum şi cetăţenii străini şi apatrizii domiciliaţi pe teritoriul Republicii Moldova în condiţiile legii;

[4] În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2004, nr.042.

[5] ONOFREI, A. *Asistența socială ca sistem de acțiune socială*. Chișinău, 2013, p.61.

b) persoanele fizice şi juridice (indiferent de forma juridică de organizare şi de tipul de proprietate) autohtone şi străine cu domiciliul/ sediul în Republica Moldova[6].

Referindu-ne la categoriile de beneficiari ai asistenţei sociale din Republica Moldova, putem menţiona că de asistenţă socială beneficiază persoanele şi familiile care, din cauza unor factori de natură economică, fizică, psihologică sau socială, nu au posibilitate prin propriile capacităţi şi competenţe să prevină şi să depăşească situaţiile de dificultate, şi anume:

- copiii şi tinerii ale căror sănătate, dezvoltare şi integritate fizică, psihică sau morală sunt prejudiciate în mediul în care locuiesc;
- familiile care nu îşi îndeplinesc în mod corespunzător obligaţiile privind îngrijirea, întreţinerea şi educarea copiilor;
- familiile fără venituri sau cu venituri mici;
- persoanele afectate de violenţă în familie;
- familiile afectate de violenţa intrafamilială;
- persoanele fără familie, care nu pot gospodări singure, care necesită îngrijire şi supraveghere sau sunt incapabile să facă faţă nevoilor socio-medicale;
- familiile cu trei şi mai mulţi copii;
- familiile monoparentale cu copii;
- persoanele vârstnice;
- persoanele cu dizabilităţi;
- alte categorii de persoane şi familii aflate în dificultate[7].

Categoriile de persoane în dificultate evidenţiate în cadrul Legii asistenţei sociale nr.547/2003 impun necesitatea unor noi abordări de politică socială, a unor completări ale cadrului legislativ şi instituţional care să acopere noile probleme generate de tranziţie: explozia sărăciei, creşterea inegalităţii sociale, tendinţe de creştere a abandonului copilului datorită factorilor socioeconomici, a migraţiei la muncă în străinătate, dezorientarea tinerilor într-un mediu cu puţine posibilităţi de muncă, fenomene de delicvenţă şi criminalitate juvenilă, extinderea îmbolnăvirilor HIV/SIDA, violenţa socială şi în familie, traficul de fiinţe umane etc.[8]

3. *Contextul social* cuprinde instituţiile, serviciile şi prestaţiile de specialitate, precum şi cadrul legislativ-normativ. Contextul social întregeşte sistemul de asistenţă socială, asigurând organizarea, funcţionarea şi monitorizarea acestuia. De asemenea, reprezintă şi factorul de diferenţiere între sistemele de asistenţă socială, întrucât există state cu un mediu prielnic dezvoltării profesiei, care susţin sistemul prin instituţii de specialitate, prin dezvoltarea serviciilor

[6] *Legea asistenței sociale nr.547/2003*, art.5.
[7] *Ibidem*, art.7.
[8] *Asistenţa socială în contextul transformărilor din Republica Moldova*. Chişinău, 2008, p.37.

şi prestaţiilor susţinute eficient din punct de vedere legislativ, precum şi state deficitare la acest capitol.

Instituţiile asistenţei sociale includ serviciile sociale cu caracter statal şi nestatal, oficial şi neoficial, voluntar, obştesc. De asemenea, instituţiile din cadrul sistemului mai pot fi clasificate în instituţii publice, finanţate de la bugetul de stat, şi instituţii private, înfiinţate şi susţinute tehnic şi financiar de terţe persoane fizice sau juridice, altele decât cele din structura administrativă a statului (companii private, organizaţii internaţionale, oameni de afaceri, organizaţii internaţionale ce au filiale în statele respective, ONG-uri etc.).

Fiecare instituţie de asistenţă socială îşi are obiectivele sale specifice. Putem deosebi *două tipuri de instituţii de asistenţă socială*: de profil general şi specializate. Scopul instituţiilor de profil general este de a oferi un ajutor primar tuturor celor care au nevoie de el. Instituţiile specializate oferă servicii sociale anumitor categorii de populaţie (centre de reabilitare, diagnosticare, aziluri pentru bătrâni, orfelinate etc.).

Metodele asistenţei sociale sunt un complex de procedee şi mijloace specifice de realizare a scopului şi obiectivelor asistenţei sociale.

Serviciile de asistenţă socială, poate cele mai importante elemente structurale ale unui sistem de asistenţă socială, pot fi:

- ✓ servicii de asistenţă socială comunitară, cele cu un caracter general, ce se acordă la domiciliu, în familie sau în comunitate;
- ✓ servicii specializate de asistenţă socială ce se acordă doar beneficiarilor cu nevoi speciale, atât la domiciliu, cât şi în instituţii specializate sau spitale.

În sistemele americane de asistenţă socială întâlnim conceptul de servicii umane (human services), în cele anglo-saxone conceptul de îngrijire socială (social care), iar în ţările africane şi în câteva ţări arabe este preferat conceptul de dezvoltare comunitară (community development).

Prestaţiile sociale reprezintă transferuri financiare către persoanele cu un nivel de trai scăzut sau aflate într-o situaţie specială şi cuprind alocaţii familiale, ajutoare sociale, indemnizaţii şi facilităţi. Ele sunt acordate pe baza testării mijloacelor.

La nivel naţional, criteriile care stau la baza testării mijloacelor sunt: evaluarea contextului familial, veniturile solicitantului sau ale familiei acestuia, condiţiile de locuire, starea de sănătate și gradul de dependenţă.

Peste tot în lume activitatea de asistenţă socială se desfăşoară cu respectarea ***cadrului legislativ*.**

1.2. Principii de drept și dreptul la asistență socială

Asistenţa socială la etapa contemporană de dezvoltare a societăţii prezintă o necesitate recunoscută de majoritatea guvernelor lumii, fiind un serviciu social vital pentru dezvoltarea comunităţilor alături de sănătate şi învăţământ.

Reprezentând un partener credibil al lumii civilizate, asistenţa socială este una dintre premisele ce asigură bunul mers al societăţii democratice, o modalitate specifică de protecţie socială a oamenilor şi drepturilor lor.

Sistemul de asistenţă socială, ca orice alt sistem, are nevoie de organizare pentru a funcţiona bine şi a avea rezultate pe măsură. Crearea unui cadru legislativ care să permită implementarea unui sistem coerent de asistenţă socială şi punerea în aplicare a programelor de sprijin prin multiple servicii sociale specializate fac ca acest sistem să funcţioneze bine şi să-şi atingă principalele scopuri.

Izvoarele dreptului asistenței sociale

Sursa dreptului asistenței sociale, izvoarele acestuia *o constituie totalitatea actelor normative care reglementează raporturile juridice de asistență socială*, *atât în planul legislației interne*, *cât și în cel al reglementărilor internaționale*. Respectiv, izvoarele dreptului asistenței sociale pot fi împărțite în *izvoare interne* și *izvoare internaționale*.

Izvoarele interne ale dreptului asistenței sociale sunt:

Constituția Republicii Moldova, implicit legile constituţionale, au forţă juridică superioară tuturor celorlalte legi şi acte normative subordonate legii. Ținem să menționăm că toate organele statului – inclusiv Parlamentul, Președintele sau Guvernul – sunt obligate să respecte Constituţia, iar modificarea acesteia este posibilă numai în condiţiile şi cu procedurile stabilite de Constituţia însăşi.

• ***Dispozițiile Constituției cu aplicabilitate în domeniul asistenței sociale*:**

Art.10 alin.(2) reglementează protecția minorităților entice, care se face prin recunoaştea şi garantarea dreptului tuturor cetăţenilor la păstrarea, la dezvoltarea şi la exprimarea identităţii lor etnice, culturale, lingvistice şi religioase.

Art.16 alin.(2) stipulează că toţi cetăţenii Republicii Moldova sunt egali în faţa legii şi a autorităţilor publice, fără deosebire de rasă, naţionalitate, origine etnică, limbă, religie, sex, opinie, apartenenţă politică, avere sau de origine socială.

Art.47 reglementează dreptul la asistenţă şi protecţie socială. Astfel, statul este obligat să ia măsuri pentru ca orice om să aibă un nivel de trai decent, care să-i asigure sănătatea şi bunăstarea, lui şi familiei sale, cuprinzând hrana, îmbrăcămintea, locuinţa, îngrijirea medicală, precum şi serviciile sociale necesare. Alin.(2) al aceluiași articol prevede dreptul tuturor cetăţenilor la asigurare în caz de: şomaj, boală, invaliditate, văduvie, bătrâneţe sau în celelalte cazuri de pierdere a mijloacelor de subzistenţă, în urma unor împrejurări independente de voinţa lor.

Art.50 alin.(1) prevede că mama şi copilul au dreptul la ajutor şi ocrotire specială. Toţi copiii, inclusiv cei născuţi în afara căsătoriei, se bucură de aceeaşi ocrotire socială. În același context, alin.(2) din același articol postulează un regim special de asistenţă pentru copii şi tineri, în realizarea drepturilor lor.

Statul acordă alocaţiile necesare pentru copii şi ajutoare pentru îngrijirea copiilor bolnavi ori cu dizabilități. Alte forme de asistenţă socială pentru copii şi tineri fiind stabilite prin lege.

Art.51 se referă la protecţia persoanelor handicapate care beneficiază de o protecţie specială din partea întregii societăţi. Statul asigură pentru ele condiţii normale de tratament, de readaptare, de învăţământ, de instruire şi de integrare socială.

Legile organice sunt acte normative adoptate de Parlament conform Constituției și care reglementează domeniile menționate în art.72 alin.(3) lit.a)-r), dintre care amintim: regimul general privind raporturile de muncă, sindicatele şi protecţia socială (j); regimul general al cultelor religioase (l); regimul stării de urgenţă, de asediu şi de război (m). Legile organice constituie o categorie inferioară faţă de legile constituţionale şi o categorie superioară faţă de cele ordinare. Ele se disting prin conţinut şi prin numărul de voturi necesar pentru adoptarea lor. Reprezentând o continuare a normelor constituţionale, legile organice sunt elaborate numai în domeniile expres prevăzute de legiuitor.

Spre exemplu: Legea asistenței sociale nr.547/2003, Legea nr.140/2013 privind protecţia specială a copiilor aflaţi în situaţie de risc şi a copiilor separaţi de părinţi, Legea nr.60/2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi; Legea nr.338/1994 privind drepturile copilului; Legea nr.5/2006 cu privire la asigurarea egalităţii de şanse între femei şi bărbaţi, Legea nr.241/2005 privind prevenirea şi combaterea traficului de fiinţe umane, Legea nr.133/2008 cu privire la ajutorul social etc.

• ***Legea asistenței sociale nr.547/2003***

O atenție deosebită se va acorda Legii asistenței sociale nr.547/2003, actul normativ emis de Parlament în conformitate cu Constituția Republicii Moldova, care are drept scop determinarea principiilor şi obiectivelor asistenţei sociale, stabilirea dreptului la asistenţă socială, prestaţii şi servicii de asistenţă socială beneficiarilor acestora, precum şi a cerinţelor faţă de personalul din sistemul de asistenţă socială. În dispozițiile generale ale legii, asistența socială este definită drept o componentă a sistemului naţional de protecţie socială, în cadrul căruia statul şi societatea civilă se angajează să prevină, să limiteze sau să înlăture efectele temporare sau permanente ale unor evenimente considerate drept riscuri sociale, care pot genera marginalizarea ori excluderea socială a persoanelor şi a familiilor aflate în dificultate.

Considerăm utilă definirea următoarelor concepte, așa cum se regăsesc ele în textul Legii asistenței sociale nr.547/2003:

risc social – pericol pentru persoană sau familie de a fi afectată de consecinţele economice negative ale pierderii potenţialului fizic, statutului ocupaţional sau social (boală, accident, dizabilitate, îmbătrânire, deces, maternitate, şomaj, inadaptare socială etc.);

asistent social – persoană cu studii speciale în domeniu, deţinătoare a diplomei de licenţă sau de masterat, care prestează servicii sociale persoanelor şi familiilor care temporar se află în dificultate şi care, din motive de caracter economic, social, fizic sau psihologic, nu sunt în stare să îşi asigure prin mijloace şi eforturi proprii un nivel decent de viaţă;

lucrător social – persoană care a beneficiat de instruire specială în domeniul îngrijirilor la domiciliu şi oferă aceste servicii;

anchetă socială – act care constată situaţia materială şi socială actuală a persoanei sau a familiei, ce solicită asistenţă socială, şi care conţine date referitoare la persoană sau la membrii familiei (vârstă, ocupaţie, venituri), la locuinţă şi la bunurile pe care le posedă, la problemele cu care se confruntă aceştia;

persoană şi familie defavorizată – persoană şi familie socialmente vulnerabile, aflate în situaţii care împiedică activitatea normală a acestora din punct de vedere economic, educativ, social etc.;

beneficiar de asistenţă socială – persoană sau familie defavorizată căreia, în temeiul cererii, anchetei sociale şi al actelor constatatoare, i se acordă prestaţii şi/sau servicii sociale;

situaţie de dificultate – stare a persoanei care, din cauza pierderii independenţei fizice, psihice sau intelectuale, are nevoie de asistenţă socială pentru îndeplinirea funcţiilor curente de importanţă vitală;

plasament familial – formă de ocrotire a minorului rămas fără supravegherea părinţilor sau ai cărui părinţi se află în situaţie de risc sau în altă situaţie care necesită instituirea tutelei;

reintegrare socială – reabilitare a funcţiilor de bază (economică, educativă, socială etc.) ale unei persoane sau familii, care permite acestora să participe la viaţa socială.

Obiectivele asistenţei sociale constau în:

– prevenirea şi depăşirea situaţiei de dificultate a persoanelor sau a familiilor şi în asigurarea integrării lor sociale, cu respectarea principiului autonomiei;

– reintegrarea socială a persoanei sau a familiei cu statut social lezat este orientată spre restabilirea şi îmbunătăţirea relaţiilor acestora în societate.

Principiile fundamentale pe care se întemeiază sistemul de asistență socială sunt stipulate în art.3 din Legea asistenței sociale nr.547/2003, printre care:

a) recunoaşterea independenţei şi autonomiei personalităţii, respectarea demnităţii umane, potrivit căruia fiecărei persoane îi este garantată dezvoltarea liberă și deplină a personalității;

b) universalitatea dreptului la asistență socială, garantarea accesibilității acesteia, potrivit căruia fiecare persoană are dreptul la asistență socială în condițiile prevăzute de lege;

c) solidaritatea socială, potrivit căruia comunitatea participă la sprijinirea persoanelor care nu își pot asigura nevoile sociale, pentru menținerea și întărirea coeziunii sociale;

d) flexibilitatea măsurilor de asistență socială, aducerea lor în concordanță cu necesitățile reale ale persoanei sau ale familiei aflate în dificultate;

e) parteneriatul social ca mijloc de realizare şi evaluare a măsurilor de asistență socială, potrivit căruia autoritățile administrației publice centrale și locale, instituțiile de drept public și privat, organizațiile nonguvernamentale cooperează în vederea acordării serviciilor sociale;

f) responsabilitatea personală a beneficiarului de asistență socială.

Asistența socială este o componentă esențială a securității sociale, reprezentată de un sistem de norme juridice prin care se pun în aplicare măsurile de protecție și acordare a unor prestații și servicii familiilor cu copii, diferitelor categorii de copii și batrâni aflați în dificultate, persoanelor cu dizabilități și altor categorii de persoane socialmente vulnerabile, suportate din bugetul de stat, de la bugetele locale, din Fondul de susținere a populației, din donaţii, sponsorizări, precum şi din contribuţiile beneficiarilor de asistenţă socială.

În același context, cu referire la sursele de finanțare a asistenței sociale menționăm că instituţiile de asistenţă socială pot organiza gospodării auxiliare în vederea obţinerii unor venituri pe care le pot gestiona în calitate de venituri colectate. Subsecvent, pentru finanţarea serviciilor sociale sunt utilizate şi mijloacele încasate drept contribuţii ale persoanelor beneficiare care dispun de venituri proprii.

Contribuţiile beneficiarilor de asistenţă socială se stabilesc în conformitate cu alin.(4) al art.22 din același act normativ în funcţie de veniturile proprii ale beneficiarilor, după cum urmează:

a) de către autorităţile administraţiei publice locale – pentru serviciile sociale finanţate din bugetele locale;

b) de către persoanele juridice (cu avizul autorităţilor administraţiei publice locale) – pentru serviciile sociale organizate şi finanţate de acestea;

c) de Guvern – pentru serviciile sociale finanţate de la bugetul de stat;

d) prin acordul părţilor – în cazul programelor de asistenţă socială finanţate în parteneriat.

Modul de finanţare a asistenţei sociale se stabileşte prin legile care reglementează acordarea prestaţiilor sociale şi a serviciilor sociale. Autorităţile administraţiei publice locale, pornind de la posibilităţile financiare reale, asigură baza materială necesară pentru organizarea şi funcţionarea structurilor teritoriale de asistenţă socială, pentru acordarea serviciilor sociale proprii şi sprijină acţiunile de asistenţă socială întreprinse de persoanele fizice şi juridice, de instituţiile de cult recunoscute în Republica Moldova şi de organizaţiile societăţii civile.

Asistenţa socială se acordă la cerere, în baza referirii sau din oficiu, în condiţiile legii. Dreptul la asistenţă socială se stabileşte în temeiul evaluării necesităţilor persoanei, confirmate prin ancheta socială şi prin alte acte constatatoare. Persoana sau familia are dreptul să fie informată asupra condiţiilor de acordare a asistenţei sociale, asupra rezultatelor privind evaluările necesităţilor individuale, asupra datei de constituire a dreptului la asistenţă socială şi asupra modalităţii de primire a ei. Drepturile la asistență se stabilesc în condițiile prevăzute de cadrul normativ secundar care le reglementează. Personalul din sistemul de asistenţă socială este obligat să respecte legislaţia şi normele eticii profesionale stabilite.

Politica de asistenţă socială se realizează consecvent şi cu prioritate în favoarea persoanelor şi familiilor social-dependente sau susceptibile de a deveni în dificultate şi are drept obiective:

a) prevenirea sau ameliorarea situaţiei de dificultate şi atenuarea consecinţelor acesteia;

b) menţinerea unui nivel decent de viaţă al persoanei sau familiei;

c) acordarea unui sprijin suplimentar, temporar sau permanent, prin prestaţii şi servicii sociale.

Legile ordinare sunt acte normative adoptate de Parlamentul Republicii Moldova, care au ca obiect de reglementare orice domeniu al relaţiilor sociale, cu excepţia celor rezervate legilor constituţionale şi legilor organice. Legile ordinare sunt izvoare de drept ce conţin materia de reglementare a relaţiilor sociale, care fac obiectul diferitelor instituţii şi ramuri ale dreptului. Fiind supuse unui număr mai mic de restricţii constituţionale, ele pot interveni în orice domeniu al relaţiilor sociale, cu excepţia celor rezervate legilor constituţionale şi organice. Ţinând cont de aceasta, este necesar ca legile ordinare să fie compatibile cu cele organice. Astfel, legile ordinare nu pot modifica, abroga sau suspenda acţiunea legilor organice, în timp ce legile organice pot modifica, abroga sau suspenda acţiunea legilor ordinare.

În categoria legilor ordinare se încadrează şi codurile de legi. Codurile grupează, „într-o formă sistematizată, într-un singur corp, toate (sau cât mai multe dintre ele) reglementările aplicabile unui anumit domeniu (indicat, de regulă, prin chiar denumirea codului), precum: Codul civil, Codul familiei, Codul comercial, Codul vamal, Codul muncii, Codul penal, Codul de procedură civilă, Codul de procedură penală etc.

Hotărârile Guvernului sunt o categorie de acte normative emise de Guvern în temeiul art.102 alin.(2) din Constituție pentru organizarea executării legilor, care se pubică în Monitorul Oficial.

Exemplu: Hotărârea Guvernului nr.1200/2010 pentru aprobarea Standardelor minime de calitate privind serviciile sociale prestate victimelor violenţei în familie; Hotărârea Guvernului nr.711/2010 pentru aprobarea

Regulamentului-cadru privind organizarea şi funcţionarea Serviciului social „Locuinţă protejată" şi a Standardelor minime de calitate; Hotărârea Guvernului nr.228/2014 cu privire la aprobarea Regulamentului de activitate a echipelor multidisciplinare teritoriale din cadrul Sistemului național de referire; Hotărârea Guvernului nr.357/2018 cu privire la determinarea dizabilității; Hotărârea Guvernului nr.569/2019 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Centrul de zi pentru persoane cu dizabilități" și a Standardelor minime de calitate etc.

Decrecte prezidențiale. În temeiul art.94 din Constituţie, pentru exercitarea atribuţiilor sale, Preşedintele Republicii Moldova emite decrete cu caracter normativ, care reglementează relaţiile sociale în domeniile de competenţă stabilite de art.13 din Legea nr.100/2017 cu privire la actele normative. *Exemplu*: Decret privind promulgarea Legii pentru modificarea articolului 2 din Legea nr.121/2001 cu privire la protecția socială suplimentară a unor categorii de populație (nr.1860-VIII, 4 decembrie 2020); Decret privind acordarea unor grațieri individuale (nr.593-IX, 5 august 2022) etc.

Ordine și instrucțiuni ale miniștrilor. În conformitate cu Legea nr.100/2017 cu privire la actele normative, actele normative ale autorităţilor administraţiei publice centrale de specialitate şi ale autorităţilor publice autonome sunt emise sau aprobate numai în temeiul şi pentru executarea legilor și a hotărârilor Parlamentului, a decretelor Preşedintelui Republicii Moldova, a hotărârilor şi ordonanţelor Guvernului. Actele normative respective se limitează strict la cadrul stabilit de actele normative de nivel superior pentru executarea cărora se emit sau se aprobă şi nu pot contraveni prevederilor actelor respective. În clauza de adoptare a actelor normative ale autorităţilor administraţiei publice centrale de specialitate şi ale autorităţilor publice autonome se indică expres actul normativ superior în temeiul căruia acestea sunt emise sau aprobate (art.16 alin.(2)). *Exemplu*: Ordinul Ministrului Muncii și Protecției Sociale nr.43 din 26 mai 2022 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a centrelor de plasament temporar pentru persoane cu dizabilități și a Standardelor minime de calitate ale serviciilor sociale prestate în cadrul centrelor de plasament temporar pentru persoane cu dizabilități; Ordinul nr.715 din 29 iulie 2021 cu privire la aprobarea Ghidului metodologic privind angajarea asistată a persoanelor cu dizabilități.

Hotărâri normative ale consiliilor locale, dispozițiile primarilor. Actele normative ale autorităţilor administraţiei publice locale se emit pentru realizarea atribuţiilor funcţionale şi în limitele competenţelor stabilite de Constituţie, de Carta Europeană a Autonomiei Locale şi de alte acte normative, fiind aplicate doar în raza teritoriului administrat de către acestea.[9] Pentru exemplificare pot

[9] Art.18 din Legea nr.100/2017 cu privire la actele normative. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2018, nr.7-17/34.

fi accesate paginile web oficiale ale primăriilor, consiliilor locale, dispozițiile primarilor etc.

Dispozițiile normative ale conducătorilor organelor locale de specialitate (direcţia generală asistenţă medicală și socială, direcţia generală pentru protecţia drepturilor copilului, direcția generală educaţie, tineret şi sport etc.)

Izvoarele internaționale

Normele juridice de drept internațonal privind dreptul asistenței sociale sunt consacrate prin instrumente specifice, cum ar fi tratatele, convențiile, recomandările etc. În măsura în care țara noastră a aderat la aceste instrumente, ele devin izvoare pentru dreptul intern.

Menționăm cele mai importante documente internaționale care consacră drepturile persoanei la protecție și asistență socială fără ca enumerarea să fie exhaustivă: *Declarația Universală a Drepturilor Omului*. Adoptată la New York la 10.12.1948. Ratificată prin Hotărârea Sovietului Suprem nr.217 din 28.07.1990. În: Tratate internaţionale. Vol. I. Chişinău, 1998; *Convenţia pentru apărarea drepturilor omului şi a libertăţilor fundamentale*. Adoptată la Roma pe 04.11.1950. În vigoare pentru Republica Moldova din 12 septembrie 1997. Ratificată prin Hotărârea Parlamentului nr.1298-XIII din 24.07.1997; *Pactul internaţional cu privire la drepturile civile şi politice*. Adoptat și deschis spre semnare de Adunarea Generală a Naţiunilor Unite pe 16.12.1966, la New York. În vigoare pentru Republica Moldova din 26 aprilie 1993. Ratificat prin Hotărârea Parlamentului nr.217-XII din 28.07.1990; *Pactul internaţional cu privire la drepturile economice*, *sociale şi culturale*. Adoptat și deschis spre semnare de Adunarea Generală a Naţiunilor Unite la 16.09.1966, la New York, prin Rezoluţia 2200 A (XXI). Intrat în vigoare la 3 ianuarie 1967, conform dispoziţiilor art.27. În vigoare pentru Republica Moldova din 26 aprilie 1993. Ratificat prin Hotărârea Parlamentului nr.217-XII din 28.07.1990; *Convenţie asupra eliminării tuturor formelor de discriminare faţă de femei*. Adoptată și deschisă spre semnare de Adunarea Generală a Naţiunilor Unite prin Rezoluţia 34/180 din 18.12.1979. În vigoare pentru Republica Moldova din 31 iulie 1994. Aderat prin Hotărârea Parlamentului nr.87-XIII din 28.04.1994; *Convenţia internaţională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială*. Adoptată și deschisă spre semnare de Adunarea Generală a Naţiunilor Unite prin Rezoluţia 2106 (XX) din 21 decembrie 1965 la New York. Intrată în vigoare pe 4 ianuarie 1969, conform dispoziţiilor art.19. În vigoare pentru Republica Moldova din 25 februarie 1993; *Pactul internaţional cu privire la drepturile economice*, *sociale şi culturale*. Adoptat la 16 decembrie 1966, la New York. În vigoare pentru Republica Moldova din 26 aprilie 1993. Ratificat prin Hotărârea Parlamentului nr.217-XII din 28.07.1990; *Convenţia împotriva torturii şi altor pedepse ori tratamente cu cruzime*, *inumane sau degradante*. Adoptată la New York, la 10.12.1984. În vigoare pentru Republica Moldova din 28 decembrie 1995.

Aderat prin Hotărârea Parlamentului nr.473-XIII din 31.05.1995; *Convenţia internaţională cu privire la drepturile copilului*. Adoptată la 20 noiembrie 1989, la New York. În vigoare pentru Republica Moldova din 25 februarie 1993. Aderat prin Hotărârea Parlamentului nr.408-XII din 12.12.1990; *Convenţia privind drepturile persoanelor cu dizabilităţi*, ratificată în urma adoptării de către Parlament a Legii nr.166 din 06.07.2010; *Carta Socială Europeană – revizuită*, adoptată la Strasbourg la 03.05.1996. Ratificată parţial prin Legea nr.484-XV din 28.09.2001.

Fiecare dintre tratatele menționate a creat mecanisme de monitorizare a implementării drepturilor specificate în aceste documente internaționale, care evaluează periodic modul în care statul parte (care l-a ratificat) asigură realizarea acestor drepturi populației aflate pe teritoriul său. Denumirea mecanismelor coincide, în mare măsură, cu denumirea tratatelor care le-au instituit. Din ansamblul dispozițiilor Convențiilor se poate deduce că drepturile prevăzute de acestea pot fi împărțite în drepturi individuale (recunoscute fiecărei persoane) și dreptruri colective (recunoscute tuturor colectivităților de persoane).

Sumar, ne vom referi la câteva reglementări pe care le considerăm relevante pentru domeniul asistenței sociale.

Declarația Universală a Drepturilor Omului, elaborată sub egida ONU, este documentul care a avut o însemnătate excepţională pentru consacrarea drepturilor sociale. Chiar în primul său alineat este afirmată ideea că „recunoașterea demnităţii inerente tuturor membrilor familiei umane și a drepturilor egale și inalienabile constituie fundamentul libertăţii, dreptăţii și păcii în lume”.

În art.22 se precizează: orice persoană, în calitatea sa de membru al societății, are dreptul la securitatea socială; ea este îndreptățită ca prin efortul național și colaborarea internațională, ținându-se seama de organizarea și resursele fiecărei țări, să obțină realizarea drepturilor economice, sociale și culturale indispensabile pentru demnitatea sa și libera dezvoltare a personalității sale.

Dreptul la muncă este dreptul fiinţei umane de a trăi procurându-și resursele necesare vieţii prin munca sa. Declaraţia Universală a Drepturilor Omului, în articolul 23, stipulează: „Orice persoană are dreptul la muncă, la libera alegere a muncii sale, la condiţii echitabile și satisfăcătoare de muncă, precum și la ocrotire împotriva șomajului”.

Subsecvent menționăm art.25, care prevede că orice om are dreptul la un nivel de trai care să-i asigure sănătatea și bunăstarea lui și familiei sale, cuprinzând hrana, îmbrăcămintea, locuința, îngrijirea medicală, precum și serviciile sociale necesare; el are dreptul la asigurare în caz de șomaj, boală, invaliditate, văduvie, bătrânețe sau în celelalte cazuri de pierdere a mijloacelor de subzistență, în urma unor împrejurări independente de voința sa.

O atenție deosebită este acordată protecției mamei și copilului, care au dreptul la ajutor și ocrotire deosebite. Toți copiii, fie că sunt născuți în

cadrul căsătoriei sau în afara acesteia, se bucură de aceeași protecție socială (art.25 alin.2).

În același context menționăm că Declaraţia Universală a Drepturilor Omului reprezintă baza normativă care a condus la formularea standardelor privind drepturile persoanelor cu dizabilităţi. În special art.7 garantează egalitatea în faţa legii și protejarea, în mod egal, a tuturor oamenilor, fără nicio discriminare.

Carta Socială Europeană revizuiește aria drepturilor sociale care trebuie garantate cu o serie de noi prevederi, printre care: consolidarea egalităţii dintre femei şi bărbaţi; dreptul persoanelor cu dizabilități la integrare socială individuală, la autonomie personală și la participare în viaţa comunităţii; consolidarea dreptului copiilor şi adolescenţilor la protecţie socială, juridică și economică; dreptul la protecţie în caz de concediere; dreptul lucrătorilor la demnitate; dreptul lucrătorilor cu responsabilităţi familiale la egalitate de şanse şi de tratament; dreptul la protecţie împotriva sărăciei şi a excluderii sociale; dreptul la o locuinţă decentă; extinderea interzicerii discriminării. Drepturile garantate de Carta Socială Europeană pot fi împărţite în două categorii: condiţiile de muncă și coeziune socială.[10] De asemenea, menționăm că acest tratat internațional al Consiliului Europei este primul act normativ internațional care consacră dreptul la protecție împotriva sărăciei și excluderii sociale.

În cele ce urmează vom enumera câteva articole cele mai relevante pentru formarea asistenților sociali. Astfel, art.1 este consacrat dreptului la muncă, art.7 prevede dreptul copiilor și tinerilor la protecție, art.9 și 10 consacră dreptul la orientare profesională și dreptul la formare profesională, iar art.11 dreptul la protecția sănătății. Art.12 este consacrat dreptului la securitate socială, iar în art.13 se reglementează dreptul la asistență socială și medicală. Astfel, „părțile se angajează:

1) să vegheze ca orice persoană care nu dispune de resurse suficiente şi care nu este în măsură să şi le procure prin propriile mijloace sau să le primească dintr-o altă sursă, în special prin prestații rezultate dintr-un regim de securitate socială, să poată beneficia de o asistență corespunzătoare şi, în caz de boală, de îngrijirile impuse de starea sa;

2) să vegheze ca persoanele care beneficiază de o astfel de asistență să nu sufere, din acest motiv, o diminuare a drepturilor lor politice sau sociale;

3) să prevadă ca fiecare să poată obține, prin servicii competente cu caracter public sau privat, orice sfat şi orice ajutor personal necesar pentru a preveni, îndepărta sau atenua starea de nevoie de ordin personal şi de ordin familial;

4) egalitatea cetățenilor care se află în mod legal pe teritoriul statului".

Art.14 din Carta Socială Europeană prevede dreptul de a beneficia de servicii sociale. Astfel, se stipulează faptul că statele trebuie să încurajeze

[10] MUNTEANU, A., RUSU, S., VACARCIUC, O. *Manualul funcţionarului public în domeniul drepturilor omului*. Chișinău, 2015, p.27.

sau să organizeze serviciile folosind metode specifice serviciului social şi care contribuie la bunăstarea şi la dezvoltarea indivizilor şi grupărilor în cadrul comunității, precum şi la adaptarea lor la mediul social și să încurajeze participarea indivizilor şi organizațiilor benevole sau a altor organizații la crearea sau la menținerea acestor servicii.

Art.15 din același tratat prevede dreptul persoanelor cu dizabilități la autonomie, la integrare socială şi la participare în viața comunității. Art.16-17 vizează dreptul familiei la protecție socială, juridică şi economică, precum și asigurarea exercitării efective a drepturilor copiilor şi tinerilor. Art.23 vizează dreptul persoanelor vârstnice la protecție socială.

Subiecții de drept în asistența socială

Activitățile de asistență socială se realizează în cadrul raporturilor juridice *născute odată cu survenirea riscurilor sociale*. Elementele constitutive ale *raporturilor de asistență socială* sunt: subiecții (persoanele între care se stabilesc relațiile de asistență socială), conținutul raportului juridic (drepturile subiecților și obligatiile corelative lor) și obiectul raportului juridic (acțiunea sau inacțiunea la care subiecții sunt indreptățiți, sau o pot pretinde unii altora).

Dacă ne referim la subiecții dreptului la asistență socială, menționăm persoanele care au nevoie de asistență socială și categoria persoanelor care oferă asistență socială. Din conținutul Legii asistenței sociale putem deduce subiecții raporturilor de asistență socială, menționate mai sus.

În perioada pandemică generată de virusul COVID-19 s-a conturat încă o categorie vulnerabilă, migranţii. Astfel, un număr mare de migranți, cetățeni ai Republicii Moldova, şi-au pierdut locurile de muncă, fiind nevoiţi să se întoarcă în ţară. În aceste condiţii, migranţii reîntorşi de peste hotare au rămas fără surse de existenţă şi necesitau suport financiar şi consiliere privind integrarea pe piaţa muncii.[11]

În acest sens, dreptul la măsurile de asistenţă socială este garantat în condiţiile legii pentru toţi cetăţenii Republicii Moldova, precum şi cetăţenilor străini, refugiaţilor şi apatrizilor, domiciliaţi pe teritoriul Republicii Moldova în condiţiile legii, precum şi persoanelor fizice şi juridice (indiferent de tipul de proprietate şi de forma juridică de organizare) autohtone şi străine cu domiciliul/sediul în Republica Moldova.

Beneficiarii asistenţei sociale au drepturi şi obligaţii.

1. Drepturi:

✓ Dreptul la asistenţă socială se stabileşte în temeiul evaluării necesităţilor persoanei, confirmate prin ancheta socială şi prin alte acte constatatoare.

✓ Persoana sau familia are dreptul să fie informată asupra condiţiilor de acordare a asistenţei sociale, asupra rezultatelor privind evaluările necesităţilor

[11] ROMANDAŞ, N., SACARA, A. *Unele reflecţii privind particularităţile juridice ale asistenţei sociale în Republica Moldova*. Disponibil: http://aap.gov.md/files/publicatii/revista/articole/113/03.pdf

individuale, asupra datei de constituire a dreptului la asistenţă socială şi asupra modalităţii de primire a ei.

✓ Asistenţa socială se acordă în baza consimţământului liber exprimat al persoanei care necesită sprijin şi are discernământ sau al reprezentantului ei legal, în cazul în care aceasta este lipsită de sau limitată în capacitate de exerciţiu.

2. Obligaţii:

✓ Beneficiarul de asistenţă socială este obligat să comunice în scris autorităţii, care i-a stabilit acest drept, despre orice eveniment de natură să conducă la modificarea, suspendarea sau încetarea dreptului.

✓ Dreptul la asistenţă socială nu exonerează persoana de responsabilitate pentru sine şi pentru propria familie.

✓ În cazul în care se încalcă drepturile şi libertăţile beneficiarului de asistenţă socială, acesta sau reprezentantul său legal are dreptul să sesizeze instanţa de judecată.[12]

Pe de altă parte, pot fi subiecți ai raporturilor de asistență socială prestatorii de servicii sociale. Organele abilitate cu prestarea serviciilor sociale conform legislaţiei în vigoare pot fi persoane fizice sau persoane juridice publice ori private, care au prevăzut, în mod obligatoriu, ca obiect de activitate în actul de înființare sau, după caz, în autorizaţia pentru desfăşurarea unor activităţi în mod independent, acordarea de servicii sociale.

Prestatori publici de servicii sociale sunt:

a) instituţiile de asistenţă socială create şi gestionate de autorităţile administraţiei publice centrale;

b) autorităţile administraţiei publice locale de nivelul al doilea;

c) autorităţile administraţiei publice locale de nivelul întâi.

Prestatori privaţi de servicii sociale sunt:

a) asociaţiile obşteşti, fundaţiile, instituţiile private fără scop lucrativ, înregistrate în conformitate cu legislaţia – toate cu domeniul de activitate în sfera socială;

b) persoanele juridice şi persoanele fizice – întreprinderi cu scop lucrativ, înregistrate în conformitate cu legislaţia.[13]

Prestatorii de servicii sociale pot organiza şi oferi servicii sociale dacă sunt acreditaţi în condiţiile legii.

La rândul lor și subiecții pasivi – asistenții sociali – au obligații și drepturi. Astfel, în conformitate cu dispoziţiile generale ale *Legii asistenţei sociale nr.547/2003*, **asistentul social** este persoana cu studii speciale în domeniu, care prestează servicii specializate persoanelor şi familiilor care, temporar, se află în

[12] Art.8 din Legea asistenței sociale nr.547/2003. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2004, nr.042, art.249.

[13] Legea nr.123/2010 cu privire la serviciile sociale. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2011, nr.155-158, art.541.

dificultate şi care, din motive de natură economică, socială, fizică sau psihologică, nu mai sunt în stare să îşi realizeze prin mijloace şi eforturi proprii un nivel decent de viaţă**.**

Dupa modul de participare la raportul juridic de drept de asistență socială, distingem[14]:

• Subiecți care *nu pot participa în mod direct la raporturile juridice*, ci numai prin reprezentanții lor legali, precum părinți, tutori sau curatori (minorii care nu au împlinit vârsta de 14 ani; persoanele care nu au capacitate de exercițiu);

• Subiecți care pot participa *în mod direct şi nemijlocit doar la anumite raporturi juridice* (minorii între 14 și 18 ani) (capacitate de exercițiu restrânsă);

• Subiecți care pot participa *în mod direct la orice raporturi juridice* (persoane cu capacitate de exercițiu deplină, aflate în dificultate de funcționare socială ce solicită servicii/prestații sociale, asistenți sociali).

1.3. Normele juridice în domeniul asistenței sociale

Norma juridică reprezintă o regulă de comportare, generală şi impersonală, tipică, strict determinată şi obligatorie, stabilită cu scopul de a apăra, a consolida a dezvolta şi a promova raportul şi rânduiala socială favorabilă şi convenabilă majorităţii şi, totodată, de a realiza acea finalitate pe care o urmăreşte şi o serveşte norma juridică şi care, la nevoie, este asigurată prin forţa de constrângere a statului.[15] Normele juridice reglementează raporturile juridice. Raporturile juridice de asistență socială sunt guvernate de norme specifice domeniului asistenței sociale.

Normele juridice nu sunt simple indicaţii, ci reprezintă dispoziţii obligatorii. Normele juridice sunt obligatorii, ele asigură ordinea de drept în societate, imprimând relaţiilor sociale stabilitatea necesară. Generalizând, menționăm că norma juridică orientează conduita, acţiunile indivizilor în conformitate cu valorile acceptate de societatea respectivă, furnizând un anumit tip de motivaţie acţiunii acestora.

Trăsăturile generale ale normei juridice sunt[16]:

– are un caracter ***prescriptiv***, ea nu descrie realitatea, ci impune sau autorizează o anumită conduită pentru destinatarii săi, o prescrie;

– are caracter ***general*** şi ***impersonal***, în sensul că ea nu corespunde unei anumite situaţii concrete, stabilite între anumite persoane în legătură cu anumite acţiuni ale lor, ci vizează un număr nedeterminat de cazuri. Norma juridică

[14] VOICULESCU, L. *Drept în asistență socială*. Alba Iulia, 2006, p.34.

[15] BLOȘENCO, M. *Teoria generală a dreptului*. *Note de curs*. Cahul, 2010, p.32. Disponibil: https://bibliotecapublicadrept.files.wordpress.com/2020/03/teoriageneraladreptuluiblosencom-140617061533-phpapp01.pdf,.

[16] NEGRU, A. *Teoria generală a dreptului şi statului în definiţii*, *interpretări*, *scheme*. Chişinău, 2018, p.102.

emisă sau sancţionată de stat nu se adresează unei persoane anume, nu vizează soluţionarea litigiului unei singure persoane. Ea se aplică tuturor persoanelor ce se află în condiţiile determinate de lege. Drepturile şi obligaţiile prescrise de normă au aplicabilitate repetată la un număr nelimitat de persoane şi pentru toate situaţiile de acelaşi gen. Ea urmează să se aplice ori de câte ori vor fi reunite condiţiile pe care le prevede pentru a impune sau a autoriza o anumită conduită, indiferent de câte ori se va putea aceasta realiza;

– este ***obligatorie***, în sensul că norma juridică nu este o simplă recomandare, ci un imperativ. La nevoie norma juridică poate fi impusă prin forța de constrângere a statului;

– norma juridică prescrie o conduită tipică, respectiv în raport cu norma juridică se poate aprecia dacă o conduită este conformă sau neconformă cu legea și sancționată;

– nerespectarea normei juridice atrage răspunderea juridică a persoanei vinovate. Forma răspundereii este diferită în funcție de natura normei încălcate (răspundere penală, civilă, administrativă etc.);

– are caracter volițional, la originea elaborării acesteia găsindu-se voința umană, aceasta, spre deosebire de legile naturii care au un caracter obiectiv, manifestându-se independent de voinţa şi acţiunea oamenilor. Caracterul volitiv al normelor juridice nu înseamnă că ele reprezintă bunul plac al legiuitorului sau că ele ar fi rezultatul arbitrariului acestuia. Dimpotrivă, caracterul volitiv al normelor juridice exprimă faptul că ele sunt elaborate sau consacrate de oameni învestiţi cu puterea de a emite norme obligatorii, ţinând totodată seama de existenţa şi cerinţele legilor obiective ale naturii şi societăţii, de realităţile existenţei sociale, contribuind în acest fel la crearea unui echilibru în societate;

– determină efecte juridice, întrucât subiectele de drept ce intră în raporturi juridice reglementate de o normă juridică suportă efectele normei respective, care generează, modifică și stinge anumite drepturi și obligații.

Clasificarea normelor de drept în domeniul asistenței sociale

Clasificarea normelor de drept facilitează înțelegerea sensului și caracterului normei, a conduitei prescrise subiectului de drept. Astfel, normele de drept în domeniul asistenței sociale pot fi clasificate după obiectul de reglementare, dupa forța lor juridică, după sfera de aplicare, după caracterul conduitei pe care o prescriu, după tehnica de elaborare și după criteriul sancțiunii[17].

a) După ***obiectul de reglementare*** al relației sociale distingem norme de drept civil, norme de drept penal, norme de dreptul securității sociale, norme juridice în domeniul asistenței sociale etc.

[17] REBREANU, A. *Cadrul legislativ în asistența socială din România. Prezent și perspective*. Cluj, 2011, p.30-31.

b) În raport cu ***forța juridică*** a normei, vorbim de o ierarhie a normelor juridice, în raport cu organul emitent.

c) În funcție de ***caracterul*** lor distingem norme imperative și norme dispozitive.

Normele imperative prescriu o conduită obligatorie de urmat, conduită care poate consta într-o acțiune sau inacțiune (abținere de a face ceva).

Exemplu: în art.15 alin.(1) lit.a) din Codul familiei 1316/2000 este interzisă încheierea unei noi căsătorii de către o persoană care, la momentul înregistrării căsătoriei, se află într-o altă căsătorie.

La rândul lor, normele imperative se divid în norme onerative și norme prohibitive:

– *normele onerative* impun subiecților de drept carora se adresează respectarea și urmarea conduitei prescrise de normă (acțiune obligatorie de urmat).

Exemplu: obligativitatea plății contribuției la asigurările de sănătate, de șomaj, sistemul public de pensii etc.

– *normele prohibitive* interzic participantului la raportul juridic supus reglementării normei juridice respective să aibă o anumită conduită expres și explicit precizată.

Exemplu: art.15 alin.(1) lit.b) din Codul familiei nr.1316/2000 cu privire la oprirea casatoriei între rude în linie dreaptă până la al IV-lea grad inclusiv, fraţi şi surori, inclusiv cei care au un părinte comun; art.86 alin.(2) din Codul muncii nr.154/2003 nu admite concedierea salariatului în perioada aflării lui în concediu medical, în concediu de odihnă anual, în concediu de studii, în concediu pentru îngrijirea copilului în vârstă de până la 6 ani, precum şi în perioada detaşării, cu excepţia cazurilor de lichidare a unităţii.

Normele dispozitive sunt norme juridice care suplinesc sau interpretează voinţa neexprimată sau insuficient exprimată a subiecților de drept civil, îngăduind, prin chiar conţinutul lor, să se deroge de la dispoziţiile pe care le cuprind. La rândul lor, aceste norme se clasifică în permisive și supletive:

– *normele dispozitive* sunt *permisive* dacă nu impun, ci doar permit ca subiecții de drept să aibă o anumită conduită, dacă vor. *Exemplu*: potrivit art.48 din Codul familiei nr.1316/2000, dacă copilul este născut din părinţi necăsătoriţi între ei şi în lipsa declaraţiei comune a părinţilor sau a tatălui copilului, paternitatea se stabileşte de către instanţa judecătorească în baza declaraţiei unuia dintre părinţi, a tutorelui (curatorului) copilului sau a copilului însuşi la atingerea majoratului;

– *normele supletive* dau subiectului de drept ce participă la raporturi juridice reglementate de ele posibilitatea să-și aleagă singur conduita de urmat, dar în cazul nealegerii conduitei dintre posibilitățile permise, impun

subiectului o conduită, suplinind astfel lipsa de manifestare a voinței părții. *Exemplu*: art.17 alin.(4) din Codul familiei nr.1316/2000 – în momentul înregistrării divorţului, soţii pot păstra numele de familie ales la încheierea căsătoriei sau pot reveni la numele de familie purtat până la încheierea acestei căsătorii.

c) După ***sfera de aplicare***, normele juridice pot fi**:**

– *generale* – cele care se aplică unei întregi ramuri de drept, având cea mai largă sferă de aplicabilitate.

Exemplu: normele juridice care reglementează toate raporturile de asistență socială, indiferent de natura acestora, cu condiția că raportul juridic să nu aibă o reglementare proprie, sau acele norme de drept care reglementează o întreagă instituție;

– *speciale* – cuprind o categorie mai restrânsă de relații sociale sau un domeniu mai limitat, dar strâns legat de normele generale ale căror prevederi de principiu le guvernează.

Exemplu: În materie de drept penal, regula generală este cea care prevede că orice persoană care a săvârșit o infracțiune răspunde penal; însă art.21 din Codul penal nr.985/2002 instituie o normă specială – subiect al infracţiunii este orice persoană fizică responsabilă, care a atins vârsta de 14 ani la momentul comiterii faptei. Persoanele fizice care au vârsta între 14 şi 16 ani sunt pasibile de răspundere penală numai pentru săvârşirea infracţiunilor prevăzute în Codul penal la art.145, 147, 151, 152 alin.(2), art.164, 166 alin.(2) şi (3), art.171, 172, 175, 186-188, 189 alin.(2)–(6), art.190 alin.(2)–(5), art.192 alin.(2)–(4), art.192[1] alin.(2) şi (3), art.196 alin.(4), art.197 alin.(2), art.212 alin.(3), art.217 alin.(4) lit.b), art.217[1] alin.(3) şi alin.(4) lit.b) şi d), art.217[3] alin.(3) lit.a) şi b), art.217[4], art.217[6] alin.(2), art.260, 268, 270, 271, 275, 280, 281, 283-286, art.287 alin.(2) şi (3), art.288 alin.(2), art.290 alin.(2), art.292 alin.(2), art.317 alin.(2), art.342. În cazul în care norma generala vine în conflict cu norma specială, are prioritate norma specială;

– *de excepție sau excepționale* – reglementează situații cu totul deosebite și prevăd, de regulă, o completare fie a normei speciale, fie a normei generale, care derogă atât de la regula generală, cât și de la regula specială.

Exemplu: Norma cuprinsă în art.14 alin.(1) din Codul familiei nr.1316/2000 instituie o normă generală privind vârsta matrimonială – 18 ani. În alin.(2) se instituie o normă de excepție – Pentru motive temeinice, se poate încuviinţa încheierea căsătoriei cu reducerea vârstei matrimoniale, dar nu mai mult decât cu doi ani. Reducerea vârstei matrimoniale va fi încuviinţată de autoritatea tutelară locală în a cărei rază teritorială îşi au domiciliul persoanele care doresc să se căsătorească, în baza cererii acestora şi acordului părinţilor minorului.

e) După ***tehnica de elaborare***, normele juridice pot fi:

– *norme determinate complet* – al căror conținut este exprimat integral într-un act normativ concret ori cu trimitere la un alt act normativ/normă juridică;

– *norme incomplete* – cele care nu cuprind toate elementele componente ale unei norme juridice, urmând a fi întregite într-un alt act normativ, de regulă viitor.

f) După ***criteriul sancțiunii***, normele juridice pot fi:

– *punitive* – de pedepsire a conduitei subiecților de drept

Exemplu: art.67 din Codul familiei nr.1316/2000 prevede sancțiunea decăderii din drepturile părintești dacă părinții se eschivează de la exercitarea obligaţiilor părinteşti, inclusiv de la plata pensiei de întreţinere, refuză să ia copilul din maternitate sau dintr-o altă instituţie curativă, educativă, dintr-o instituţie de asistenţă socială sau alta similară, fac abuz de drepturile părinteşti, se comportă cu cruzime faţă de copil, aplicând violenţa fizică sau psihică, atentează la inviolabilitatea sexuală a copilului, prin comportare amorală, influenţează negativ asupra copilului, suferă de alcoolism cronic sau de narcomanie, au săvârşit infracţiuni premeditate contra vieţii şi sănătăţii copiilor sau a soţului; precum şi în alte cazuri când aceasta o cer interesele copilului;

– *stimulatorii* – de apreciere și încurajare a unui anumit tip de conduită.

Exemplu: art.3[1] din Hotărârea Guvernului nr.923/2001 prevede că absolvenții instituțiilor de învățământ superior și profesional tehnic postsecundar și postsecundar nonterțiar la programele de studii autorizate provizoriu sau acreditate, domeniul Educație, angajați conform repartizării în instituțiile de învățământ, beneficiază de indemnizații.

1.4. Cadrul juridic privind organizarea și funcționarea sistemului național de asistență socială

Fiecare ţară îşi formează de-a lungul anilor un evantai de structuri organizaţionale şi financiare în ideea de a oferi cetăţenilor săi sprijin material şi servicii sociale cât mai diverse, care să răspundă nevoilor acestora, în special indivizilor şi grupurilor de persoane aflate în dificultate.

Cadrul organizatoric al sistemului de asistenţă socială diferă de la o ţară la alta şi funcţionalitatea lui se realizează pe baza unei legislaţii elaborate de organismele centrale competente, care coordonează şi stabilesc dimensiunile instituţiilor de asistenţă socială şi fondurilor necesare, delimitează gradul de autonomie al autorităţilor publice locale, precum şi atribuţiile acestora în administrarea serviciilor sociale.

În **Legea asistenţei sociale nr.547/2003** (art.12) se stipulează că în organizarea asistenţei sociale la nivel central se evidenţiază rolul Ministerului

Muncii și Protecţiei Sociale, care este autoritatea din cadrul administraţiei publice centrale care coordonează activitatea de acordare a asistenţei sociale şi evaluează funcţionarea sistemului de asistenţă socială.

La nivel teritorial funcţionează direcţii municipale de asistenţă socială şi secţii raionale de asistenţă socială şi protecţie a familiei, constituite de consiliile raionale (municipale) corespunzătoare, de comun acord cu Ministerul Muncii și Protecţiei Sociale, fiind subordonate autorităţilor respective ale administraţiei publice centrale şi locale.

Nivelul central îndeplineşte mai degrabă funcţii de coordonare, de elaborare a cadrului legislativ, a politicilor şi standardelor în domeniul asistenței sociale, de monitorizare şi inspecţie socială, de finanţare prin programe de interes naţional.

Nivelului raional/local îi revine, prin structurile administraţiei publice locale, responsabilitatea creării şi susţinerii concrete a sistemului de asistenţă socială (reţeaua instituţională, servicii şi prestaţii de specialitate, angajarea specialiştilor, sprijinirea beneficiarilor, monitorizarea situaţiilor de risc). Respectiv, direcţiile municipale asistenţă socială şi secţiile raionale asistenţă socială şi protecţie a familiei, în comun cu autorităţile administraţiei publice locale şi în colaborare cu reprezentanţii societăţii civile, realizează politica de asistenţă socială şi asigură aplicarea legislaţiei la nivel teritorial.

Sistemul de asistenţă socială la nivel central: Ministerul Muncii și Protecţiei Sociale

Analizând prevederile legislaţiei în vigoare constatăm că atribuţiile în domeniul asistenţei sociale la nivel central aparţin Ministerului Muncii și Protecţiei Sociale care a fost creat în temeiul Legii nr.136/2017 cu privire la Guvern.

Potrivit *Regulamentului cu privire la organizarea şi funcţionarea Ministerului Muncii şi Protecţiei Sociale*, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.149/2021, Ministerul are misiunea de a analiza situaţia şi problemele din domeniile de activitate gestionate, de a elabora politici publice eficiente în domeniile de activitate, de a monitoriza calitatea politicilor şi actelor normative şi de a propune intervenţii justificate ale statului care urmează să ofere soluţii eficiente în domeniile de competenţă.

Ministerul Muncii și Protecţiei Sociale este organul central de specialitate al administraţiei publice care asigură realizarea politicii guvernamentale în domeniile: muncă; protecție socială; demografie.

În subordinea Ministerului Muncii și Protecției Sociale se află următoarele instituții: Consiliul Național de Acreditare a Prestatorilor de Servicii Sociale, Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă, Agenția Națională Asistență Socială, Inspectoratul de Stat al Muncii, Inspectoratul Social de Stat.

În vederea realizării misiunii sale, Ministerului îi revin un șir de *funcţii de bază*, printre care:

1) elaborarea analizelor ex ante, documentelor de politici, proiectelor de acte normative în domeniile încredințate, inclusiv a celor pentru asigurarea executării actelor normative şi decretelor Preşedintelui Republicii Moldova, după publicarea acestora în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, în colaborare cu reprezentanţi relevanţi ai societăţii civile şi ai comunităţii de afaceri;

2) colaborarea, în conformitate cu legislaţia naţională, cu instituţii de profil din străinătate în domeniile prevăzute la pct.6 din Regulamentul cu privire la organizarea şi funcţionarea Ministerului Muncii şi Protecţiei Sociale[18];

3) monitorizarea scorului şi a poziţiei Republicii Moldova în cadrul indicatorilor şi clasamentelor internaţionale care ţin de domeniile sale specifice şi elaborarea propunerilor de îmbunătăţire a acestora;

4) monitorizarea percepţiei cetăţenilor şi agenţilor economici cu privire la politicile publice, actele normative şi activitatea statului în domeniile de activitate specifice Ministerului şi elaborarea propunerilor de îmbunătăţire a acesteia;

5) monitorizarea calităţii politicilor publice şi actelor normative în domeniile de activitate specifice Ministerului, inclusiv în colaborare cu societatea civilă şi sectorul privat;

6) realizarea actelor normative şi implementarea tratatelor internaţionale ale Republicii Moldova în domeniile de competență, întocmirea rapoartelor privind executarea acestora;

7) examinarea şi avizarea proiectelor de acte normative elaborate de alte autorităţi ale administraţiei publice şi remise spre examinare;

8) elaborarea, aprobarea şi implementarea strategiilor sectoriale de cheltuieli, prezentarea propunerilor pentru elaborarea cadrului bugetar pe termen mediu, elaborarea propunerilor de buget în domeniile prevăzute la punctul 6, a planului anual de activitate, precum şi monitorizarea anuală a gradului de implementare a acestora prin elaborarea şi publicarea rapoartelor respective;

9) organizarea sistemelor de planificare, executare, evidenţă contabilă şi raportare a bugetului în cadrul Ministerului şi, după caz, în cadrul autorităților/ instituţiilor bugetare din subordine;

10) asigurarea gestionării alocaţiilor bugetare şi administrarea patrimoniului în conformitate cu principiile bunei guvernări;

11) coordonarea şi monitorizarea activităţii autorităţilor administrative din subordine şi a instituţiilor publice în care Ministerul are calitatea de fondator;

12) asigurarea, prin intermediul instituțiilor din subordine, a prestării serviciilor în domeniile de competență ale Ministerului;

[18] Anexa 1 la Hotărârea Guvernului nr.149/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Muncii și Protecției Sociale. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2021, nr.206-208, art.347.

13) gestionarea, în condiţiile legii, a programelor internaţionale de asistenţă financiară pentru susţinerea reformelor sistemelor de ocupare a forţei de muncă și de protecţie socială;

14) exercitarea altor funcţii specifice.

La elaborarea politicii de asistenţă socială, Ministerul Muncii și Protecţiei Sociale se consultă cu reprezentanţii societăţii civile, cu patronatele şi sindicatele. Indiferent de domeniul de activitate, Ministerul Muncii și Protecţiei Sociale deţine responsabilitatea deplină în ce priveşte aspectul metodologic şi de expertiză; cu alte cuvinte, deţine responsabilitatea funcţionării eficiente a serviciilor publice în domeniul asistenței sociale.

Organizarea asistenţei sociale la nivel raional şi comunitar

Prin organizarea administrativă a teritoriului se subînţelege delimitarea acestuia în unităţi administrativ-teritoriale în scopul asigurării activităţii autorităţilor administrației publice locale, a instanţelor judecătoreşti, aplicării principiilor autonomiei şi ale descentralizării serviciilor publice.[19]

În conformitate cu prevederile art.13 din Legea asistenței sociale nr.547/2003, autorităţile administraţiei publice locale de nivelul al doilea organizează structura teritorială de asistenţă socială, care, în comun cu autorităţile administraţiei publice locale de nivelul întâi și în colaborare cu reprezentanţii societăţii civile, realizează politica de asistenţă socială şi asigură aplicarea legislaţiei la nivel teritorial.

Autorităţile administraţiei publice locale de nivelul al doilea, prin intermediul structurii teritoriale de asistenţă socială, exercită următoarele atribuţii:

a) identifică problemele sociale în raza administrativ-teritorială şi elaborează strategii de dezvoltare şi prestare a asistenţei sociale în conformitate cu politica socială a Guvernului, promovată de Ministerul Muncii și Protecției Sociale;

b) organizează şi acordă asistenţă socială în funcţie de necesităţile identificate;

c) organizează activităţi de prevenire a situaţiilor de risc pentru copii şi susţin dezvoltarea capacităţilor familiei în îngrijirea şi educaţia copilului;

d) asigură protecţia copiilor în situaţie de risc şi a copiilor separaţi de părinţi;

e) generalizează şi sistematizează informaţia privind asistenţa socială acordată şi analizează eficienţa acesteia;

f) susţin autorităţile administraţiei publice locale de nivelul întâi şi pe reprezentanţii societăţii civile în activitatea de elaborare şi implementare a programelor locale de dezvoltare a asistenţei sociale, precum şi în cea de monitorizare a realizării acestora;

g) asigură gestionarea mijloacelor financiare şi a resurselor umane pentru dezvoltarea şi prestarea asistenţei sociale în teritoriul administrat;

---

[19] BOȚ, V. *Organizarea administrativ-teritorială a Republicii Moldova şi impactul ei asupra dezvoltării administrației publice*, p.369. Disponibil:/https://ibn.idsi.md/sites/ default/files/ imag_file/366-374.pdf.

h) susţin activitatea instituţiilor de asistenţă socială din primăriile aflate în raza unităţii administrativ-teritoriale de nivelul al doilea şi înaintează propuneri în vederea optimizării activităţii acestora;

i) completează sistemul informaţional în domeniul asistenţei sociale cu date la nivel de raion;

j) informează populaţia despre situaţia în domeniul asistenţei sociale, despre modul de acordare a prestaţiilor şi a serviciilor sociale;

k) asigură prestarea asistenţei sociale persoanelor aflate în situaţii de dificultate;

l) oferă, la solicitarea Inspectoratului Social de Stat, informațiile necesare pentru efectuarea controlului de stat privind acordarea asistenței sociale în teritoriul administrat;

m) asigură supervizarea personalului din sistemul de asistenţă socială.

Astfel, organizarea și funcționarea organului local de specialitate în domeniul asistenței sociale și protecției familiei este reglementată de Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a organului local de specialitate în domeniul asistenței sociale și protecției familiei și a structurii-tip a acestuia, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.828/2015. Organul local de specialitate este o subdiviziune structurală din subordinea autorității reprezentative deliberative de nivelul al doilea (unitatea teritorială autonomă Găgăuzia) și poate avea statut de direcție generală, direcție, secție sau serviciu, în conformitate cu Normele privind instituirea subdiviziunilor structurale ale autorităţilor publice, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr.1001/2011. Misiunea organului local de specialitate constă în îmbunătățirea calității vieții persoanelor și familiilor defavorizate, prin acordarea asistenței și suportului în vederea prevenirii, diminuării sau depășirii situaţiei de dificultate și integrarea socială a acestora.

Fiecare subdiviziune structurală a organului local de specialitate funcţionează în baza unui regulament aprobat de șeful organului local de specialitate. Organul local de specialitate este condus de șef, numit conform legislației de către Consiliul raional/municipal/Comitetul executiv al unității teritoriale autonome Găgăuzia.

Cheltuielile pentru realizarea activităţilor organului local de specialitate se finanţează din contul bugetelor unităţilor administrativ-teritoriale, granturilor, sumelor oferite de donatori, organizaţii neguvernamentale şi religioase, persoane fizice şi juridice, contribuţiile beneficiarilor, alte surse, conform legislaţiei în vigoare.

Organul local de specialitate are următoarele *funcţii de bază*:

1) implementarea în unitatea administrativ-teritorială respectivă a politicii de stat în domeniul asistenţei sociale și protecției familiei, în funcţie de necesităţile identificate;

2) acordarea suportului metodologic autorităților administrației publice locale de nivelul întâi, prestatorilor privați și specialiștilor angajați în domeniul asistenței sociale și protecției familiei;

3) colaborarea cu autoritățile, instituțiile și organizațiile publice și private.

Autorităţile administraţiei publice locale de nivelul întâi, conform necesităţilor identificate, pot crea, în mod independent, servicii sociale şi institui unităţi de personal.



***Întrebări de recapitulare*:**

1. Determinați structura şi funcţiile sistemului de asistenţă socială.
2. Identificați și caracterizați principiile fundamentale pe care se întemeiază sistemul de asistență socială.
3. Evidenţiaţi trăsăturile esenţiale ale normei juridice.
4. Clasificați normele juridice în domeniul asistenței sociale.
5. Caracterizaţi modalităţile de expunere a elementelor normelor juridice în articolele actelor normative.
6. Identificați și caracterizați subiecții raporturilor juridice de asistență socială.
7. Analizaţi cadrul juridic privind organizarea și funcționarea sistemului național de asistenţă socială.
8. Evaluaţi oportunităţile şi limitele sistemului de asistenţă socială din Republica Moldova.



***Sarcini de lucru individual*:**

1. Analizaţi 3 strategii publice de prevenire a riscurilor sociale.
2. Utilizaţi grila de analiză SWOT (prezentată mai jos) pentru a evalua gradul de respectare și protecție a drepturilor omului în localitatea de baștină sau în cea în care locuiți acum.

Puncte tari – din interiorul localităţii (Straights eng.): beneficii sociale, economice, servicii sociale, parteneriate, care reprezintă un punct tare pentru protecţia socială a populaţiei.	**Puncte slabe** – din interiorul localităţii (weak points eng.): lipsa sau insuficienţa anumitor tipuri de beneficii sociale, economice, probleme sociale specifice localităţii, dezavantaje sociale specifice, ineficienţa anumitor servicii publice etc.
Oportunităţi – din exterior (Opportunities eng.): se vor indica oportunităţile din exterior care permit dezvoltarea serviciilor sociale, extinderea anumitor beneficii care pot îmbunătăţi protecţia socială a populaţiei din localitatea dată.	**Riscuri / pericole** – din exterior (Threats eng.): se vor indica condiţiile sociale, economice, demografice care pot avea un impact negativ asupra protecţiei sociale a populaţiei din comunitatea dată.



***Bibliografie selectivă*:**

1. *Asistenţa socială în contextul transformărilor din Republica Moldova*. Chişinău: „Cu drag”, 2008. ISBN 978-9975-80-146-1
2. BLOȘENCO, M. *Teoria generală a dreptului*. *Note de curs*. Cahul, 2010. Disponibil: https://bibliotecapublicadrept.files.wordpress.com/2020/03/teoriageneraladreptuluiblosencom-140617061533-phpapp01.pdf.
3. BOȚ, V. *Organizarea administrativ-teritorială a Republicii Moldova şi impactul ei asupra dezvoltării administraţiei publice*. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/ default/files/imag_file/366-374.pdf.
4. BUZDUCEA, D. *Sisteme moderne de asistență socială*. Iași: Polirom, 2011. ISBN 978-973-461-332-8
5. CREE,V. *Becoming a Social Worker*. Routledge: Ed. Taylor & Francis Group, 2013. ISBN 10 9780415666947
6. MUNTEANU, A., RUSU, S., VACARCIUC, O. *Manualul funcţionarului public în domeniul drepturilor omului*. Chișinău: ARC, 2015. ISBN 978-9975-61-932-5
7. NEGRU, A. *Teoria generală a dreptului şi statului în definiţii*, *interpretări*, *scheme*. Chișinău: CEP USM, 2018. ISBN 978-9975-142-13-7
8. ONOFREI, A. *Asistența socială ca sistem de acțiune socială*. Chișinău: CEP USM, 2013. ISBN 978-9975-71-373-3
9. REBREANU, A. *Cadrul legislativ în asistența socială din România. Prezent și perspective*. Cluj: Presa Universitară Clujeană, 2011. ISBN 978-973-595-332-4
10. ROMANDAŞ, N., SACARA, A. *Unele reflecții privind particularităţile juridice ale asistenţei sociale în Republica Moldova*. Disponibil: http://aap.gov.md/files/publicatii/revista/articole/113/03.pdf.
11. ROTH, M., REBREANU, A. *Asistența socială*. *Cadru conceptual și aplicații practice*. Cluj: Presa Universitară Clujeană, 2008. ISBN 978-973-610-638-5
12. VOICULESCU, L. *Drept în asistență socială*. Alba Iulia: Universitatea 1 Decembrie, 2006. ISBN 973-679-504-5

Acte normative:

13. Legea asistenței sociale nr.547/2003 În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2004, nr.042, art.249.
14. Legea nr.123/2010 cu privire la serviciile sociale. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2011, nr.155-158.
15. Legea nr.100/2017 cu privire la actele normative. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2018, nr.7-17/34.
16. Hotărârea Guvernului nr.1200/2010 pentru aprobarea Standardelor minime de calitate privind serviciile sociale prestate victimelor violenței în familie. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2010, nr.259-263, art.1320.

17. Hotărârea Guvernului nr.228/2014 cu privire la aprobarea Regulamentului de activitate a echipelor multidisciplinare teritoriale din cadrul Sistemului național de referire. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2014, nr.80-85, art.25.
18. Hotărârea Guvernului nr.569/2019 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Centrul de zi pentru persoane cu dizabilități" și a Standardelor minime de calitate: În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2019, nr.360-366, art.906.
19. Hotărârea Guvernului nr.149/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Muncii și Protecției Sociale. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2021, nr.206-208, art.347.

CAPITOLUL II.

POLITICI FAMILIALE ÎN SPAŢIUL EUROPEAN

***Conținuturi*:**

1. **Conceptul politicilor familiale: conţinut şi obiective**
2. **Tipuri de politici familiale în ţările europene: criterii de clasificare**
3. **Politici familiale în Republica Moldova: impact asupra bunăstării familiei și situaţiei demografice**



***Obiective de referință*:**

- să definească conţinutul şi obiectivele politicilor familiale;
- să stabilească criteriile de clasificare a politicilor familiale şi tipurile de politici familiale europene posibil de preluat pentru Republica Moldova;
- să determine impactul diverselor tipuri de politici familiale asupra bunăstării familiei şi potențialului reproductiv;
- să analizeze sistemul de suport pentru familie şi copil în Republica Moldova din perspectiva posibilităţilor de creştere a bunăstării familiei și natalităţii.

***Competenţe*:**
- evaluarea problemelor majore care afectează viaţa de familie în Republica Moldova și generează necesitatea implementării politicilor familiale;
- analizarea comparativă a politicilor familiale europene în vederea preluării experienţelor pozitive pentru Republica Moldova;
- proiectarea măsurilor de politici familiale care ar influenţa simultan bunăstarea familiei şi natalitatea în Republica Moldova.

***Termeni-cheie*:** *politici sociale*, *politici familiale*, *etape în evoluția politicilor familiale*, *tipuri de politici familiale*, *indemnizaţii pentru copii*, *concedii de îngrijire a copilului*, *servicii de îngrijire/educaţie pentru copii*, *reconcilierea vieţii de familie şi profesionale*.

2.1. Conceptul politicilor familiale: conţinut şi obiective

Transformările produse în instituţia familiei, începând cu mijlocul secolului al XX-lea, în special cu ultimele decenii ale acestui secol (modificările din structura şi funcţiile familiei, scăderea semnificativă a ratei natalităţii şi fertilităţii, nupţialităţii, creşterea rapidă a divorţialităţii, multiplicarea formelor alternative de convieţuire, deteriorarea standardului de viaţă, creşterea inechităţii sociale, a nivelului de sărăcie a majorităţii populaţiei, printre care se regăsesc cele mai diverse tipuri de familii: familii cu copii, familii tinere, familii cu persoane în vârstă, familii monoparentale etc., apariţia patologiilor grave în viaţa de familie: violenţa, narcomania, alcoolismul etc.), au sporit în multe ţări, inclusiv în Republica Moldova, interesul pentru politicile familiale.

Investigaţiile privind politicile familiale au căpătat o atenţie semnificativă în literatura de specialitate doar în ultimele decenii, fiind elaborate pe parcursul anilor diverse concepţii despre esenţa şi conţinutul lor. Până în prezent nu există însă o definiţie universală a politicii familiale. Definirea politicii familiale rămâne în continuare o preocupare complexă, întrunind căutările cercetătorilor din diferite domenii. O accepţiune frecvent întâlnită prezintă politica familială ca o parte a politicii guvernamentale sociale, care are ca scop bunăstarea sau comportamentul familiei, în special a familiilor cu copii.[1] Indiscutabil, politica familială nu poate fi separată de politica socială în întregime, dar nici nu poate fi identificată cu aceasta. Or, politica familială apare ca o parte componentă a politicii sociale globale existente la un moment dat. În opinia mai multor autori, o politică socială poate fi considerată ca politică familială în cazul în care ea are familia ca ţintă a unor acţiuni specifice, iar măsurile iniţiate au un impact

[1] McDONALD, P. Family policy. În: Demeny, P., McNicoll, G. (eds.) *Encyclopedia of Population*. New York, 2003.

asupra resurselor familiale şi, în final, chiar asupra structurii şi funcţiilor ei.[2] Într-un sens larg, ***politica familială reuneşte un ansamblu mai mult sau mai puţin coerent de măsuri şi programe guvernamentale, un cadru legislativ adecvat ce au ca obiectiv crearea condiţiilor socioeconomice şi culturale favorabile pentru creşterea bunăstării fiecărei familii, consolidarea relaţiilor familiale şi realizarea cât mai deplină a funcţiilor ei***. Într-un plan mai concret, politicile familiale trebuie să aibă în vedere, direct sau indirect, atenuarea sau eliminarea dificultăţilor şi a riscurilor sociale care pot destrăma familia. Altfel spus, politicile familiale trebuie orientate spre înlăturarea factorilor ce împiedică buna funcţionare a familiilor din societatea contemporană şi îndeplinirea cât mai reuşită a misiunii, funcţiilor lor.

Pornind de la faptul că familia şi copilul în orice societate trebuie să fie o prioritate naţională, că necesităţile familiilor cu copii (sub aspect material-economic, emoţional-afectiv şi educaţional-formativ) sunt mult mai mari decât ale celor fără copii, de asemenea luând în considerare şi situaţia demografică precară, măsurile, acţiunile prevăzute în domeniul familiei sunt specificate în mai multe documente, acte legislative, lucrări ale autorilor ca măsuri, politici centrate pe protecţia copilului. În acest context, autorii români **E. Zamfir** şi **C. Zamfir** (specialişti în domeniul politicilor sociale) menţionează că nu poate fi sprijinit într-un mod eficient copilul, ignorându-se familia şi comunitatea din care face parte. O politică socială de suport pentru copil trebuie să fie o politică coerentă de protecţie a familiei. Totodată, această politică trebuie să includă mijloace de garantare că sprijinul acordat copilului în familie este utilizat de familie în interesul superior al copilului. Or, suportul pentru familie reprezintă cadrul organic pentru orice politică de sprijin pentru copil. Susţinerea familiei este mijlocul cel mai eficace de a oferi condiţii normale de viaţă copiilor. Orice societate modernă are, în forme şi grade diferite, programe universale de suport pentru familie, inclusiv copil: suport economic-material, suport educaţional, suport medical, suport împotriva abuzurilor etc.[3]

Politica familială contemporană reprezintă o sferă largă de activitate a statului greu de definit prin nişte noţiuni stricte/bine delimitate, dat fiind faptul că este imposibil de separat activitatea statului în domeniul familiei de alte sfere adiacente, spre exemplu, de politica socială, demografică, de gen etc. Or, politica familială are un caracter integrator şi interferează cu alte politici sectoriale, inclusiv cu cea economică, a locuirii, ocupării, a tineretului, cea culturală, sanitară etc., realizând o sinteză a influenţelor acestora la nivelul grupului familial. Chiar dacă starea dată a lucrurilor face dificilă delimitarea măsurilor care formează conţinutul strict al politicii familiale, **Gerda R. Neyer** (cercetătoare la Universitatea din Stockholm) consideră totuși că politica familială, la nivelul statelor europene,

[2] POP, L. M. (coord.) *Dicţionar de politici sociale*. București, 2002, p.645.
[3] *Ibidem*, p.646-647.

cuprinde actualmente ***patru categorii de măsuri*** (pe acestea ne vom axa și când vom analiza politicile familiale din Republica Moldova):

• ***beneficiile de maternitate*** (concediul de sarcină şi lehuzie, indemnizaţiile de naştere etc.);

• ***beneficiile parentale în primii ani de viaţă ai copilului*** (concediile parentale plătite, timpul de lucru flexibil etc.);

• ***serviciile de îngrijire a copilului*** (creşe, grădiniţe, centre de zi etc.);

• ***beneficiile financiare pentru copii şi familiile cu copii.***[4]

Politicile familiale diferă de la o societate la alta, precum şi de la o etapă la alta în cadrul uneia şi aceleiaşi societăţi, priorităţile lor fiind în dependenţă de contextul socio-istoric. Făcând o retrospectivă asupra evoluţiei politicilor familiale europene, observăm că pe parcursul anilor acestea au suportat schimbări semnificative, fiind exprimate prin diverse modele de politici familiale, stabilite în secolele XX–XXI. În dependenţă de reacţia statelor europene la schimbările sociale şi demografice, mai mulți autori[5] evidenţiază ***patru etape*** în evoluţia politicilor familiale europene.

Prima etapă ţine de cea de a doua jumătate a secolului al XIX-lea – prima jumătate a secolului al XX-lea (sfârşitul anilor ’40), când în ţările din Europa are loc instituţionalizarea politicii familiale ca reacţie la schimbările esenţiale produse în structura familiei (destrămarea familiei lărgite; tendinţa de formare a „familiei mici” sau „conjugale”, nucleare; acutizarea sărăciei, în special a familiilor cu copii etc.) marcată de trecerea de la societatea tradiţională la cea contemporană. Slăbirea funcţiilor sociale ale familiei a constituit un fundament puternic pentru intervenţia statului în viaţa de familie prin elaborarea, de acuma la începutul secolului al XIX-lea, a unui şir de acte legislative, a unui şir de măsuri, care încercau să stopeze procesele de erodare a instituţiei familiei. Spre exemplu, *Codul Civil francez* din 1804, redenumit din 1807 „Codul lui Napoleon”, avea drept scop explicit *întărirea modelului familiei tradiţionale*, în care femeia era subordonată bărbatului.

În calitate de punct de pornire simbolic al dezvoltării măsurilor de ajutor/suport social al familiilor în Europa poate fi considerată jumătatea a doua a sec. XIX, când familia a început să fie privită nu ca o problemă privată, dar ca una socială, soluţionarea căreia necesită intervenţia statului. În această perioadă sunt introduse primele alocaţii pentru copii prevăzute pentru unele categorii de familii, de asemenea au început să apară primele instituţii preşcolare (în Austria şi Franţa), în care copiii puteau să se afle pe parcursul întregii zile, cât mamele lor munceau.

[4] NEYER, G. Family Policies and Low Fertility in Western Europe. În: *Journal of Population and Social Security* (*Population*). Supplement to Volume 1, 2003, p.50-51.

[5] НОСКОВА, А.В. Семейная политика в Европе: эволюция моделей дискурсов, практик. În: *Социологические исследования*, 2014, №.5, p.56-57.

Un catalizator puternic pentru dezvoltarea politicilor familiale europene în perioada dintre cele două războaie mondiale a devenit ***căderea natalităţii***, într-un şir de ţări (Germania, Franţa, Suedia etc.), mai jos de nivelul care să asigure simpla înlocuire a generaţiilor. Starea dată a lucrurilor a determinat ***orientarea demografică/pronatalistă a politicii familiale*** din Franţa, Germania, Italia și alte țări europene în anii 1930-1940.

Discuţii aprinse privind tematica familială s-au desfăşurat între părtaşii *ideologiei conservative* (Franţa)**,** care promovau cu prioritate modelul familiei tradiţionale şi părtaşii *ideologiei liberale* (Suedia), care au proclamat idealurile libertăţii individuale, dreptul femeii de a alege să nască sau să avorteze, egalitatea de gen în familie etc. Cele două ideologii şi-au găsit reflectare în diferite modele de politică familială:

- *modelul conservativ*, profamilialist, cunoscut şi cu denumirea de *familialism*, orientat spre susţinerea familiei tradiţionale, cu divizarea tradiţională a rolurilor. Ca exemplu al politicii profamilialiste din această perioadă poate servi Franţa, care a introdus alocaţii pentru femeile casnice;
- *modelul liberal*, o politică alternativă orientată spre recunoaşterea şi susţinerea noilor forme de convieţuire, de relaţii gender (Suedia).

Cea de **a doua etapă** în dezvoltarea politicilor familiale europene îşi are începutul în anii 1950, marcaţi de o anumită stabilizare a situaţiei demografice în Europa, de *baby-boomul* de după război etc. În această perioadă ***politica familială obţine o orientare socială***, fiind centrată pe lupta cu sărăcia şi inegalităţile sociale, pe dezvoltarea unui şir de măsuri orientate spre reducerea decalajului enorm dintre cei bogaţi şi cei săraci. Începând cu anii ’50 politica socială/familială devine o componentă a diferitor modele ale statului bunăstării european, care prevedea patru grupe principale de cheltuieli: pentru medicină şi sănătate; pentru familii cu copii; pentru incluziune socială şi pentru reabilitarea delincvenţilor. *În anii 1950-1960*, *familia tradiţională rămânea în continuare modelul dominant de familie în majoritatea ţărilor europene*: majoritatea căsătoriilor se încheiau în biserică, familiile erau stabile (numărul divorţurilor era mic), bărbatul avea rolul de cel care hrănea familia, iar femeia – de gospodină în casă. *Scopul familiei era să nască copii*, *funcţia de îngrijire a copiilor mici rămânând în continuare în interiorul familiei*, *cu precădere în responsabilitatea femeii*. Politica familială era orientată spre idealurile familiei nucleare în varianta sa clasică.

Etapa a treia în evoluţia politicii familiale europene este încadrată în anii ’60 – sfârşitul anilor ’80, când începe să se formeze ca un spaţiu unitar al diverselor variante de modele naţionale de susţinere/protecţie de către stat a familiei („unitate în diversitate”). Necesitatea rezolvării problemelor sociale ale familiei, comune pentru ţările europene, este consfinţită prin ***Carta*** (*Hartia*) ***Socială Europeană*** primită în 1961, care desemnează priorităţile

politicii familiale prin articolele 16 – dreptul familiei şi 17 – dreptul copiilor la protecţia socială şi economică.

Particularităţile celei de a treia etape sunt marcate de un şir de schimbări structurale şi de comportament familial importante, modificări în sistemul de valori ale lumii occidentale, cunoscute cu denumirea de cea de ***a doua tranziție demografică***[6]: creşterea numărului de divorţuri, deplasarea căsătoriilor şi naşterii copiilor, scăderea natalităţii, care actualizează din nou orientarea demografică a politicii familiale, multiplicarea formelor alternative de viaţă familială, creşterea numărului de copii născuţi în afara căsătoriei, a numărului de familii monoparentale, de mame solitare; un nou impuls capătă discuţiile ce ţin de problemele egalităţii de gen, implicarea activă a femeilor pe piaţa muncii etc. Problemele generate de aceste schimbări vizau toate ţările europene, modul lor de soluţionare fiind însă determinat de deosebirile culturale şi de abordările politice. Astfel, în dependenţă de gradul de intervenţie a statului bunăstării în viaţa de familie s-au stabilit mai multe modele de politici familiale, cele mai expresive fiind: *modelul social-democrat*, caracterizat de intervenţia activă a statului în soluţionarea problemelor familiale; *modelul conservativ*, în care statul are o implicare minimală, considerând că familia este o sferă a vieţii private; *modelul liberal*, axat pe ajutorarea familiilor vulnerabile.

Politicile familiale din această perioadă reflectă tendinţa de a reglementa contradicţia dintre rolurile femeii de mamă şi activitatea profesională a acesteia, dintre **„*refamiliarizare*"** (tendinţa statului de a orienta femeia spre rolul social de mamă, specifică pentru modelul conservativ al statului bunăstării; ex.: Germania) şi **„*defamiliarizare*"** (tendinţa de a crea condiţii favorabile pentru îmbinarea armonioasă a rolurilor casnice şi profesionale, specifică pentru modelul social-democrat al statului bunăstării: ţările scandinave).

Etapa a patra începe în anii 1990, marcaţi de instabilitate social-economică pe plan mondial, de deteriorarea standardului de viaţă al familiilor şi înrăutăţirea semnificativă a situaţiei demografice în majoritatea ţărilor europene – procese în continuă desfăşurare până în prezent.

Toate acestea au determinat în condiţiile actuale înaintarea în prim-plan a următoarelor *obiective majore ale politicilor familiale*:

• ***Bunăstarea familiei/copiilor*** (reducerea sărăciei şi menţinerea veniturilor în familie prin alocarea beneficiilor speciale familiilor cu venituri mici şi cu copii; compensaţii directe pentru costul economic al copiilor: beneficii în bani sau transferuri fiscale familiilor cu scopul de a reduce prăpastia în standardele de viaţă a familiilor cu copii şi a celor fără copii).

• ***Egalitatea de gen*****,** promovată prin distribuţia egală a lucrului plătit şi neplătit între partenerii cuplului, inclusiv îngrijirea copilului, acordarea concediului de îngrijire a copilului pentru taţi etc.

[6] DIRK, J. van de KAA. *The Idea of a Second Demographic Transition in Industrialized Countries*. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/253714045_The_Idea_of_a_Second_Demographic_Transition_in_Industrialized_Countries

• ***Facilităţi de angajare*****,** orientate spre îmbinarea/concilierea activităţii profesionale cu viaţa de familie, în special pentru a susţine încadrarea femeilor pe piaţa muncii, ceea ce va contribui la creşterea economică şi a veniturilor (aceste facilităţi să prevadă trei feluri de măsuri: acordarea concediilor de maternitate şi paternitate cu garantarea păstrării locului de lucru şi a veniturilor; servicii de îngrijire a copiilor mici, adaptate la orele de lucru ale părinţilor, ceea ce va permite angajarea ambilor părinţi în câmpul muncii, având ca urmare un impact pozitiv asupra reducerii sărăciei, precum şi asupra dezvoltării şi bunăstării copilului; sistem de beneficii şi taxări stimulatorii pentru a lucra).

• ***Creşterea ratei natalităţii/fertilităţii*****,** problemă ce generează îngrijorare în majoritatea ţărilor europene cu populaţie îmbătrânită, datorită consecinţelor pe termen lung asupra creşterii economiei şi sustenabilităţii statului bunăstării.[7]

Acestea sunt doar o parte dintre cele mai importante obiective ale politicilor familiale europene de la etapa actuală, lista cărora este completată de specialiştii în domeniu şi cu altele (*organizarea îngrijirii persoanelor inapte de muncă şi vulnerabile*: bătrâni, persoane cu dizabilități, cu boli incurabile etc.*****). Desigur, balanţa dintre obiectivele enumerate ale politicilor familiale diferă de la ţară la ţară, precum şi de la o etapă de dezvoltare la alta. Oricum, după cum afirmă mai mulţi cercetători, printre care şi **Jan Hoem**[8] (demograf, Universitatea din Stockholm), ***în condiţiile actualului declin demografic politicile familiale constituie un set principal de politici pentru a fi folosite în scopul creşterii natalităţii şi fertilităţii scăzute*****.**. Totodată, ei atenţionează că ***politica familială ar putea avea un efect pozitiv asupra fertilităţii în cazul în care va reuşi să atenueze diverse probleme ale naşterii copiilor puse de factorii economici, sociali, culturali, biologici şi psihologici.*** În alți termeni, creşterea fertilităţii nu este un obiectiv explicit al politicilor familiale, dar un produs indirect al acestora cu potenţial pozitiv.[9] De menţionat, de asemenea, că în condiţiile instabilităţii financiar-economice realizarea obiectivelor politicilor familiale impune tot mai mult necesitatea implicării diverşilor agenţi sociali, divizării respectivelor responsabilităţi între stat, organizaţiile necomerciale etc. şi, nu în ultimul rând, familie.

[7] THEVENON, O. *Family Policies in OECD Countries*: *A comparative Analysis*. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/51452838_Family_Policies_in_OECD_Countries_A_Comparative_Analysis

***** Aceste aspecte vor fi mai vizibile la caracterizarea tipurilor de politici familiale în următorul paragraf (2.2).

[8] HOEM, J.M. The impact of public policies. În: *Demographic Research*, 2008, vol.19, art.10, p.249-260. Disponibil: http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol19/10/

[9] THEVENON, O. *Family Policies in OECD Countries*: *A comparative Analysis*. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/51452838_Family_Policies_in_OECD_Countries_A_Comparative_Analysis

2.2. Tipuri de politici familiale în țările europene: criterii de clasificare

Înaintând în prim-plan anumite obiective, criterii şi utilizând diferite instrumente de analiză, specialiştii în domeniu au realizat o clasificare teoretică a politicilor familiale din statele europene, evidenţiind câteva dintre cele mai conturate tipuri. Astfel, **Gősta Esping-Andersen**[10], *în dependenţă de gradul de decomercializare* (decommodification)***** al prestaţiilor şi serviciilor sociale, *de impactul redistributiv al beneficiilor şi serviciilor sociale şi de gradul de implicare a sectorului privat în furnizarea serviciilor sociale*, identifică trei grupe de regimuri ale bunăstării:

• ***regimurile liberale*** (Marea Britanie, SUA, Canada, Australia), unde cetăţenii trebuie să facă apel la piaţă pentru nevoile lor şi unde intervenţia statului este cea mai mică. În acest caz G. Esping-Andersen vorbeşte despre o „decomercializare" foarte redusă a nevoilor;

• ***regimurile continentale conservatoare-corporatiste*** (Germania, Austria, Franţa şi Italia), acestea sprijinindu-se pe munca salariată (fiindcă drepturile sociale sunt legate de slujbă şi de condiţia de salariat), iar în caz de şomaj trimiţând persoanele în dificultate spre serviciile de asistenţă socială;

• ***regimurile social-democrate scandinave*** (Danemarca, Suedia, Finlanda), în care accesul la drepturile sociale este deschis pe baza cetăţeniei şi care asigură cel mai ridicat nivel de „decomercializare" a serviciilor publice.

Menționăm că conceptul de politică familială, asemenea celui de politică socială în general, este strâns legat de conceptul de stat al bunăstării. Statul bunăstării, într-un sens mai restrâns, este sinonim cu securitatea/protecţia socială, incluzând diferite forme de transferuri directe, precum: ajutoarele de şomaj, pensiile, asistenţa socială, serviciile sociale şi de sănătate, cele de creştere a copilului şi de educaţie. În contextul celor spuse, *indicatorii utilizaţi* de către G. Esping-Andersen în realizarea tipologiei statului bunăstării *au urmărit scopul de a evidenţia rolul statului în furnizarea bunăstării sociale faţă de piaţă şi familie*. Din această perspectivă cele trei regimuri au obţinut următoarele caracteristici: ***rolul familiei*** în regimurile liberal şi social-democrat este marginal, iar în cel conservativ – central; ***rolul pieţei*** în regimul liberal este central, iar în regimurile social-democrat şi conservativ – marginal; ***rolul statului*** în regimul liberal este marginal, în regimul social-democrat – central, iar în cel conservativ – subsidiar. După cum menţionează **Martine Segalen** (profesor la Universitatea Paris X-Nanterre)**,** clasificarea politicilor familiale propusă de G. Esping-Andersen nu este suficientă

[10] ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press, 1990.

***** Măsura în care prestaţiile şi serviciile sociale sunt accesibile cetăţenilor fără plată şi independent de testarea mijloacelor, de participarea pe piaţa muncii sau de calitatea de asigurat.

pentru a aborda problematica familială în multiplele ei aspecte, cum ar fi, să zicem, dificultăţile familiei monoparentale, problematica muncii feminine[11] (concilierea serviciului cu munca casnică) etc. Ulterior clasificarea făcută de G. Esping-Andersen a fost supusă mai multor critici, printre care unele indicau la faptul că nu au fost luate în considerare toate regimurile de furnizare a bunăstării (de exemplu, Asia de Est şi Europa Centrală), iar altele atenţionau că prin orientarea cu prioritate spre bărbaţi în calitate de principalii susţinători ai familiei a fost ignorată egalitatea de şanse între bărbaţi şi femei pe piaţa muncii. Receptiv la criticile apărute, Esping-Andersen atrăgea atenţia asupra unora dintre aceste probleme într-un discurs rostit de acuma în 2003. Astfel, referindu-se la potenţialul economic insuficient folosit al tinerelor mame reintegrate pe piaţa muncii, se propunea, printre mecanismele menite să susţină acest demers, reglementarea regimului de muncă cu timp parţial şi asigurarea serviciilor de îngrijire a copilului mic. Angajarea ambilor părinţi în câmpul muncii reduce sărăcia şi are un impact pozitiv asupra dezvoltării şi bunăstării copilului.[12]

În contextul celor expuse, **Jane Lewis** (profesor de Politici Sociale la Şcoala de economie din Londra, specialistă în probleme de bunăstare şi gender**)** menţiona că *dezvoltarea conceptului de „regim al bunăstării" trebuie să includă în mod necesar relaţia dintre munca domestică/casnică neplătită*, *precum şi cea plătită*, *şi bunăstare*, că examinarea acestui aspect este crucială pentru înţelegerea de gen a bunăstării. Ea sugerează ideea că modelul de familie „bărbat-aducător de venit", „întreţinător de familie" a servit istoric pentru a reduce tipologiile stabilite ale regimurilor bunăstării şi că pe parcursul anilor acest model a fost modificat în ţări particulare pe diferite căi şi în grade diferite de intensitate. Studiind în ce măsură diferitele regimuri de stat-providenţă le ajută pe femei să devină independente în raport cu căsnicia şi le oferă o protecţie împotriva riscurilor de pauperizare legate de această independenţă, J. Lewis a propus ***o nouă tipologizare a politicilor familiale din Europa*****,** după cum urmează:

- ţări unde domină foarte clar modelul soţului aducător de venit şi al soţiei casnice, în cadrul căruia drepturile sociale ale femeilor sunt derivate din cele ale soţului şi unde statul nu facilitează munca femeii (Germania, Irlanda, Marea Britanie);
- ţări care au elaborat un „*model parental*", unde sunt dezvoltate regimuri de protecţie a copilului şi care permit femeilor să lucreze (Franţa, Belgia);
- ţări care au promovat un model de familie cu două venituri, cu o puternică încurajare a independenţei femeii şi cu suport în îngrijirea copiilor (Suedia).[13]

[11] SEGALEN, M. *Sociologia familiei*. Iași, 2011, p.395.

[12] ESPING-ANDERSEN, G. *The Incomplete Revolution – Adapting Welfare States to Women's New Roles*. Cambridge, 2009; STĂNESCU, S.M. *Statul bunăstării între supraviețuire*, *reformă şi integrare europeană*. Bucureşti, 2013, p.25.

[13] LEWIS, J. Gender and the development of Welfare Regimes. În: *Journal of European Social Policy*, 1992, 2 August, p.159-173.

Reconcilierea vieţii profesionale şi a celei familiale este unul dintre obiectivele prioritare ale politicii socioeconomice a UE din ultimele decenii (Agenda Lisabona, 2000 şi Agenda post-Lisabona, 2007). Din această perspectivă, **Rachel Silvera** (economistă la Universitatea din Paris, autoarea studiului „*Cu un sfert mai puțin. Femeile luptă pentru a pune capăt inegalităților salariale*") a evidenţiat în cadrul UE următoarele tipuri de politici de conciliere[14]:

- Modelul familist predominant în Europa de Sud (Italia, Spania, Portugalia, Grecia);
- Modelul egalitar sau modelul scandinav, predominant în ţările nordice (Danemarca, Suedia, Finlanda);
- Modelul mixt între familist şi egalitar, predominant în ţările Europei Occidentale (Germania, Olanda, Regatul Unit, Franţa, Belgia);
- Modelul de tranziţie, predominant în ţările post-comuniste (Europa de Est).

Îmbinarea activităţii profesionale cu familia prevede în linii mari: concediile pentru îngrijirea copilului (de maternitate, de îngrijire a copilului, pentru tată etc.); serviciile pentru îngrijirea copilului (creşe, grădiniţe, servicii pentru copii în afara orelor de clasă etc.); forme elastice de ocupare/muncă (muncă parţială, program de lucru flexibil etc.). Acordând o atenţie deosebită problemei privind concilierea lucrului cu familia în crearea bunăstării, **Oliver Thevenon**[15] evidenţiază, în dependenţă de acest criteriu, următoarele modele de politici familiale în ţările membre ale Organizaţiei de Cooperare Economică şi Dezvoltare (OCED):

- ***Ţările din Europa de Nord*:** Suedia, Danemarca, Norvegia, Finlanda, Islanda. Aceste ţări se caracterizează printr-un suport multilateral oferit părinţilor cu copii care au vârsta sub trei ani, prin crearea condiţiilor generoase pentru a îmbina activitatea profesională cu familia (concedii de maternitate, sistem larg de servicii de îngrijire a copiilor cu vârsta sub trei ani – două domenii în care ţările nordice investesc mai mult decât alte ţări). Un element important în planificarea concediilor parentale îl constituie egalitatea de gen, taţii având dreptul la un concediu, de exemplu, de circa 10 săptămâni în Suedia şi Islanda, ceea ce constituie doar o mică parte a concediului parental care este luat în mare parte de către femei. Asigurarea cu servicii de educaţie preşcolară este de asemenea mult mai înaltă comparativ cu alte ţări.
- ***Ţările anglo-saxone*:** Marea Britanie, Irlanda şi altele, în care suportul pentru concilierea vieţii de familie şi lucrului este mult mai redus. Sprijinul este orientat spre familiile sărace/cu venituri mici, părinţi singuri şi familii cu copii de vârstă preşcolară. Serviciile de îngrijire şi educaţie timpurie (sub 3 ani)

[14] SILVERA, R. Temps professionnels et familiaux en Europe: de nouvelles configurations. În: *Travail, genre et société*. Revue. Paris, Novembre 2010/2, n° 24, p.63-88.

[15] THEVENON, O. Family Policies in OECD Countries: A Comparative Analysis. În: *Population and Development Review*, 2011, n° 37(1), p.66-75.

sunt relativ limitate, iar costurile lor sunt mari (în instituţiile publice părinţii acoperă până la 80% din cheltuieli, iar în cele private 100%[16]). Ţările anglo-saxone oferă un suport în bani mai mare decât alte ţări familiilor sărace şi celor cu un singur părinte. Politicile antisărăcie sunt utilizate aici mai mult decât în alte ţări. Parametrul-cheie în echilibrarea vieţii de familie şi a lucrului este *angajarea parţială a femeilor cu copii de vârstă preşcolară*. Acest model implică o divizare de gen a rolurilor, deoarece participarea femeii pe piaţa muncii trebuie ajustată secvenţial în decursul vieţii de familie.

• ***Ţările din Europa de Sud*** (Portugalia, Spania şi altele), în care suportul pentru îmbinarea muncii cu viaţa de familie este şi mai limitat. Aceste ţări se caracterizează printr-o perioadă scurtă a concediului plătit de îngrijire a copilului şi prin mult mai puţine servicii de îngrijire a copilului. Concediul plătit este de durată diferită: de exemplu, de 16 săptămâni în Spania şi de 6 săptămâni în Portugalia. Beneficiază de concediu plătit şi taţii: în Portugalia acest concediu este de 20 de zile, iar în Spania – de 15 zile. În ultimii ani, în Portugalia au fost înregistrate evoluţii pozitive în ceea ce priveşte serviciile pentru copiii mici, care au devenit mai variate, fiind organizate în trei categorii în funcţie de vârsta copiilor (până la 3 ani, între 3 şi 5 ani şi peste 6 ani). Pentru copiii sub 3 ani există trei opţiuni principale în ceea ce priveşte îngrijirea copiilor: creşele care sunt de obicei deschise 5 zile pe săptămână; bonele sau dădacele care oferă servicii în creşe familiale supravegheate tehnic şi financiar de către centrele locale şi cea de a treia opţiune este de a apela la bone sau creşe familiale fără licenţă.[17]

• ***Ţările din Europa Continentală*** (Austria, Germania, Franţa, Belgia, Olanda etc.), în care suportul pentru concilierea activităţii profesionale cu familia este marcat de conservatism. Toate aceste ţări, cu excepţia Olandei, asigură familiilor un nivel relativ înalt de suport financiar printr-un sistem de beneficii şi reduceri de taxe. Suportul este mai puţin evident pentru familiile sărace, deoarece este oferit tuturor familiilor cu copii, indiferent de venituri. Mai mult, modul de taxare/impozitare nu încurajează angajarea ambilor părinţi în câmpul muncii.

În acest grup de ţări, Franţa este o excepţie. Aici, investiţiile în serviciile de îngrijire a copiilor sub 3 ani sunt cu mult mai înalte decât în alte ţări. Părinţii angajaţi primesc ajutor fie pentru îngrijirea copilului la domiciliu (beneficii sau concedii parentale lungi), fie pentru a putea continua lucrul (servicii şi instituţii numeroase de îngrijire şi educaţie a copilului pentru durata zilei întregi şi de la o vârstă foarte mică, în unele cazuri de la 3 luni); taxele sunt însă mai mari pentru familiile în care ambii părinţi lucrează, ceea ce descurajează angajarea ambilor părinţi. Modelul politicilor familiale din Franţa, după criteriile contemporane

[16] *Starting Strong II*: *Early Childhood Education and Care*. ANNEX E. Disponibil: http://www.oecd.org/education/school/37423795.pdf

[17] *Reconciliation of work and family life*. Disponibil: https://www.euro.centre.org/downloads/detail/736

de îmbinare a ocupării şi familiei, este mai apropiat de cel din Ţările de Nord. Menţionăm că şi includerea celorlalte ţări într-un model sau altul nu este rigidă, unele dintre ele tinzând spre alte modele. Olanda, de exemplu, este similară cu Marea Britanie privind concediile parentale scurte combinate cu garantarea serviciilor de îngrijire parţială a copiilor etc.

• ***Ţările din Europa de Est*** (Ungaria, Polonia, Republica Cehă etc.), caracterizate prin politici de tranziţie, în care concilierea vieţii de familie cu munca este marcată de nedeterminare. În primii ani de tranziţie la economia de piaţă, beneficiile familiale erau oferite în baza principiului universalităţii cu scopul de a compensa pierderea garantării angajării/muncii şi subsidiile la salarii specifice pentru sistemul precedent. Pe parcurs, o parte din aceste ţări s-au orientat spre acordarea sprijinului familial în baza testării mijloacelor, cu mai puţin accent pe politicile care oferă femeilor posibilităţi de a îmbina maternitatea cu activitatea profesională. Orele prelungite de lucru, adăugate la lipsa serviciilor formale/publice de îngrijire a copiilor, nu permit părinţilor lucrători să se sprăvească cu responsabilităţile familiale. Aceste ţări au performanţe joase în ceea ce priveşte ratele de sărăcie, demonstrând totodată un comportament înalt polarizat faţă de fertilitate şi participarea femeilor în câmpul muncii.

Din cele expuse *supra*, observăm că politicile familiale în ţările OCED sunt diverse, pentru unele dintre ele dezvoltarea acestor politici fiind recentă şi constituind o schimbare în orientarea statului bunăstării. Concilierea lucrului şi vieţii de familie este un criteriu al acestei dezvoltări, dar există încă diferenţe mari în ceea ce priveşte modalitatea de îmbinare a acestui criteriu cu alte obiective ale politicilor familiale. Diferenţa principală ţine de nivelul de suport pentru părinţii lucrători cu copii de vârstă preşcolară şi de măsura în care beneficiile concediului parental şi acordarea serviciilor de îngrijire a copiilor se suplimentează reciproc. Urmare acestor diferenţe, ratele de angajare a femeilor (inclusiv angajarea maternală) sunt mai înalte în ţările nordice, pe când angajarea parţială a femeilor şi a familiilor cu 1,5 persoane aducătoare de venit este o opţiune mult mai frecventă pentru atingerea echilibrului dintre lucru şi îngrijirea copilului în ţările anglo-saxone. În Europa de Sud şi în majoritatea ţărilor din Europa de Est, numărul familiilor cu un singur aducător de venit este semnificativ mai înalt decât media pe OCED. Dat fiind faptul că în aceste ţări este acceptată doar angajarea deplină (40 de ore şi mai mult) a femeilor, iar suportul pentru îngrijirea copiilor este limitat, cuplurile au unica opţiune de a alege să lucreze numai un singur părinte.

Natalitatea şi bunăstarea sunt influenţate de reuşita soluţionării problemei privind concilierea vieţii de familie cu activitatea profesională. Astfel, dacă îmbinarea celor două componente este bine dezvoltată, natalitatea este mai înaltă şi sărăcia mai joasă. În cazul în care îmbinarea

treburilor casnice cu lucrul este mai puţin dezvoltată, natalitatea este mai joasă şi sărăcia mai mare. Or, participarea femeilor pe piaţa muncii nu este un obstacol în creşterea fertilităţii. Aceasta o demonstrează unele ţări (nordice, anglo-saxone) cu o rată înaltă de angajare a femeilor, în care se observă şi un nivel comparativ înalt de fertilitate. Există însă şi ţări în care fertilitatea şi angajarea femeilor par a fi în contradicţie.[18]

Ţările europene mai pot fi divizate şi ***în dependenţă de obligaţiile ce le revin familiilor, respectiv statului, faţă de persoanele cele mai vulnerabile, copiii mici şi persoanele în vârstă dependente.*** Din această perspectivă se disting:

- ţările scandinave, unde obligaţiile familiilor sunt minime, iar serviciile publice care se ocupă de indivizii bolnavi, cu handicap, în vârstă etc. sunt foarte dezvoltate. Politicile publice susţin egalitatea bărbaţilor şi a femeilor în ceea ce priveşte serviciul şi îngrijirea copiilor;
- ţările, în care măsurile publice ţin mai mult de suportul familiilor cu venituri mici, cu situaţii precare şi copiii cărora se află în pericol (Marea Britanie, Irlanda);
- ţările din sudul Europei, cu sisteme de protecţie publică slabe, problemele familiale fiind lăsate în sarcina domeniului privat (întrajutorare familială, sprijin generaţional);
- ţările care promovează politici familiale generoase, cu sisteme de servicii de îngrijire publice dezvoltate ce vizează să ajute angajarea femeilor-mame pe piaţa muncii, să îmbine viaţa familială cu cea profesională (Franţa, Belgia, Luxemburg):
- ţările ale căror politici se orientează către susţinerea familiei tradiţionale şi care conduc la ieşirea temporară a mamelor de pe piaţa muncii. Beneficiile familiale ale acestor ţări sunt generoase, dar ele nu dispun de un sistem suficient de servicii publice de îngrijire a copilului, familiile fiind nevoite să apeleze la servicii private (Germania, Austria).[19]

După cum observăm, principalele obiective ale politicilor familiale europene sunt orientate spre asigurarea bunăstării familiei/copiilor, egalităţii de gen, crearea serviciilor de îngrijire a copiilor şi a condiţiilor de conciliere a vieţii de familie cu munca, profesia, care, desigur, pot avea un efect simultan şi asupra situaţiei demografice. Aceste obiective se regăsesc în diferite proporţii şi în ţările foste socialiste. Este însă complicat de a integra politicile familiale ale acestor ţări în clasificările politicilor familiale europene prezentate *supra*. După căderea regimului comunist, politicile familiale din ţările foste socialiste au

[18] THEVENON, O. Increased Women's Labour Force Participation in Europe: Progress in the Work-Life Balance or Polarization of Behaviours? În: *Population* (English Edition 2002), *JSTOR*, 2009, 64 (2), p.235-272.

[19] SEGALEN, M. *Sociologia familiei*. Iaşi, 2011, p.395-396.

suportat, desigur, multiple modificări, marcate de dezangajarea statului, dar ele nu au răspuns noilor riscuri sociale necunoscute în perioada precedentă (şomajul etc.) prin ajutoare suficient de mari pentru a nu expune beneficiarii situaţiilor de sărăcie; cuantumul prestaţiilor sociale a redus condiţiile de eligibilitate întărite. Printre alte probleme ale grupului dat de ţări se enumeră: restructurarea sistemului de pensii, examinarea tuturor tipurilor de alocaţii, în special a celor destinate familiei; ajutorul de subzistenţă pentru cei aflaţi în nevoie; dezvoltarea sistemului de sănătate, finanţarea şi administrarea tuturor programelor din sistem. Principalele direcţii ale reformelor sistemelor de acordare a prestaţiilor sociale au vizat revizuirea acestora din perspectiva cuantumului acordat, a condiţiilor de eligibilitate şi a duratei de acordare. În aceste condiţii, după cum menţionează unii autori, valoarea alocaţiilor pentru familie a scăzut.[20] Există, desigur, un şir de diferenţe între statele postcomuniste în ceea ce priveşte politicile sociale, inclusiv cele familiale, dar aceste ţări dispun şi de trăsături comune. Una dintre acestea o reprezintă preferinţa pentru beneficii financiare şi mai puţin pentru măsuri active. De asemenea, insuficienţa sistemelor publice de îngrijire oferă puţine facilităţi pentru integrarea părinţilor în piaţa muncii. Totuşi, rezultatele mai multor cercetări, realizate la tema dată, demonstrează că angajarea femeii în câmpul muncii rămâne a fi în aceste ţări cea mai ridicată la nivel european, situaţie datorată şi unor tradiţii moştenite din perioada socialistă.[21] (În Republica Moldova, de exemplu, lipsa instituţiilor de îngrijire a copiilor de vârstă preşcolară este completată adesea de „institutul bunicilor", care oferă tinerelor mame posibilitatea de a-şi continua studiile sau de a intra pe piaţa muncii.)

Cu referire la ***clasificarea politicilor familiale în Europa de Est şi Centrală*** (în fostele ţări socialiste) din perspectiva principalelor scopuri (bunăstarea copiilor, egalitatea de gen, concilierea vieţii de familie cu profesia), precum şi a principalelor măsuri întreprinse în vederea realizării acestor scopuri (suport financiar, susţinerea părinţilor în îmbinarea muncii cu treburile casnice, diverse măsuri de suport al maternităţii, paternităţii etc.), un studiu din ultimii ani (*Fertility and Family Policies in Central and Eastern Europe*, *2015*) evidenţiază următoarele modele de politici familiale, numite şi modele de tranziţie:

• ***Modelul de politică familială complexă*** (Estonia, Slovenia). Acest model se caracterizează prin crearea condiţiilor suficiente pentru reducerea greutăţilor ce ţin de îmbinarea muncii, familiei şi îngrijirii copilului; servicii adecvate pentru îngrijirea copiilor; sprijin financiar; acţiuni pentru rezolvarea problemelor egalităţii de gen.

[20] STĂNESCU, S. M. *Statul bunăstării între supraviețuire*, *reformă şi integrare europeană*. București, 2013, p.65-66.

[21] POPESCU, R. *Introducere în sociologia familiei*. *Familia românească în societatea contemporană*. Iași, 2009, p.162.

• ***Modelul de politică familială „Bărbatul aducător de venit"*** (Republica Cehă, Slovacia). În calitate de elemente principale, specifice acestor politici, pot fi numite: concediul îndelungat pentru îngrijirea copilului; lipsa grădiniţelor/ creşelor pentru îngrijirea copilului care au fost lichidate; discriminarea frecventă la lucru/serviciu a femeilor cu copii mici; greutăţi în îmbinarea activităţii profesionale cu familia; practicarea rară a ocupării temporare.

• ***Modelul de politică familială pronatalistă*** (Rusia), axat pe sprijin financiar mare (indemnizaţii pentru naşterea copilului etc.); concediu îndelungat pentru îngrijirea copilului etc.

• ***Modelul de politică familială frecvent schimbător*** (Ungaria, Lituania), determinat de: schimbarea înţelegerii misiunii politicii sociale în dependenţă de schimbarea partidelor politice venite la putere; schimbări între dispoziţiile patriarhale şi egalitatea de gen. Astfel, în unele perioade se accentuează importanţa pentru femei de a sta acasă cu copiii, iar în altele – de a crea condiţii favorabile pentru îmbinarea muncii cu familia.

• ***Modelul de politici familiale slab dezvoltate*** (Polonia, România). În cazul Poloniei este o politică conservativă, orientată catolic, iar în cazul României este o activitate care necesită mult mai multă atenţie din partea guvernului.

• ***Politica familială nedezvoltată*** (Serbia, Croaţia). Aceste politici se caracterizează prin îngrijorarea guvernului de nivelul redus al natalităţii şi al bunăstării familiei şi copilului; prin elaborarea documentelor oficiale de politici familiale, care însă nu se realizează din cauza lipsei de mijloace necesare pentru aceasta.[22]

Cel mai reuşit model este considerat *modelul de politică familială complexă*, în cadrul căruia sunt create condiţii suficiente pentru îmbinarea profesiei, familiei şi creşterii copiilor; sunt create servicii de îngrijire a copiilor; există suportul financiar; se rezolvă problema egalităţii de gen, cu toate că acestea există în continuare.

Dezvoltarea politicilor familiale în plan european a fost însoţită de diverse critici. Astfel, se sugerează ideea că prin intermediul politicii familiale statul se amestecă în viaţa privată a membrilor familiei. Familia, într-adevăr, este o instituţie a domeniului privat al vieţii. Dar, în condiţiile în care dezvoltarea economică şi socială contradictorie a condus la multiplicarea problemelor sociale (şomaj, venituri scăzute, lipsa locuinţelor, aprofundarea inegalităţii sociale, sărăcie etc.), la creşterea numărului de divorţuri, al familiilor monoparentale, uniunilor consensuale, al copiilor născuţi în afara căsătoriei, al persoanelor în vârstă etc., intervenţia statului este necesară pentru a sprijini familia în complicatul proces de adaptare la toate aceste transformări înregistrate pe plan naţional şi mondial. În alţi termeni, familia devine şi o problemă publică a statului, fapt confirmat, în particular, şi de bugetele ţărilor membre ale UE, în care există un capitol referitor la familie şi copii. În aceste ţări, volumul alocaţiilor bugetare se caracterizează uneori

[22] BASTEN, S., FREJKA, T. (co-ordinating authors). Fertility and Family Policies in Central and Eastern Europe. În: *Barnet Papers in Social Research*. Working Paper 15-01, February 2015, p.43-66.

prin diferenţe semnificative, dar cu care puţin posibil să se poată compara cele din Republica Moldova. Ponderea cheltuielilor alocate protecţiei familiei şi copilului este în prezent în Moldova de 3,3% din Bugetul național și de 1,1% din PIB. În Finlanda, Suedia şi Danemarca, de exemplu, cheltuielile publice pentru prestaţiile familiale sunt respectiv de 2,867, 3,395 și 3,405% din PIB, iar în Germania, Polonia, Estonia sunt respectiv de 2,328, 2,615 și 2,832 din PIB.[23] Menționăm, totodată, că o îmbunătăţire a acestei situaţii în Moldova este prevăzută de noul *Program Național pentru Protecția Copilului* (2022-2026), care prevede dublarea ponderii cheltuielilor alocate protecției familiei și copilului în Bugetul național și PIB către anul 2026 (respectiv, 6,6% și 2,2%[24]).

Abordările europene privind familia diferă de la o ţară la alta nu doar prin volumul alocaţiilor bugetare, dar şi prin felul centrării lor pe familie ca un tot sau pe membrii ei ca persoane individuale. Tendinţa europeană generală, după cum menţionează mai mulţi autori, este orientată spre trecerea de la *familialism* (politici publice centrate pe familie, care au început să se dezvolte începând cu a doua jumătate a secolului al XIX-lea în cadrul societăţii industriale) spre *individualism* (politici sociale centrate pe individ, care au început să se contureze spre sfârşitul secolului al XX-lea, odată cu dezvoltarea societăţii postindustriale). În acest sens G. Esping-Andersen vorbeşte despre o „defamiliarizare" a politicilor sociale – tendinţă care însă se manifestă cu grade diferite de intensitate în diferite regiuni. În ţările europene sudice şi latine, de exemplu, accentul este pus încă pe familialism, pe când în ţările nordice şi anglo-saxone – pe individualism.

Cu referire la ţările Europei Centrale şi de Est, inclusiv Republica Moldova, putem spune că, în condiţiile expansiunii economiei de piaţă şi a problemelor generate de aceasta, politicile publice privind familia se caracterizează prin multiple abordări contradictorii, acestea reflectând confruntările dintre familialismul tradiţional şi individualismul modernist.

2.3. Politici familiale în Republica Moldova: impact asupra bunăstării familiei și situației demografice

După cum s-a menţionat deja, politicile familiale pot avea un efect simultan asupra bunăstării şi fertilităţii familiei, facilitând realizarea dorinţei cuplurilor de a avea copii. Altfel spus, măsurile/programele guvernamentale orientate spre protecţia familiei şi copilului ar putea influenţa pozitiv creşterea fertilităţii/natalităţii, în condiţiile în care acestea vor reuși să soluţioneze diverse probleme (economice, sociale, culturale, de sănătate, educaţie etc.), apărute/multiplicate odată cu naşterea copiilor.

[23] *Family benefits public spending* (*2017*). Disponibil: https://data.oecd.org/socialexp/family-benefits-public-spending.htm

[24] *Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova nr.347 din 01.06.2022 cu privire la aprobarea Programului național pentru protecția copilului pe anii 2022-2026 și a Planului de acțiuni pentru implementarea acestuia*. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_ id=131899&lang=ro

Nevoia de asemenea măsuri de protecţie a familiei se simte cu atât mai mult în Republica Moldova, unde comportamentul reproductiv suferă în zilele noastre transformări semnificative, fertilitatea generală scăzând într-un ritm accelerat. Astfel, din 1950 până în 1990 numărul născuţilor a scăzut de la 91,1 mii la 77 mii copii anual, iar în ultimele două decenii aceste cifre au obţinut valori şi mai mici: în 2014 s-au născut vii 40.909 copii, în 2018 – 34.736 copii, în 2019 – 32.022 copii, în 2020 – 30.700 copii, iar la 1 ianuarie 2022 – 29.230 copii, fiind în descreștere cu 1 604 copii (sau cu 5,2%) față de anul 2020. La 1 ianuarie 2022 numărul copiilor de 0-17 ani în Republica Moldova a constituit **559,4 mii copii**, fiind în scădere continuă (în anul 2020 erau 559,7 mii copii) şi reprezentând la etapa actuală 21,5% din numărul total al populației cu reşedinţă obişnuită (2604,0 mii persoane la 01.01.2022). De la ultimul recensământ (2014) populaţia Republicii Moldova a scăzut cu 265,5 mii persoane (9,3%), factorii principali care au influențat declinul populației fiind sporul natural negativ al populației și migraţia. În fiecare an pleacă din ţară în jur de10 mii de persoane. Or, depopularea rămâne a fi în continuare o problemă acută pentru Republica Moldova.

Rata natalităţii în anul 2021 a scăzut până la 11,2 născuţi-vii la 1000 de locuitori, faţă de 11,7 născuţi-vii la 1000 de locuitori în 2020. La etapa actuală se înregistrează schimbări esenţiale privind evoluţia fertilităţii în dependenţă de vârsta mamei, reducându-se semnificativ numărul copiilor născuţi de femeile de vârste tinere. Ele amână sarcina şi naşterea la o vârstă mai înaintată, ceea ce reduce probabilitatea de a da naştere la mai mulţi copii. Vârsta medie a mamei la prima naştere, în 2021, a fost de 25,1 ani (ca şi în anul precedent). ***Rata totală a fertilităţii***, în 2021, s-a micşorat faţă de anii precedenţi, constituind 1,73 copii per femeie (în 2019 – 1,82 copii). Chiar dacă rata totală de fertilitate în Republica Moldova este relativ mai înaltă decât în unele ţări din Europa (în 2020: Danemarca – 1,67, Belgia – 1,55, Finlanda – 1,37, Norvegia – 1,48, Suedia – 1,67, Irlanda – 1,60[25]), totuşi acest indicator nu atinge nivelul necesar pentru simpla înlocuire a generaţiilor (2,14-2,15 copii). În Republica Moldova, ca şi în alte ţări europene, tendinţa spre modelul familial format din 1-2 copii se conturează deja din anii ’70-’80 ai sec. XX. Astfel, conform datelor *recensământului din 1959*, numărul de familii cu şase şi mai multe persoane constituia 15,1%. Conform *recensământului din 2014*, din numărul total de gospodării (959.240), doar 10,6% aveau trei şi mai mulţi copii (12,8% din aceste gospodării fiind în zona rurală, iar 6,3% – în zona urbană); 53,8% gospodării aveau un singur copil; 35,6% gospodării aveau doi copii. În 2019-2020, familiile cu trei şi mai mulţi copii erau în număr de 14.232.[26]

[25] *List of sovereign states and dependencies by total fertility rate* (2020). Disponibil: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_sovereign_states_and_dependencies_by_total_ fertility_rate

[26] *De la criză la soluţie*. Chişinău: UNICEF, iulie 2020, p.6. Disponibil: https://moldova.un.org/sites/default/files/2020-07/Report%20STAS-Issues%20of%20Families%20with%20Children-UNICEF.pdf

Schimbările din comportamentele familiale se produc în Republica Moldova pe fundalul proceselor contradictorii ale îndelungatei perioade de liberalizare a pieței, însoțite de declinul economic și de corupție în toate domeniile, de scăderea semnificativă a calităţii vieţii majorităţii populaţiei, de creşterea sărăciei, şomajului, nesiguranţei în ziua de mâine, de migraţia în masă peste hotarele ţării în căutarea unui loc de muncă etc., soldându-se în ultimele două decenii cu declinul profund şi constant al situaţiei demografice, cu îmbătrânirea populaţiei. Toate acestea, îmbinate cu lipsa unor mecanisme adecvate de protecţie a majorităţii populaţiei, prezintă un pericol serios pentru dezvoltarea economică şi durabilă a ţării.

Dintr-o perspectivă mai generală și a caracterului integrator al politicii familiale, luând deci în considerare și măsurile care nu vizează numai familia, dar pe care o influenţează, pot fi evidenţiate o diversitate de acţiuni, de mijloace de intervenţie prin politica familială: legislaţia referitoare la protecţia familiei; sistemul de prestaţii familiale (alocaţii pentru copii, beneficii pentru maternitate, beneficii pentru adopţie, pentru familiile monoparentale, pentru familiile sărace cu copii: alocaţii de suport, pentru chirie, energie etc.), serviciile sociale (învăţământ, asistenţă medicală, servicii de îngrijire a preşcolarilor, de petrecere a timpului liber, dezvoltare psihică şi intelectuală a copilului, servicii de îndrumare şi consiliere a părinţilor, în special a celor tineri etc.), sistemul de asistenţă socială, sistemul fiscal (reduceri de impozite în funcţie de numărul de copii aflaţi în întreţinere, subvenţii pentru produsele destinate copiilor sau credite, în special pentru familiile tinere), eliminarea unor restricţii în domeniul informaţiei şi serviciilor ce vizează comportamentele familiale atât direct, cât şi indirect etc.[27]

La nivel internaţional şi cel al UE, precum şi la nivel naţional, pe parcursul anilor au fost adoptate o serie de reglementări importante în domeniul social, inclusiv cu referire la familie. Din această perspectivă, la nivel internaţional sunt importante: Declaraţia Universală a Drepturilor Omului (1948), Convenţia pentru apărarea drepturilor omului şi a libertăţilor fundamentale din 1950 (actualizată, 2014), Obiectivele de Dezvoltare a Mileniului (2000) etc. Printre cele mai importante documente de la nivel comunitar se enumeră: Tratatul de la Roma (1958), Carta (Hartia) Socială Europeană (1961), Carta Drepturilor Sociale Fundamentale ale Muncitorilor (1989), Carta Socială Europeană Revizuită (1991), Tratatul de la Maastricht (1992), Tratatul de la Amsterdam (1997), Strategia Europeană de la Lisabona (2000), Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene (2000), Strategia Europa 2020 (2010) etc.

Cunoaşterea reglementărilor sociale/familiale, adoptate la nivel internaţional şi la nivelul UE, oferă posibilitatea de a înţelege contextul în care

[27] POPESCU, R. *Introducere în sociologia familiei. Familia românească în societatea contemporană*. Iași, 2009, p.142.

politica socială/familială din Republica Moldova, ţară cu statut de candidat pentru aderarea la UE (obţinut în iunie 2022), încearcă să se conformeze/articuleze la aceste reglementări, la modelul social/familial european. De menţionat totodată că *Modelul social european* nu prevede constituirea unui model unic pentru toate ţările europene. Aceasta se datorează unui şir de factori de natură socială, culturală, ideologică, politică etc., care au influenţat formarea sistemelor de politici sociale şi familiale relativ diferite de la o ţară la alta. ***Modelul social european înseamnă „împărtăşire a unor viziuni comune şi principii asupra diferitelor aspecte sociale şi a importanţei lor în cadrul construcţiei europene", având ca obiective realizarea egalităţii de şanse, participarea socială, integrarea/incluziunea socială şi solidaritatea socială.***[28]

În plan naţional, instrumentele legislative fundamentale de la care pornesc politicile familiale sunt *Constituţia Republicii Moldova* (1994) şi *Codul familiei* (2000), în care se stipulează (art.43, 44, 47, 48 din Constituţie) că familia şi relaţiile de familie în Republica Moldova sunt protejate de stat, se garantează dreptul la asistenţă şi protecţie socială**.** Printre *alte legi* importante cu referire la protecţia socială a familiilor și copiilor din Republica Moldova se enumeră: *Codul muncii* (2003), *Legea asistenţei sociale* (2003), *Legea cu privire la ajutorul social* (2008), *Legea cu privire la serviciile sociale* (2010), *Legea privind alocaţiile sociale de stat pentru unele categorii de cetăţeni* (1999), *Legea Fondului de susţinere a populaţiei* (2000), *Legea privind drepturile copilului* (1994), *Legea privind indemnizaţiile pentru incapacitate temporară de muncă şi alte prestaţii de asigurări sociale* (2004) etc.

Actele normative cu referire directă la protecţia familiei din Republica Moldova sunt completate de strategiile naţionale cu privire la protecţia copilului şi familiei (*Strategia pentru protecţia copilului pe anii 2014-2020*), cu privire la tineret şi familiile tinere (*Strategia pentru Tineret 2004-2006* şi *Strategia Naţională pentru Tineret pe anii 2009-2013*), iar mai recent de *Programul național pentru protecția copilului pe anii 2022-2026 și Planul de acțiuni pentru implementarea acestuia* (aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.347 din 01.06.2022), de Programul „*Familia*" (lansat la 21.09.2022) etc. Axate pe aceste reglementări legislative, acţiunile vizate de politica familială au drept ***scop major reducerea sărăciei, creşterea bunăstării familiilor***, consecinţele cărora vor fi resimţite şi în sporirea natalităţii scăzute.

Bunăstarea se exprimă, în esenţă, prin indicatori ce caracterizează nivelul de trai, indicatorul cel mai important fiind venitul individual sau, altfel spus, resursele

[28] VAUGHAN-WHITEHEAD, D.C. *EU enlargement versus social Europe? The uncertain future of the European Social Model*. Edward Elgar Pub., 2003, p.3-5; STANCIU, M. Politici sociale şi globalizare în ţările europene. În: *Calitatea vieţii* (Bucureşti), anul XYVIII, 2007, nr.1-2, p.146.

de care dispune familia în vederea satisfacerii nevoilor sale materiale şi spirituale. Esenţa bunăstării este exprimată de *dimensiunea monetară*. Menţionăm însă că măsura cea mai frecvent utilizată atunci când se măsoară bunăstarea este *consumul şi nu venitul*. Oricum, caracteristicile acestor indicatori ne permit să judecăm despre nivelul bunăstării în ţara noastră. Astfel, potrivit datelor BNS, în anul 2021 **venitul** disponibil mediu lunar pentru o persoană a fost de **3510,1 lei**, înregistrând o creştere cu 7,8% faţă de 2020 (3096,6 lei).[29] Veniturile au fost constituite în 2021 din: *câştigurile salariale*; *prestaţiile sociale*; *activităţile pe cont propriu*; *transferurile băneşti din afara ţării* (a se vedea *Figura 2.1.*).

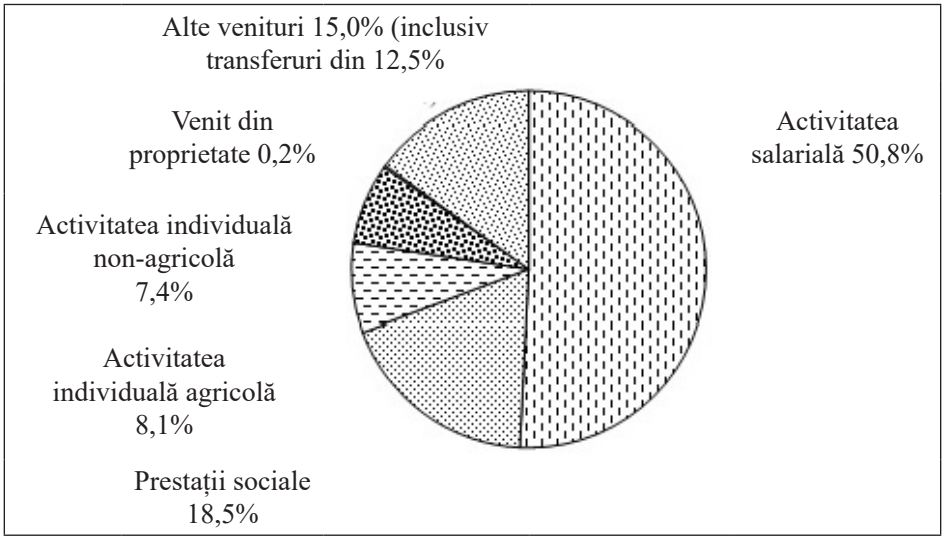


Fig.2.1. Structura veniturilor disponibile ale populației, 2021

Sursa: *Veniturile şi cheltuielile populaţiei în anul 2021*, BNS

După cum observăm, cea mai importantă sursă de venit a populației sunt câștigurile salariale (50,8% din veniturile totale), urmate de prestațiile sociale (18,5% din veniturile medii lunare), care s-au diminuat cu 0,8% față de anul 2020. O sursă semnificativă pentru bugetele gospodăriilor rămân a fi transferurile bănești din afara țării (12,5% din veniturile totale), și acestea înregistrând o descreștere în raport cu anul precedent cu 0,4 puncte procentuale.

Mărimea medie a veniturilor depinde în mare măsură de componența gospodăriei. Or, veniturile ce revin în medie unei persoane se diminuează pe măsura majorării numărului de membri în gospodărie. Gospodăriile formate dintr-o singură persoană au dispus în 2021 de venituri de 1,9 ori mai mari comparativ cu cele constituite din 5 și mai multe persoane. În valori absolute aceste extreme au înregistrat, în medie, valori de 4235,8 lei per persoană pentru

[29] *Veniturile şi cheltuielile populaţiei în anul 2021*. Disponibil: https://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=7344

gospodăriile formate dintr-o singură persoană și 2185,2 lei per persoană pentru gospodăriile cu 5 și mai multe persoane. Or, veniturile salariale dețin o pondere mai mică în cazul celor cu 3 și mai mulți copii.

Dacă ne referim la **consum,** stabilim următorul tablou: *cheltuielile medii lunare de consum* ale populaţiei în anul 2021 au constituit în medie perpersoană **3039,5** lei, ceea ce este cu 8,9% mai mult comparativ cu anul 2020 (**2791,2** lei)**.** Principalele destinații ale cheltuielilor efectuate de gospodării sunt consumul de bunuri alimentare – 41,9%, locuință, apă, electricitate și gaze – 15,2%, îmbrăcăminte și încălțăminte – 9,1%. Celelalte cheltuieli au fost direcționate pentru achitarea serviciilor de transport, mobilier, dotarea și întreținerea locuinței, sănătate, telecomunicaţii etc. (a se vedea *Figura 2.2*.).

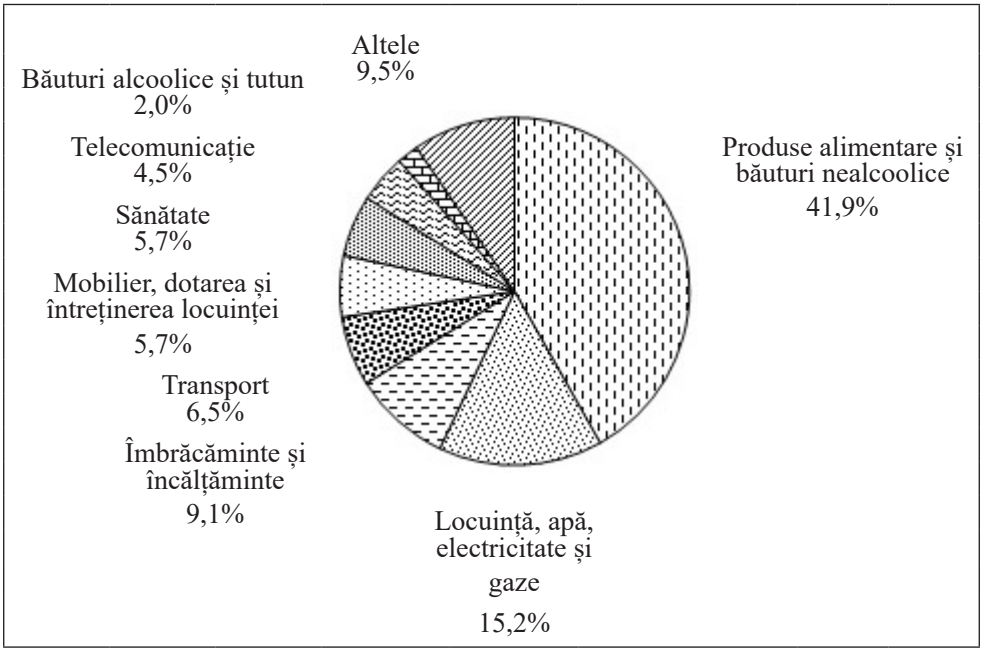


Fig.2.2. Structura cheltuielilor de consum ale populației, 2021

Sursa: *Veniturile şi cheltuielile populaţiei în anul 2021*, BNS

Astfel, observăm că cea mai mare parte din cheltuieli revine consumului alimentar şi întreţinerii locuinţei. Cheltuielile de consum ale gospodăriei sunt şi ele puternic influențate de mărimea acesteia, îndeosebi în cazul gospodăriilor numeroase. Dacă în gospodăriile cu o singură persoană cheltuielile medii lunare pe o persoană au însumat 3968,2 lei, atunci pentru cele constituite din 5 și mai multe persoane cheltuielile sunt de 1,9 ori mai mici (2054,4 lei). Aceeași situație se observă și în cazul gospodăriilor cu copii: o gospodărie cu numai un copil în întreținere cheltuie în medie pe o persoană de 1,5 ori mai mult decât o gospodărie cu 3 și mai mulți copii.

În societatea moldovenească predomină gospodăriile care dispun de venituri pentru strictul necesar. Dacă în 2018 aceste gospodării constituiau 42,5%, apoi în 2021 ponderea lor a crescut (din contul săracilor) până la 49,1%.[30] Studiul „***Generaţii şi Gen***", realizat de UNFPA în 2020 pe un eșantion de 10 mii de persoane, prezintă o realitate şi mai tristă. Conform rezultatelor acestui studiu, doar 28,9% din gospodăriile investigate (16908) dispun de venituri pentru a acoperi necesităţile de bază. Pe măsura înaintării în vârstă, scade gradual ponderea gospodăriilor cu venituri suficiente pentru a acoperi necesitățile de bază. Astfel, dacă pentru vârsta 15-19 ani ponderea respectivă este de 46,3%, fiind și cea mai mare, apoi ea scade gradual până la doar 20,3% în cazul persoanelor cu vârsta de 60-64 de ani sau chiar până la 12,9% pentru grupa de vârstă 75-79 de ani. Aceasta se explică, pe de o parte, prin fragilitatea sistemului economic care nu asigură un nivel suficient al veniturilor, iar, pe de altă pate, prin creșterea necesităților odată cu formarea și creșterea familiilor și înaintarea în vârstă (în special, în cazul serviciilor medicale).[31] Diminuarea nivelului de trai al majorității populației din țara noastră a fost puternic influențată în ultimii ani de pandemia COVID-19, iar mai recent și de războiul dezlănțuit de Rusia în Ucraina, de criza energetică provocată de acest război, ceea ce a generat creșterea galopantă a prețurilor la toate produsele și serviciile etc. Desigur, *starea dată a lucrurilor nu poate fi trecută cu vederea la elaborarea politicilor sociale/familiale*.

Țara noastră, cu o populație îmbătrânită, rămâne în continuare cea mai săracă țară din Europa. Indicatorul principal pentru măsurarea sărăciei este **rata sărăciei,** care reprezintă proporția persoanelor ale căror cheltuieli de consum sunt inferioare unui prag stabilit al sărăciei (absolute și extreme), acesta fiind disponibilitatea mijloacelor populației ce le-ar permite asigurarea necesităților de bază minime, acceptabile la nivel național. Circa 25% din populaţia ţării se încadrează în rata sărăciei absolute, minimul de existenţă constituind în 2021 în jur de 2154 lei.

Deşi salariile au crescut în 2021 (salariul mediu pe economie era de 9200 lei, iar în 2022 – de 9900 lei), efectele pozitive nu au fost resimţite de majoritatea moldovenilor, din cauza creşterii inflaţiei, aceasta fiind cea mai mare din ultimii 18 ani (în 2022 – de circa 34%). Totodată, se observă o creştere a discrepanţei dintre cei bogaţi şi cei săraci. Astfel, în 2021, cei mai bine plătiţi 10% din salariaţi (60 mii de moldoveni) au avut un salariu mediu lunar de 25 mii de lei, pe când 10% (60 mii de moldoveni) din cei mai prost plătiţi salariaţi au avut un salariu de doar 2890 lei pe lună. Or, oamenii săraci primesc un salariu de 8-9 ori mai mic decât cei bogaţi.

[30] *Moldova inegală. Analiza celor mai relevante inegalităţi din Republica Moldova*, 2021, p.7-11. Disponibil: https://eef.md/media/files/files/raport_moldova_inegala_final_2482506.pdf

[31] *Raportul studiului „Generaţii şi Gen. Fii vocea generaţiei tale!"*. Chişinău, 2021, p.434.

Cea mai ridicată rată a sărăciei (38,1%) s-a înregistrat în gospodăriile cu trei şi mai mulţi copii.[32] După cum relatează şi datele studiului „Generaţii şi Gen", numărul de copii aflați în întreținerea persoanelor este corelat pozitiv cu expunerea la sărăcie: cei care au mai mulți copii se confruntă cu cele mai mari dificultăți în acoperirea necesităților de trai. Altfel spus, ponderea persoanelor ale căror venituri sunt suficiente pentru acoperirea necesităților de bază este cea mai mare în rândul celor fără copii (36%), fiind în scădere pe măsura creșterii numărului de copii, cel mai probabil și din cauza creșterii necesităților de întreținere: 32% cu 1 copil, 26,7% cu 2 copii și 23,3% pentru 3 și mai mulți copii.[33]

Vulnerabilităţile familiilor (în special ale celor cu copii) s-au acutizat semnificativ în condiţiile pandemiei COVID-19. Specialiștii din 36 Structuri teritoriale de asistenţă socială (STAS), de exemplu, au stabilit în 2020 cinci probleme dintre cele mai acute care au afectat familiile cu copii şi care continuă într-o anumită măsură să persiste şi la etapa actuală:

- lipsa unui venit stabil datorat imposibilității de deplasare la locul de muncă și/sau suspendării activității angajatorului;
- insuficiența produselor alimentare;
- accesul limitat al copiilor la educație;
- insuficiența produselor igienice și de protecție;
- lipsa unui adult în grija căruia să fie lăsați copiii în cazul părinților care au trebuit să se deplaseze la serviciu.

Conform cercetării realizate de specialiștii STAS, pandemia COVID-19 a afectat prioritar familiile cu copii cu venituri mai mici decât venitul minim garantat (20004 familii), familiile cu trei sau mai mulți copii, acestea fiind în număr de 14232 (nesatisfacerea nevoilor de bază, acces limitat al copiilor la educație) și familiile în care un părinte și-a pierdut locul de muncă în număr de 3083 (pierdere venituri, depresie etc.) etc.[34]

În contextul celor exspuse, este de menționat faptul că în ultimul timp Guvernul Republicii Moldova întreprinde un șir de acțiuni în scopul creșterii bunăstării familiilor și copiilor. Printre acestea se regăsesc *Programul național pentru protecția copilului pe anii 2022-2026 și Planul de acțiuni pentru implementarea acestuia* (aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.347 din 01.06.2022), *Programul* „*Familia*" (lansat la 21.09.2022) etc., care conțin un set amplu de măsuri guvernamentale, destinate susținerii familiilor cu copii din toate categoriile sociale, extinderii serviciilor adresate

[32] *Nivelul sărăciei în Republica Moldova în anul 2019*. Disponibil: https://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6865

[33] *Raportul studiului „Generaţii şi Gen. Fii vocea generaţiei tale!"*. Chişinău, 2021, p.435. Disponibil: https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/raportul_studiului_ generatii_si_gen_in_republica_moldova.pdf

[34] *De la criză la soluţie*. Chişinău, UNICEF, iulie 2020, p.6-7.

copiilor în dificultate, susținerii familiilor tinere cu noi opțiuni de creștere și îngrijire a copilului etc.

Este cert că veniturile relativ mici, caracteristice pentru majoritatea familiilor din ţara noastră, nu vor permite acestora să facă faţă multitudinii de probleme (economice, sociale, culturale, de sănătate, educaţie etc.) apărute odată cu naşterea copiilor. Starea dată a lucrurilor este confirmată şi de rezultatele mai multor studii. Astfel, 71% (1964 persoane) din respondentele studiului „*Comportamentul reproductiv al femeilor din Republica Moldova*”[35] au situat problemele de ordin economic/material (salariile mici) pe primul loc în lista problemelor ce le îngrijorează și care le influențează intenția de a naște copii. Fiind întrebate dacă *veniturile de care dispun sunt suficiente pentru naşterea copilului* (primului copil, respondentele care nu au născut încă) *sau a următorului*, *încă a unui copil*, doar 18,1% din ele și-au apreciat aceste venituri ca suficiente, iar 47,2% – ca parțial suficiente. Un număr semnificativ din totalul respondentelor (34,7%) și-au apreciat veniturile familiei chiar ca fiind/au fost „deloc suficiente” pentru naşterea următorului copil. Procentajul celor care reuşesc să procure tot de ce au nevoie pentru creşterea copiilor este foarte mic (6,5%). Menționăm în context că situația materială a constituit unul dintre motivele pentru care 26,4% din respondente au recurs la întreruperea sarcinii. Problemele financiare, situate pe prima poziție (44,8%) în lista *impedimentelor* ce influențează decizia de a naşte primul sau următorul copil, au fost urmate de *spaţiul locativ insuficient* (24,5%), *sprijinul insuficient din partea statului* (20,8%), *problemele de sănătate* (15,2%) etc.

Respondentele își dau bine seama şi de faptul că decizia de a naşte copii este în cele din urmă o chestiune autonomă a fiecărui individ, a fiecărei familii. Astfel, 90,8% din respondente, cu mici diferenţe pe generaţii, sunt „absolut de acord” (62,1%) sau „mai degrabă de acord” (28,7%) cu afirmaţia că „*familia trebuie să ţină cont de propriile posibilităţi şi să ia de sine stătător decizia cu privire la naşterea copilului şi la satisfacerea pe deplin a cerinţelor lui*”. Totodată, în condițiile actualei crize socioeconomice, este greu de imaginat că familiile tinere își pot realiza intențiile reproductive fără un sprijin substanţial din partea statului, care să contribuie la sporirea veniturilor familiilor, la atenuarea costurilor directe şi indirecte presupuse de creşterea copiilor, la asigurarea, în cele din urmă, a unui trai decent. Majoritatea respondentelor (81,8%) consideră că statul trebuie să încurajeze natalitatea în mod activ prin diferite măsuri de susținere a familiilor cu copii, printre cele mai importante fiind: *majorarea indemnizaţiilor pentru îngrijirea copilului* (75,9%), *oferirea îngrijirii medicale gratuite pentru mamă şi copil* (61,8%), *asigurarea concediului de îngrijire a copilului cu păstrarea*

[35] BULGARU, M., BULGARU, O. *Comportamentul reproductiv al femeilor din Republica Moldova*. *Studiu sociologic*. Chișinău: CEP USM, 2018, p.41-45.

locului de muncă (60,6%), *multiplicarea serviciilor de îngrijire a copilului* (39,4%), *oferirea mai multor cunoştinţe şi a accesului mai mare la metodele de planificare familială*, *oferirea concediului paternal de o durată mai mare de 14 zile*[36] etc. (a se vedea *Figura 2.3*.).

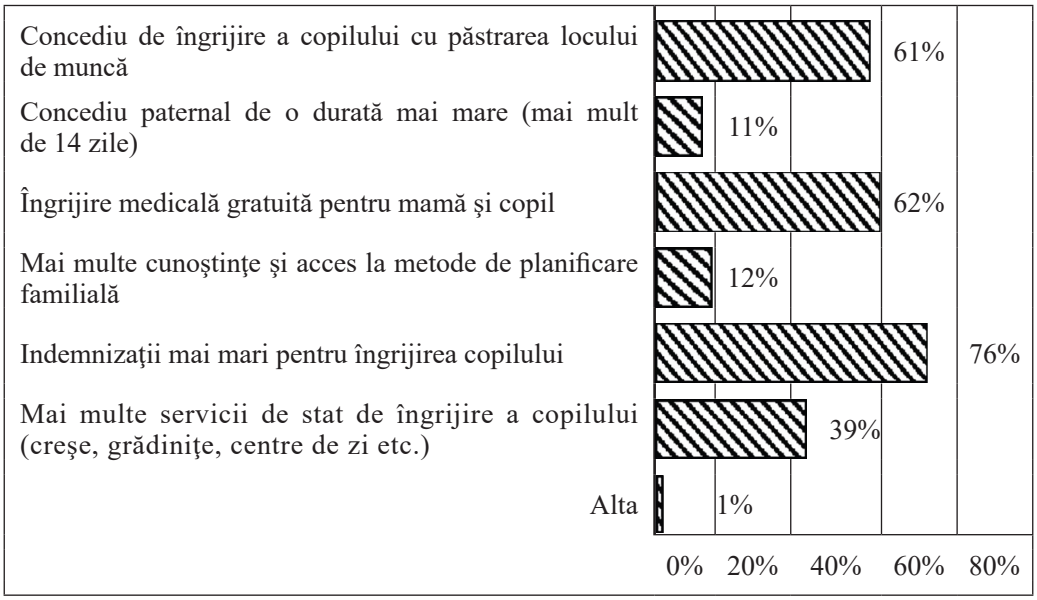


Fig.2.3. Măsuri din partea statului de încurajare a natalității

Sursa: *Comportamentul reproductiv al femeilor din Republica Moldova*

Politicile familiale în Republica Moldova sunt axate preponderent pe suportul financiar/economic din partea statului. Principalul suport economic este acordat de către stat familiilor cu copii prin ***sistemul de indemnizaţii*** − *plăţi unice sau periodice acordate familiei pentru naşterea*, *îngrijirea şi întreţinerea copilului***.** Scopul acestor măsuri de susţinere este de a diminua cheltuielile familiei ce ţin de creşterea copilului.

De ***indemnizaţie unică*** la naşterea copilului pot beneficia în Republica Moldova atât femeile asigurate, cât şi cele neasigurate*. Pentru copiii născuţi începând cu 1 ianuarie 2022, mamele au beneficiat de indemnizaţie unică la naşterea copilului în cuantum de 10.068 lei pentru fiecare copil născut viu. Conform Programului „*Familia*”, **de la 1.01.2023, indemnizaţia unică la naşterea copilului a crescut cu 864 lei şi este de 10.932 lei**. Esenţa acestei indemnizaţii constă în acoperirea unor cheltuieli importante apărute odată cu naşterea copilului – leagăn, cărucior etc. Dacă raportăm cuantumul

[36] BULGARU, M., BULGARU, O. *Comportamentul reproductiv al femeilor din Republica Moldova*. *Studiu sociologic*. Chişinău: CEP USM, 2018, p.80-81.

***** Persoană neasigurată este persoana fizică, aptă de muncă, domiciliată în Republica Moldova şi care nu a plătit contribuţii de asigurări sociale.

indemnizaţiei la preţul acestor bunuri, atunci valoarea lor depăşeşte cu mult pe cea a indemnizaţiei. Situaţia devine şi mai vulnerabilă dacă ţinem cont de faptul ca prestaţiile oferite nu sunt protejate de inflaţie (este de 34%) printr-o indexare echitabilă în raport cu preţurile.

Femeile însărcinate beneficiază de ***indemnizația de maternitate***, acordată pe perioada concediului de maternitate. Cuantumul lunar al indemnizaţiei de maternitate este de 100% din baza de calcul (stabilită de către unitatea economică în care angajata îşi desfăşoară activitatea de bază), iar baza de calcul a indemnizaţiei de maternitate o constituie venitul mediu lunar asigurat, realizat în ultimele 12 luni calendaristice premergătoare naşterii copilului.

Începând cu 1 martie 2023, potrivit modificărilor operate în cadrul normativ (*Legea pentru modificarea unor acte normative* nr.353/2022), femeia asigurată are dreptul la indemnizaţia de maternitate şi în cazul în care activează în perioada concediului de maternitate şi realizează venit asigurat. Cu alte cuvinte, acum este posibil ca ea să primească atât salariul, cât și indemnizația de maternitate în același timp. Totodată, începând cu 1 martie 2023, indemnizaţia de maternitate se calculează din venitul asigurat al unuia dintre soţii asiguraţi, care va determina un cuantum mai mare al indemnizaţiei de maternitate.

O altă categorie de indemnizaţii, la care au dreptul femeile asigurate, este ***indemnizația lunară pentru îngrijirea copilului***, stabilită în cuantum de 30% din baza de calcul, care nu poate depăși suma a cinci salarii medii lunare pe economie prognozate pe anul respectiv (2020 – 7953 lei; 2021 – 9200 lei; 2022 – 9900 lei, 2023 – 11700 lei). Femeile neasigurate beneficiază de indemnizaţie lunară pentru îngrijirea copilului de la naşterea copilului până la 2 ani, această indemnizație constituind din 2021 doar 740 lei. Începând cu 1 octombrie 2022, orice copil până la vârsta de 2 ani din țara noastră, indiferent de statutul părinților (asigurat/neasigurat social), beneficiază suplimentar și de îndemnizația lunară de 1000 de lei.

Cadrul legal mai prevede și acordarea *indemnizaţiei lunare de suport pentru creșterea până la vârsta de 3 ani a copiilor gemeni* sau a mai mulți copii născuți dintr-o singură sarcină. Valoarea acesteia s-a majorat în 2022 de la 370 de lei (2021) la **500 lei.** De indemnizație pot beneficia atât persoanele asigurate, cât și cele neasigurate.

Gama prestațiilor/indemnizațiilor de care beneficiază familia și copilul este diversă. Astfel, în cadrul acestora se înscriu, de asemenea:

- Indemnizațiile și concediul medical pentru îngrijirea copilului bolnav cu vârsta de până la 10 ani, iar în cazul copilului care suferă de maladie oncologică și al copilului cu dizabilitate pentru afecțiuni intercurente, până la împlinirea vârstei de 18 ani;
- Indemnizația lunară pentru copiii de la 1,5 ani până la 18 ani aflați sub tutelă;
- Indemnizația lunară pentru mamele solitare și altele;

- Indemnizația de suport pentru familiile cu copii (până la 4000 lei), acordată, începând din 1.09.2022, la 25000 de beneficiari pentru asigurarea condițiilor adecvate de creștere a copilului, prevenirea separării copiilor de părinți (programul „Familia");
- Ajutorul unic de 1500 lei copiilor cu dizabilități (programul „Familia") etc.

Totuși, indemnizaţia lunară de îngrijire a copilului în Republica Moldova rămâne a fi cu mult mai mică decât în alte ţări europene, iar în comparaţie cu minimul de existenţă (în 2021 a fost de 2154 lei) este la un nivel insuficient. Cheltuielile statului alocate protecției familiei și copilului sunt mici în raport cu multitudinea de probleme existente în acest domeniu, ponderea lor constituind actualmente 3,3% din Bugetul național și, respectiv, 1,1% din PIB.

O îmbunătăţire a situaţiei date este prevăzută de noul *Program național pentru protecția copilului* (2022-2026), cele 71 de acțiuni concrete ale căruia sunt orientate în plan final spre consolidarea sistemului național de protecție a copilului. Pentru realizarea acestui scop, către anul 2026, prin cele ***trei obiective generale***, se prevede dublarea ponderii cheltuielilor alocate protecției familiei și copilului în Bugetul național și PIB (atingând respectiv valorile de 6,6% și 2,2%), creșterea treptată a indemnizațiilor și alocațiilor, având ca impact reducerea ratei extreme a sărăciei în rândul copiilor de la 11,3% în 2019 la 8,5% în 2026 **(**obiectivul 1); asigurarea toleranței zero din partea adulților și copiilor față de orice formă de violență împotriva copiilor, astfel încât ponderea copiilor care au fost supuși oricărei forme de violență să scadă de la 1,6% în 2020 la 0,5% în 2026 (obiectivul 2); asigurarea creșterii copiilor într-un mediu familial sigur și protector, care le va garanta bunăstarea, rata sărăciei absolute a gospodăriilor cu 3 și mai mulți copii scăzând de la 38,1% în 2019 la 25% în 2026, iar ponderea copiilor aflați în situație de risc reducându-se de la 1,8% în 2020 la 1,5% în 2026 (obiectivul 3).[37]

Indemnizaţiile acordate familiilor cu copii sunt diferite de la o ţară la alta sub mai multe aspecte: criteriile de eligibilitate, beneficiarii, cuantumurile, sursele de finanţare şi administrarea lor. Caracteristic pentru Republica Moldova este că ***prestaţiile sociale pentru copii sunt preponderent universale*****,** adică se acordă indiferent de nivelul de bunăstare şi nu doar familiilor sărace. Totodată, creşterea cuantumului indemnizaţiei unice la naştere (2018 – 5645 lei; 2019 – 7911 lei; 2020 – 8299 lei; 2021 – 9459 lei; 2022 – 10068 lei, 2023 – 10932 lei), precum şi a celei lunare pentru îngrijirea copilului nu au dus la creşterea fertilităţii, chiar dacă, potrivit teoriei economice neoclasice, acest lucru s-ar fi aşteptat, fiind vorba de o reducere a costului unui copil ca rezultat al creşterii veniturilor în urma

[37] *Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova nr.347 din 01.06.2022 cu privire la aprobarea Programului național pentru protecția copilului pe anii 2022-2026 și a Planului de acțiuni pentru implementarea acestuia*. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults? doc_id=131899&lang=ro

transferurilor unor plăţi. Există, desigur, un şir de studii internaţionale prin care se elucidează impactul pozitiv al politicilor familiale asupra fertilităţii, *beneficiile mai mari pentru familie sau copii fiind asociate cu nivelurile mai ridicate ale fertilităţii*. Totodată, se arată că există diferenţe semnificative între ţările Europei din punctul de vedere al impactului politicilor familiale asupra fertilităţii. Unele cercetări au arătat, de exemplu, că o creştere cu 25% a alocaţiilor familiale ar avea ca efect o creştere a fertilităţii totale cu 0,07 copii per femeie. În ţările care practică cel mai generos sistem de alocaţii şi ajutoare familiale, contribuţia acestora la creşterea fertilităţii a fost estimată la 0,2 copii per femeie. Se apreciază că în situaţia în care costurile creşterii copiilor ar fi în întregime suportate de puterile publice, fertilitatea ar creşte şi în ţările din Europa de Vest şi Centrală cu circa 0,5 copii per femeie.[38] Demografi iluştri în domeniu (V. Gheţău etc.) au stabilit că acordarea unor concedii însoţite de indemnizaţii generoase poate influenţa creşterea natalităţii copiilor de rangul 2, fiind în continuare un adevăr şi faptul că asigurarea unui nivel material mai înalt nu influenţează direct problema reproducerii. *Sistemul alocaţiilor şi ajutoarelor pentru familie are o influenţă mai mare asupra fertilităţii atunci când este completat de măsuri sociale*: *ameliorarea condiţiilor de locuit*, *preluarea unor funcţii familiale de către servicii sociale specializate*, *facilităţi de desfăşurare a activităţii acordate mamelor cu copii* etc. Or, creşterea nivelului alocaţiilor familiale şi altor ajutoare pentru îngrijirea copiilor nu este însoţită în nicio ţară sau grup de ţări de o creştere similară a fertilităţii. Mai mult, politicile familiale posedă un caracter complex, iar efectele lor demografice nu pot fi desprinse separat de măsurile statului din alte domenii: politicile economice, cele ale sănătăţii, educaţiei, forţei de muncă, locuirii, tineretului etc. Altfel spus, analiza consecinţelor politicilor familiale asupra comportamentului reproductiv este necesar să se realizeze ţinându-se cont de interferenţa lor cu toate celelalte politici. Totodată, prezintă interes şi opiniile cercetătorilor (Dick J. van de Kaa şi alţii), care atenţionează că scăderea natalităţii nu poate fi schimbată esenţial, deoarece este încadrată în trendul mondial al celei de a doua tranziţii demografice, caracterizată de schimbările de comportament al femeilor şi bărbaţilor, acestea fiind orientate spre valorile individualiste.[39]

Printre măsurile de politici familiale, considerate a avea un impact pozitiv asupra comportamentelor reproductive, un loc important revine concediului de maternitate, de paternitate şi concediului parental/de îngrijire a copilului. În Republica Moldova, ***concediul de maternitate*** se acordă femeilor salariate şi ucenicelor, precum şi soţiilor aflate la întreţinerea salariaţilor, având o durată de 126 de zile calendaristice (70 de zile concediu prenatal și 56 de zile concediu

[38] MIHĂILESCU, I. *Familia în societăţile europene*. Bucureşti, 1999, p.161.

[39] DIRK, J. van de KAA. *The Idea of a Second Demographic Transition in Industrialized Countries*. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/253714045_The_Idea_of_a_Second_Demographic_Transition_in_Industrialized_Countries

postnatal) şi 140 de zile în cazul naşterilor complicate ori al naşterii a doi sau mai mulţi copii. Cuantumul lunar al indemnizaţiei de maternitate, după cum s-a menționat anterior, este de 100% din baza de calcul (stabilită de către unitatea economică în care angajata îşi desfăşoară activitatea de bază), iar baza de calcul al indemnizaţiei de maternitate o constituie venitul mediu lunar asigurat, realizat în ultimele 12 luni calendaristice premergătoare naşterii copilului, venit din care au fost calculate contribuții individuale de asigurări sociale. Ca şi Lituania, România, Ucraina etc., ţara noastră acordă unul dintre cele mai mari concedii de maternitate, înainte de naştere acesta fiind de 10 săptămâni (Lituania – 10 săptămâni, România – 9 săptămâni[40], Ucraina – 10 săptămâni[41]).

În unele ţări europene – Marea Britanie, Suedia, Portugalia, Malta, Islanda, Elveţia, Spania etc. – se acordă concediu de maternitate (este vorba, de fapt, de ceea ce la noi numim concediu parental/de îngrijire a copilului) doar după naşterea copilului.[42] La sfârşitul concediului de maternitate, mama (dacă era angajată) poate decide să se întoarcă la lucru sau să beneficieze în continuare de concediul de îngrijire a copilului.

În țările Europei de Est, dar și în cele scandinave, concediile de maternitate (pentru îngrijirea copilului) sunt mult mai lungi decât în cele occidentale. Spre exemplu, concediul de maternitate (pentru îngrijirea copilului), cu salariu plătit, poate fi de la 14 săptămâni în Germania până la 60 de săptămâni în Bulgaria și 75 de săptămâni (aproape un an și jumătate) în Suedia. Durata maximă de concediu maternal (pentru îngrijirea copilului) este însă în Ungaria, unde mamele pot sta acasă până la doi ani de zile. La polul opus se află Belgia, unde în legislație nu există termenul de concediu pentru creșterea copilului, ci așa-numita „*pauză de carieră*”, iar mamele pot sta acasă doar trei luni de zile.

În Republica Moldova concediul de maternitate e altceva decât concediul pentru îngrijirea copiilor. Sunt două noţiuni juridice diferite, deseori confundate. Concediul de maternitate, după cum s-a spus deja, este de circa patru luni, împărțit în segmente egale sau asimetrice, folosite înainte şi după naştere. Pe durata acestui concediu se achită o indemnizație în proporţie de 100% din salariul mamei sau din venitul soţului, în cazul în care soţia este casnică.

O realizare a politicilor familiale, cu impact pozitiv asupra comportamentelor reproductive, este considerată acordarea concediului paternal. ***Concediul paternal*** este o practică frecventă în multe ţări din Uniunea Europeană, fiind mult mai scurt decât cel maternal (în medie de circa 4-5 săptămâni). Cea mai lungă perioadă a concediului paternal oferit taților (între 10 și 13 săptămâni) se

[40] *Concediul de maternitate în Europa*. Disponibil: https://romania.europalibera.org/a/c%C3%A2t-este-concediul-de-maternitate-%C8%9B%C4%83rile-europene-/31476894.html

[41] *Concediul prenatal și postnatal în Rusia și Ucraina*. Disponibil: https://materiale.pvgazeta.info/utilizator-156/concediul-prenatal-si-postnatal-in-rusia-si.html

[42] *Maternity Protection Resorce Package – From Aspiration to Reality for All*. Disponibil: https://mprp.itcilo.org/allegati/master/Master.pdf

înregistrează în Țările Nordice (cu excepţia Danemarcii), care, de regulă, este plătit cu 80% din venitul lunar. În Finlanda, de exemplu, concediul de paternitate este de 9 săptămâni, dintre care 3 săptămâni pot fi utilizate în timp ce mama se află în concediu de maternitate sau de îngrijire a copilului, iar celelalte 6 săptămâni sunt utilizate când mama nu este în acest concediu.

În Bulgaria, durata concediului de paternitate este de 15 zile, în Letonia – de 10 zile, în România – de 10 zile, în Polonia și Ungaria – de 5 zile, în Belgia – de 10 zile, în Grecia – de 2 zile, în Suedia – de 10 zile.[43]

În Republica Moldova, concediul paternal a fost instituit la 27 mai 2016. Conform prevederilor legale (*Codul muncii nr.154-XV din 28 martie 2003*[44], *articolul 124[1] Concediul paternal*, modificat la 14.07.2022), acest concediu este de **14 zile** și se acordă taţilor angajaţi, în baza unei cereri în formă scrisă. *Legea pentru modificarea unor acte normative din 14.07.2022* prevede extinderea de la 56 de zile (așa era stabilit anterior) până la 12 luni de la naşterea copilului a perioadei în care tatăl poate să-și ia concediul de paternitate, precum și acordarea dreptului de a partaja concediul de îngrijire a copilului între soți. Indemnizația se va calcula în funcție de salariul celui care stă în concediu. Această măsură vine să răspundă necesităților taților care se confruntă cu constrângeri legate de timp și se află în imposibilitate de a utiliza întreaga perioadă a concediului paternal în mod consecutiv.

Pe perioada concediului paternal, salariatul beneficiază de o indemnizaţie paternală achitată din bugetul asigurărilor sociale de stat. Dreptul la indemnizație paternală se acordă tatălui asigurat în sistemul public de asigurări sociale, angajat în baza contractului individual de muncă sau aflat în raport de serviciu în baza actului administrativ, precum și liber-profesionistului ce practică activitate în domeniul justiției, pentru îngrijirea copilului nou-născut, cu domiciliul sau reședința în Republica Moldova (art.18[1]).[45]

Una dintre condițiile de stabilire a indemnizației paternale prevede ca tatăl copilului nou-născut să realizeze un venit asigurat în ultimele 3 luni premergătoare lunii nașterii copilului. Condițiile de stabilire a indemnizației paternale pentru tatăl liber-profesionist ce practică activitate în sectorul justiției include cerința să fie achitată taxa fixă a contribuțiilor de asigurări sociale de stat obligatorii stabilită începând cu 1 ianuarie 2021 cel puțin o lună în ultimele 3 luni calendaristice premergătoare lunii nașterii copilului. Baza de calcul al indemnizației paternale constituie 100% din venitul mediu lunar asigurat realizat la toate unitățile în care desfășoară activități în ultimele 3 luni premergătoare lunii nașterii copilului, venit din care, la data stabilirii

[43] *Key characteristics of parental leave systems*. Disponibil: https://cite.gov.pt/documents/14333/163576/Key_charact_parent_leave.pdf

[44] *Codul muncii* aprobat prin Legea nr.154-XV din 28 martie 2003, completat prin Legea nr.71 din 14.04.2016 cu articolul 124[1] „Concediul paternal".

[45] Legea pentru modificarea unor acte normative, nr.195 din 14.07.2022. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2022, nr.246-250.

indemnizației, au fost calculate și plătite contribuții de asigurări sociale (art.18[1]).

Realizarea prevederilor legale ce țin de extinderea concediului de paternitate, introducerea posibilității de utilizare fragmentară a concediului paternal etc. constituie un pas important spre implicarea mai activă a taţilor în îngrijirea copiilor şi spre asigurarea egalităţii de gen, ceea ce, la rândul său, va conduce la efecte pozitive imediate și pe termen lung asupra bunăstării copiilor, familiei și asupra societății.

În pofida prevederilor legislative actuale, în Republica Moldova ponderea taților implicați în creșterea și îngrijirea copiilor este redusă. Conform datelor Casei Naționale de Asigurări Sociale (CNAS), la 01.01.2021 numărul taților care au solicitat concediul şi indemnizaţia paternală era de 4269 persoane[46], continuând să fie destul de mic în raport cu numărul de copii nou-născuți (în 2021 – 29230 de copii) . Există mai mulți factori explicativi ai situației date, printre care se regăsesc, după cum arată rezultatele unor studii recente, formatul actual al concediului paternal, stereotipurile ce țin de rolurile de gen, reticența angajatorilor față de întreruperea activității profesionale, necunoașterea de către angajați a prevederilor legale cu privire la dreptul de a beneficia de concediu paternal și indemnizație paternală.[47]

Beneficiile participării taților în îngrijirea copilului ar crește semnificativ, în condițiile în care concediul paternal ar fi de o durată mai îndelungată. Asemenea prevederi legislative se regăsesc deja în practica internațională, unde se întâlnește o largă varietate a duratei concediului paternal, de la câteva zile până la câteva luni. În unele țări, cum este cazul Finlandei, Islandei și Sloveniei, concediul paternal atinge durata de 54 de zile lucrătoare. Aceste măsuri au avut un impact pozitiv asupra egalității între femei și bărbați, asupra promovării egalității de gen atât la locul de muncă, cât și în familie[48], care, la rândul lor, pot influența și comportamentele reproductive ale tinerelor familii.

Pentru a spori eficienţa utilizării concediului de paternitate, mai mulţi experţi din țara noastră propun să fie acordat taţilor dreptul de a solicita de la angajator (în baza uni acord) zile suplimentare de concediu paternal, dar nu mai mult de 30 de zile calendaristice, care vor putea fi folosite pe părți, pe parcursul a 6 (şase) luni de la naşterea copilului, în dependenţă de circumstanţele familiale şi de la locul de lucru.[49]

---

[46] *Raportul de activitate al CNAS pentru anul 2021*. Disponibil: https://cnas.gov.md/lib.php?l=ro&idc=417&t=/Rapoarte/Rapoarte-anuale-privind-activitatea-CNAS/&year=2022

[47] *Cum stimulăm implicarea echitabilă a părinților în creșterea și îngrijirea copiilor? Recomandări de politici*. Chișinău: UNFPA, 2022, p.5.

[48] *Ibidem*, p.10.

[49] *Durata concediului paternal ar putea fi extinsă până la 30 de zile calendaristice*. *Noiembrie*, *2021*. Disponibil: https://bizlaw.md/durata-concediului-paternal-ar-putea-fi-extinsa-pana-la-30-de-zile-calendaristice

În conformitate cu legislația în vigoare (Codul muncii, art.124), la nașterea unuia sau mai mulți copii, părinții au dreptul la concediul parțial plătit de îngrijire a copilului. ***Concediul parțial plătit de îngrijire a copilului*****,** numit și ***concediu parental*****,** se acordă după expirarea concediului de maternitate persoanelor asigurate până la vârsta de 3 ani a copilului, cu achitarea indemnizației din bugetul asigurărilor sociale de stat. (Femeilor neasigurate li se acordă un concediu de 2 ani).[50] De concediu de îngrijire a copilului poate beneficia, la cerere opţional: tatăl, bunelul, bunica sau altă rudă care se ocupă nemijlocit de îngrijirea copilului, precum și tutorele. Acest concediu poate fi folosit integral sau pe părți până când copilul va împlini vârsta de 3 ani și se include în vechimea în muncă, inclusiv în vechimea în muncă specială, şi în stagiul de cotizare (Codul muncii, art.124, alin.(3)). Recent acest articol al Codului muncii a fost completat cu o nouă modificare, care prevede *posibilitatea folosirii concediului parțial plătit pentru îngrijirea copilului „de ambii părinți*, *în fracțiuni*, *conform disponibilității fiecăruia*, *cu condiția că durata unei fracțiuni să nu fie mai mică de 4 luni și să nu fie solicitată mai des decât o dată pe an din data ultimii solicitări*".[51] Intenția modificării realizate este de a spori implicarea taților în creșterea și educarea copiilor, dar și egalitatea părinților în participarea la acest proces. La nivel de ţară, nu se cunoaşte cu exactitate numărul mamelor şi taţilor care au beneficiat de concediul parental deplin. Conform raportului statistic generat de Casa Națională de Asigurări Sociale, la data de 01.10.2021 erau înregistrați 47830 de beneficiari ai indemnizației lunare pentru creșterea copilului până la vârsta de 3 ani (persoane asigurate), dintre care 36770 erau mame, ceea ce constituie majoritatea beneficiarilor. Starea dată a lucrurilor se datorează mai multor factori, inclusiv consecinţelor acestor concedii asupra veniturilor familiei. Unele studii realizate în ţările europene demonstrează, de exemplu, că întreruperea activității de muncă are un impact negativ asupra salariilor bărbaților, diferenţele de venit fiind mai mari între bărbații care au avut o pauză în carieră și cei care nu au recurs la aceasta, decât în cazul femeilor care au făcut sau nu au făcut o pauză. Mai mult, pentru femei s-a observat o creștere semnificativă a veniturilor suplimentare după pauza luată. Or, pauzele în carieră sunt mai acceptate din punct de vedere social pentru femei decât pentru bărbați.[52]

[50] Legea privind prestațiile sociale pentru copii, nr.315 din 23.12.2016. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2017, nr.19-23.

[51] Legea pentru modificarea unor acte normative, nr.195 din 14.07.2022. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2022, nr.246-250.

[52] MORTELMANS, D., FRANS, F. Wage differentials after a career break: A latent growth model on Belgian register data. În: *Longitudinal and Life Course Studies*, 2017, vol.8, No. 2.

În Republica Moldova, în majoritatea cazurilor, femeile sunt acelea cărora le aparţine rolul de creştere şi îngrijire a copilului, ceea ce denotă o abordare discriminatorie în raport cu bărbaţii. Pentru noi, deocamdată nu este realizabil modelul politicilor familiale scandinave etc., care promovează egalitatea între bărbaţi şi femei în toate domeniile, programele ce permit bărbaţilor şi femeilor să îmbine obligaţiunile profesionale, familiale şi parentale etc. Chiar dacă se întreprind unii paşi în această direcţie, în societatea moldovenească continuă să fie perpetuată consolidarea formelor de familie bazate pe rolul de asigurător al bărbatului şi pe cel de protector al căminului familial de către femeie.

Experienţa ţărilor dezvoltate (Suedia etc.) demonstrează că taţii iau o parte din concediul de îngrijire mai frecvent, în condiţiile în care li se achită lunar pentru această perioadă 100% sau minim 80% din salariu. În Moldova, după cum se ştie, concediul de îngrijire a copilului este plătit până în prezent cu 30% din salariu. Ţinând cont de salariile relativ mici ale celei mai mari părţi a populaţiei, în primul rând ale tinerilor, dar şi de predominanţa abordării tradiţionaliste a familiei, puţin posibil să ne aşteptăm într-un viitor apropiat la schimbări esenţiale privind sporirea numărului taţilor care să dorească să plece în concediu de îngrijire a copilului. Cu atât mai mult că salariile femeilor, fiind şi mai mici/diminuate în comparaţie cu cele ale bărbaţilor, le determină pe acestea în majoritatea cazurilor să abandoneze lucrul şi să îşi ia concediu parental.

În condiţiile actuale, bărbaţii ar putea, desigur, să fie încurajaţi într-o anumită măsură să îşi asume responsabilităţi familiale, în special prin intermediul stimulentelor financiare de acordare a concediilor paternale și de îngrijire a copilului.[53] Totodată, menţionăm că decizia taţilor de a-şi lua concediu de îngrijire a copilului depinde nu doar de stimulentele financiare, nivelul salariului, dar şi de un şir de alţi factori, precum: cultura societăţii (stereotipurile de gen etc.); modelul politicilor familiale promovat; sectorul în care îşi desfăşoară activitatea – public sau privat (mai loiale faţă de acest beneficiu fiind instituţiile publice); reglementările organizaţionale, care nu totdeauna încurajează bărbaţii să îşi ia concediu parental; flexibilitatea programelor de lucru etc.

Până în prezent există un şir de discuţii referitoare la ***problema utilizării complete a concediului parental***. După cum relatează unele studii, în Republica Moldova majoritatea persoanelor care beneficiase de concediul parental (peste 60%) s-au reîntors la muncă când încă copilul nu împlinise vârsta de 3 ani[54], drept motiv servind, inclusiv, veniturile mici, care nu le permit să acopere necesităţile economice ale copiilului, „costurile" acestuia. Or, concediul de îngrijire a copilului prea mare, de 0-3 ani parţial plătit, înseamnă adesea venituri

[53] *Manual pentru abordarea integratoare a egalității de gen în politicile de ocupare a forței de muncă*, *incluziune socială și protecție socială*. Luxemburg: Oficiul pentru Publicații Oficiale ale Comunităților Europene, 2008, p.21.

[54] *Reconcilierea vieții profesionale cu viața de familie*: *rezultatele cercetării statistice*, trimestrul II, 2010. Disponibil: http://www.statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/ Reconcilierea/Reconcilierea_2010.pdf

reduse ale familiei, respectiv şi investiţii insuficiente în alimentaţia, sănătatea şi educaţia copilului. Starea dată a lucrurilor conduce la concluzia că suportul statului, pentru a avea un impact pozitiv asupra comportamentelor reproductive, ar trebui să fie în mărimea în care pe parcursul perioadei concediului parental venitul familiei să fie cât mai puţin afectat sau să nu fie afectat, cel puţin, minimul de existenţă al maturilor şi copiilor.

Totodată, experienţa unor ţări demonstrează că sistemul de protecţie socială/politici familiale poate acţiona de multe ori şi ca o barieră indirectă pentru accesul la programele de educaţie şi îngrijire timpurie a copiilor de vârste mici, chiar dacă ele sunt disponibile şi funcţionale. Se poate întâmpla ca un sistem de concedii care permite părinţilor să-şi întrerupă activitatea pentru o perioadă mai lungă de timp şi beneficii materiale generoase să-i încurajeze pe părinţi să stea acasă cu copiii (să nu-i integreze în instituţiile preşcolare), aşa cum este cazul Estoniei, Lituaniei, Austriei şi României.[55]

În acelaşi timp, *durata mare a concediului şi punerea în responsabilităţile femeii a tuturor sarcinilor de îngrijire a copilului reduc rata lor de participare pe piaţa muncii*, având consecinţe asupra carierei şi salariului, asupra veniturilor familiei. Scăderea veniturilor familiale în perioada aflării în concedii, suma prestaţiilor oferite de stat fiind mică şi necorelată cu necesităţile copilului, este una dintre cauzele numite de majoritatea femeilor orientate să iasă din concediu mai înainte, să se încadreze în câmpul muncii. De menţionat, de asemenea, că mamele care lucrează în condiţiile timpului de muncă parţial sau la domiciliu pot beneficia pe lângă salariu şi de indemnizaţia lunară pentru creşterea/îngrijirea copilului, în felul acesta multiplicându-se sursele de venit ale familiei cu copii.

Concediul de îngrijire a copilului de lungă durată, după cum s-a menționat deja, diminuează nu doar veniturile, dar și șansele de ascensiune în carieră, acestea constituind dezavantaje semnificative ale respectivului tip de concediu. Conform mai multor investigaţii, cu cât femeile dispun de studii mai avansate, cu atât ele sunt mai puţin dispuse să se folosească pe deplin de acest drept, de teama de a pierde din profesionalism, de a pierde funcţia deţinută sau locul de muncă anterior, de a nu termina studiile, de a fi discriminate la angajare. Situaţia dată este surprinsă şi de rezultatele cercetării „*Comportamentul reproductiv al femeilor din Republica Moldova*", care stabilește că 66,2% din respondentele cu studii universitare şi medii speciale doresc să iasă mai înainte din concediul de îngrijire a copilului. Totodată, din relatările diverselor studii, stabilim că atitudinea femeilor faţă de această problemă este diferită. De exemplu, există studii la nivel naţional, prin care se constată că circa 72% din bărbaţi şi 75,5%

[55] *Învățământul preşcolar şi protecția copilului în Europa*: *eliminarea inegalităților sociale şi culturale*. EACEEA, 2009, p.13.

din femei doresc totuşi o durată a concediului de îngrijire a copilului de trei ani.[56] Femeile, care nu-şi doresc să utilizeze concediul de îngrijire în măsură deplină sunt gata să iasă mai înainte la lucru, dacă ar avea satisfăcute anumite condiţii ce ţin de modalitatea de stabilire a plăţilor (mărimea şi durata) pentru concediul parental, sistemul de servicii de îngrijire timpurie, flexibilitatea programului de lucru etc.[57]

Atitudinea faţă de durata de utilizare a concediului este influenţată în mare parte de nivelul redus al bunăstării celei mai mari părţi a populaţiei, în special al familiilor cu copii. Pentru multe din aceste familii (fără un loc stabil de lucru, cu şomeri, cu salarii mici depreciate de criza economică etc.), indemnizaţiile oferite în perioada concediului de îngrijire reprezintă o sursă de venit. După cum am menţionat *supra* (a se vedea *Figura 2.1.*), în 2021 ***prestaţiile sociale*** constituiau 18,5% din veniturile medii lunare ale populației. Este cert că în condiţiile actualei crize economice şi creşterii fără precedent a inflaţiei, care a atins cel mai mare nivel din Europa – 34%, va creşte şi mai mult dependenţa populaţiei de garanţiile sociale ale statului, se vor multiplica solicitările pentru majorarea a tot felul de prestaţii sociale, inclusiv a indemnizațiilor pentru îngrijirea copiilor.

Actualmente ***există diverse posibilităţi de a micşora durata concediului de îngrijire a copilului şi de a stimula revenirea părinţilor la serviciu*.** Astfel, în Republica Moldova, începând cu 1 ianuarie 2020, persoana asigurată, care va solicita **concediul pentru îngrijirea copilului** până la împlinirea vârstei de 3 ani, are *dreptul la indemnizaţie lunară pentru creşterea copilului conform mai multor opţiuni*: a) stabilirea indemnizaţiei ***până la împlinirea vârstei de 3 ani*** în cuantum de 30% din baza de calcul stabilită pentru fiecare copil; b) stabilirea indemnizaţiei ***până la împlinirea vârstei copilului de 2 ani şi 2 luni***. În acest caz, *până la împlinirea vârstei de 1 an*, *indemnizaţia lunară se va stabili în cuantum de 60% din baza de calcul stabilită pentru fiecare copil*. *Din ziua următoare celei de împlinire a vârstei de 1 an şi până la împlinirea vârstei de 2 ani şi 2 luni a copilului*, *indemnizaţia lunară se va stabili în cuantum de 30% din baza de calcul* stabilită pentru fiecare copil. În cazul în care persoana asigurată solicită acordarea concediului pentru îngrijirea copilului până la data împlinirii vârstei de 3 ani şi stabilirea indemnizaţiei pentru îngrijirea copilului până la data împlinirii vârstei de 2 ani şi 2 luni, pentru perioada rămasă de 10 luni a concediului pentru îngrijirea copilului indemnizaţia lunară nu se acordă.[58]

---

[56] *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova*. Chișinău, 2015. Disponibil: https://cdf.md/wp-content/uploads/2021/11/Studiul_Barbatii-si-Egalitatea-de-gen-in-Republica-Moldova.pdf

[57] BULGARU, M., BULGARU, O. *Comportamentul reproductiv al femeilor din Republica Moldova*. *Studiu sociologic*. Chișinău: CEP USM, 2018, p.86-89.

[58] *Indemnizația pentru îngrijirea copilului*. *Opțiunile oferite din 1 ianuarie 2020*. Disponibil: https://monitorul.fisc.md/editorial/indemnizatia-pentru-ingrijirea-copilului-optiunile-oferite-din-1-ianuarie-2020.html

Opțiunile existente în Republica Moldova pentru concediul de îngrijire a copilului (prevăzute de Legea nr.289/2004 privind indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă și alte prestații de asigurări sociale) recent au fost completate de *Legea nr.195 din 14.07.2022 pentru modificarea unor acte normative* cu o nouă componentă (art.18 alin.(1) lit.c) al Legii nr.289/2004), prin care se spune că asiguratul care se află în concediu pentru îngrijirea copilului până la împlinirea vârstei de 3 ani are dreptul la indemnizație „de la data acordării concediului pentru îngrijirea copilului și ***până la data împlinirii vârstei de 1 an și 2 luni a copilului***. Pentru perioada concediului pentru îngrijirea copilului după împlinirea vârstei de 1 an și 2 luni și până la împlinirea vârstei de 3 ani a copilului, indemnizația lunară pentru creșterea copilului nu se acordă". Cuantumul lunar al indemnizației pentru creșterea copilului (art.18 alin.(6) lit.c)), pentru primele 12 luni de la acordarea concediului pentru îngrijirea copilului, se prevede a fi de 90% din baza de calcul pentru fiecare copil, dar nu mai puțin decât cuantumul triplu al indemnizației minime lunare pentru creșterea copilului a persoanei asigurate, determinate în modul stabilit de Guvern. Această opțiune a intrat în vigoare de la 1 septembrie 2022.

După cum s-a menționat anterior, de indemnizaţie lunară pentru creşterea copilului până la împlinirea vârstei de 3 ani sau de 2 ani şi 2 luni, ca persoană asigurată în Republica Moldova mai poate beneficia, la cerere opţional: tatăl, bunelul, bunica sau altă rudă, tutorele care se ocupă nemijlocit de îngrijirea copilului. În cazul în care beneficiarul de indemnizaţie lunară pentru creşterea copilului se angajează, îşi reia activitatea de muncă sau se eliberează înainte de expirarea concediului pentru îngrijirea copilului până la împlinirea vârstei de 3 ani sau de 2 ani şi 2 luni ori desfăşoară activităţi în scopul obţinerii de venit, indemnizaţia stabilită se suspendă, cu excepţia cazului în care de aceasta beneficiază mama sau tatăl copilului, şi se stabileşte, la cerere, unei alte persoane, dacă întruneşte condiţiile prevăzute de legislaţie pentru acordarea indemnizaţiei. Mama sau tata care, după acordarea concediului pentru îngrijirea copilului, îşi reia activitatea, se angajează, desfăşoară activităţi în scopul obţinerii de venit sau se eliberează înainte de expirarea concediului pentru îngrijirea copilului are dreptul la indemnizaţie lunară.

În Republica Moldova, părinţii mai pot beneficia suplimentar de: ***concediu neplătit*** *pentru îngrijirea copilului cu vârsta de la 3 ani până ce acesta împlineşte vârsta de 4 ani*, cu menţinerea locului de muncă (funcţiei) şi includerea în vechimea în muncă, inclusiv în vechimea în muncă specială, dacă contractul individual de muncă nu a fost suspendat din iniţiativa salariatului; ***sprijin financiar*** pentru susținerea familiei și copilului timp de câteva luni, dar nu mai mult de jumătate de an, pentru depășirea unor situații de criză familială (intervenție în cazurile de abuz, neglijare sau abandon, instituționalizare a copilului, aspecte legate de îngrijirea și educarea copilului, de necesitățile copilului în procesul de dezvoltare) etc.

Cu scopul direcţionării prestaţiilor sociale către cei mai săraci, prin *Legea Republicii Moldova cu privire la ajutorul social*, nr.133 din 13.06.2008[59], este reglementat ***ajutorul social –*** o plată lunară în bani acordată familiei defavorizate (care are un venit global mediu lunar mai mic decât venitul lunar minim garantat şi care a acumulat, la indicatorii de bunăstare, un punctaj mai mic sau egal cu cel stabilit pentru evaluarea bunăstării familiei), urmărindu-se asigurarea unui venit lunar minim garantat pentru aceste familii**; *ajutorul pentru perioada rece a anului*** – plată lunară fixă, în bani, acordată familiei defavorizate pentru lunile noiembrie-decembrie şi ianuarie-martie. În conformitate cu prevederile acestei legi, au dreptul la ajutor social şi/sau la ajutor pentru perioada rece a anului şi familiile cu copii în situație de risc, folosind în calitate de criteriu de bază în procesul monitorizării respectarea de către părinţi/alţi îngrijitori a interesului superior al copilului şi satisfacerea necesităţilor acestuia. Un suport semnificativ pentru familiile cu venituri mici, în special în lunile de iarnă, este realizat prin ***compensațiile parțiale ale creșterii tarifelor la resursele energetice*** (programul „*Ajutor la contor*").

O altă formă de ajutor social din partea statului, nerambursabilă, cu destinaţie specială, menită să susţină material şi direct persoanele vulnerabile, afectate de sărăcie sau aflate în condiţii deosebit de dificile pe motiv de boală, este ***ajutorul material***. Acest ajutor este acordat de Fondul republican de susţinere a populaţiei şi de fondurile locale de susţinere a populaţiei o singură dată pe parcursul anului; se admite repetarea lui doar persoanelor a căror stare materială a fost agravată ulterior de noi circumstanţe imprevizibile.[60]

În cadrul politicilor familiale cu finalităţi demografice (impact asupra comportamentelor reproductive, creșterii natalităţii, ocupării forţei de muncă, coeziunii sociale etc.), inclusiv cu efecte asupra diminuării stereotipurilor de gen, ***un loc aparte îl dețin măsurile de echilibrare/reconciliere a vieții de familie şi profesionale.*** În mai multe documente ale UE (Carta Socială Europeană revizuită, Agenda Lisabona 2000, Agenda post-Lisabona, Rapoartele Comisiei Europene, Directivele Parlamentului European și ale Consiliului asupra egalităţii de şanse între femei şi bărbaţi etc.) se menţionează interferența politicilor de reconciliere cu piața muncii şi schimbările demografice din statele membre. Astfel, în documentul *Green paper* „*Confronting demographic changes*: *a new solidarity between generations*", adoptat de Comisia Europeană la 16 martie 2005, se atrage atenţia asupra faptului că politicile de reconciliere reprezintă un instrument important care poate să ofere un răspuns schimbărilor de natură

[59] Legea cu privire la ajutorul social, nr.133 din 13.06.2008. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2008, nr.179.

[60] ROMANDAȘ, N., PROCA, L., ODINOCAIA NEGURĂ, I. *Dreptul protecției sociale*. Chișinău, 2011, p.292.

demografică.[61] Anume schimbările din comportamentele nupţial-reproductive şi *presiunea demografică* determinată de o populaţie care îmbătrânește, nevoia de a crea o economie flexibilă prin folosirea întregului potenţial al forţei de muncă, inclusiv al femeilor, au transformat reconcilierea vieţii profesionale și de familie într-una dintre temele principale ale agendei sociale a Uniunii Europene.[62] Începând cu anii 2000**,** *politica familială tradiţională din ţările occidentale este practic înlocuită de politica echilibrului dintre familie şi lucru*, privită ca un răspuns la provocările socioeconomice şi transformările de ordin demografic (îmbătrânirea populaţiei, scăderea natalităţii, insuficienţa resurselor de muncă etc.) cu care acestea s-au confruntat.[63] Or, în stabilirea politicii echilibrului un rol important l-a avut factorul economic, care a generat necesitatea completării braţelor de muncă, inclusiv prin majorarea numărului de femei implicate pe piaţa muncii, desigur, pe contul reducerii sarcinii casnice. În acest scop, au fost elaborate un şir de recomandări privind suportul şi dezvoltarea programelor ce permit bărbaţilor şi femeilor să îmbine obligaţiunile profesionale, familiale şi parentale. Reconcilierea dintre viaţa profesională, privată și de familie a devenit unul dintre cele şase domenii de acţiune prioritară (este al doilea domeniu – *M. B.*), stabilite de Comisia Europeană în *Foaia de parcurs pentru egalitatea dintre femei şi bărbaţi* (2006-2010), unul dintre obiectivele prioritare ale politicii socioeconomice a UE din ultimii ani, acestea având în vedere modele de participare pe piaţa muncii şi rata fertilităţii.[64]

Egalitatea de gen, echilibrul dintre munca casnică și cea profesională au devenit astăzi obiective prioritare și ale politicilor familiale/sociale din Republica Moldova. Astfel, problemele ce țin de implicarea mai largă a tatălui în îngrijirea și creșterea copiilor prin diverse modalități (acordarea concediului de paternitate plătit, a concediului pentru creșterea copilului cu prevederi speciale, program flexibil de muncă, remunerare egală pentru femei și bărbați etc.) se regăsesc în *Programul Național Strategic în domeniul securității demografice a Republicii Moldova* (2011-2025), iar „concilierea vieţii de familie cu activitatea profesională pentru asigurarea creșterii și dezvoltării armonioase a copilului" este unul dintre cele trei obiective generale ale *Strategiei pentru protecţia copilului pe*

[61] BĂLUȚĂ, O. (coord.), IANCU, A., DRAGOLEA, A. *Parteneri egali. Competitori egali*. București: Maico, 2007, p.87-88.

[62] *Manual pentru abordarea integratoare a egalității de gen în politicile de ocupare a forței de muncă, incluziune socială și protecție socială*. Luxemburg: Oficiul pentru Publicații Oficiale ale Comunităților Europene, 2008, p.21.

[63] *Reconciliation of work and family life and collective bargaining in the European Union*. Disponibil: http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef0606en.pdf

[64] BĂLUȚĂ, O. (coord.), IANCU, A., DRAGOLEA, A. *Parteneri egali. Competitori egali*. București: Maico, 2007, p.128.

anii 2014-2020 [14, III(42)][65] din Republica Moldova. Un șir de măsuri în scopul îmbinării mai eficiente a vieții personale cu cea profesională sunt prevăzute de *Strategia Națională de Dezvoltare* „*Moldova 2030*", *Programul național pentru protecția copilului pe anii 2022-2026* și de alte documente de stat.

Politica de echilibrare a vieții profesionale cu cea personală și de familie cuprinde totalitatea măsurilor menite să depășească obstacolele cu care se confruntă bărbații și femeile angajate în armonizarea rolurilor sociale, îndeplinite de ei în spațiul vieții publice și private. Acestea se pot referi la o gamă variată de activităţi, care includ *facilităţi de acordare a concediilor plătite pentru părinţii care îngrijesc de copii*, *servicii educaţionale pentru copii*, *loc de lucru cu aranjamente flexibile* etc.[66] Echilibrul dintre viaţa de familie şi lucru înseamnă să găseşti un compromis dintre interesele personale şi profesionale ale adulţilor şi cele ale copiilor, care ar permite să obţii bunăstarea tuturor membrilor familiei. Mai mult, după cum s-a menționat deja de mai multe ori, reuşita soluţionării problemei privind concilierea vieţii de familie cu activitatea profesională influenţează nu doar bunăstarea, dar şi natalitatea. Astfel, există mai multe studii, care arată că, dacă îmbinarea celor două componente este bine dezvoltată, natalitatea este mai înaltă şi sărăcia mai joasă. În cazul în care îmbinarea familiei şi lucrului este mai puţin dezvoltată, natalitatea este mai joasă şi sărăcia mai mare. Participarea femeilor pe piaţa muncii nu poate fi deci considerată un obstacol în creşterea fertilităţii. Aceasta o demonstrează unele ţări (nordice, anglo-saxone) cu o rată înaltă de angajare a femeilor, în care se observă şi un nivel comparativ înalt de fertilitate (Islanda, Norvegia, Danemarca, Suedia). Există însă şi ţări în care fertilitatea, creşterea copiilor şi angajarea femeilor par a fi două domenii concurente, iar câştigul dintr-un domeniu ar însemna pierderea din celălalt domeniu.[67]

Modalitatea de îmbinare a obligaţiunilor profesionale şi parentale este determinată în măsură semnificativă de modelul de politică familială promovat de o ţară sau alta. Astfel, *abordările tradiţionaliste asupra rolurilor familiale*, prezente într-un şir de ţări, inclusiv în Republica Moldova, reproduc modelul soţului aducător de venit şi al soţiei casnice, în cadrul căruia drepturile sociale ale femeilor sunt derivate din cele ale soţului şi unde statul nu facilitează munca femeii (Germania, Irlanda, Marea Britanie). Bărbatul, ca întreţinător al familiei, va acorda prioritate lucrului, pe când responsabilităţile casnice, inclusiv cele de tată, se vor bucura de o mult mai mică atenţie din partea lui. În cazurile în care

[65] *Strategia pentru protecția copilului pe anii 2014-2020*. Disponibil: http://lex.justice.md/md/353459/

[66] *Work-life balance*: *Echilibrul dintre viața personală și cea profesională*. Disponibil: https://www.hipo.ro/locuri-de-munca/vizualizareArticol/1393/Work-life-balance:-Echilibrul-dintre-viata-personala-si-cea-profesionala

[67] THEVENON, O. Increased Women's Labour Force Participation in Europe: Progress in the Work-Life Balance or Polarization of Behaviours? În: *Population*, *JSTOR*, 2009, 64 (2), p.235-272. Disponibil: https://www.cairn-int.info/journal-population-2009-2-page-235.htm

ambii soţi vor accepta un asemenea model, problema alegerii între familie şi lucru, sau a combinării celor două domenii, nu va apare.

Cu o altă situaţie ne confruntăm însă în cazul *modelului de familie cu două venituri*, *doi întreţinători* (Suedia, Danemarca, Norvegia etc.), care presupune cu o mai mare probabilitate apariţia problemelor generate de „sarcina dublă", adică de necesitatea de a îndeplini responsabilităţile familiale şi profesionale. Anume pentru aceste familii creşte necesitatea în reformarea rolurilor pe care le îndeplinesc bărbaţii şi femeile, precum şi în căutarea noilor surse exterioare de susţinere din partea statului, pieţei, organizaţiilor obşteşti, membrilor mai mari ai familiei, care vor permite să fie îmbinate optimal muncile plătite cu cele casnice neplătite. În opinia unor autori, rezolvarea problemei privind balanţa dintre munca plătită şi cea casnică este posibilă cel puţin la trei niveluri: cel al politicii de stat privind familia şi ocuparea; cel al locului de lucru, adică al întreprinderii ce realizează o politică corporativă sau alta, adresată colaboratorilor cu responsabilităţi familiale; cel al gospodăriei, care elaborează propriile strategii de rezolvare a problemelor concrete, legate de îmbinarea lucrului şi familiei.[68]

În gama largă de activităţi ale statului, prevăzute a fi favorabile pentru îmbinarea responsabilităţilor profesionale cu cele familiale, ***un rol important revine serviciilor de îngrijire/educaţie pentru copii.*** În cele mai multe ţări europene, gradul de ocupare a femeilor în câmpul muncii este în mod evident legat de vârsta pe care o au copiii lor. Multe femei se retrag din activitate atunci când au în îngrijire un copil sub vârsta de 3 ani. Femeile cu copii cu vârste cuprinse între 3 şi 6 ani au şi ele rate de activitate economică reduse, dar de îndată ce copilul cel mai mic atinge vârsta de 6 ani cele mai multe femei afirmă că sunt gata să-şi reia activitatea. Studiile în domeniu explică parţial retragerea din activitate prin lipsa instituţiilor educaţionale disponibile pentru copiii de vârste mici.[69] Or, lipsa serviciilor pentru copiii preşcolari obligă femeile, în unele cazuri şi bărbaţii, să renunţe temporar la activitatea profesională, pentru a avea grijă de aceştia.

Cu referire la Republica Moldova, putem spune că piața muncii (prezența femeilor şi a mamelor pe piața muncii, în comparație cu cea a bărbaților şi taților) se caracterizează aici prin decalaje de gen pronunțate care se reflectă negativ asupra femeilor, în majoritatea cazurilor. Astfel, în 2020, conform Biroului Național de Statistică, ***rata ocupării femeilor*** cu vârsta cuprinsă între 25 și 49 de ani cu cel puțin un copil de vârstă preșcolară era de 35,5%, considerabil mai mică decât cea a bărbaților care constituia 64%. Totodată, multe femei tinere sunt în afara pieței muncii și a oportunităților de angajare, ***ponderea femeilor***

[68] ЧЕРНОВА, Ж.В. Баланс семьи и работы: политика и индивидуальные стратегии матерей. În: *Журнал исследований социальной политики*, 2012, Том 10, № 3, p.295-308.

[69] *Învățământul preşcolar şi protecția copilului în Europa*: *eliminarea inegalităților sociale şi culturale*. EACEEA, 2009. Disponibil: https://publications.europa.eu/resource/cellar/83f56fb3-62f0-440e-b646-c782f2abef18.0007.01/DOC_1

neangajate în vârstă de 15-29 de ani fiind în 2020 de 32,5% față de 19,6% bărbați neangajați. Femeile angajate se confruntă de asemenea cu diferențe salariale, care în 2020 erau de 13,7%.[70] Această realitate este, pe de o parte, produsul perpetuării normelor tradiţionale, care atribuie femeilor responsabilităţile de bază în îngrijirea copiilor şi gospodăriei, iar, pe de altă parte, în măsură semnificativă şi a lipsei serviciilor de îngrijire pentru copii, care să-i ajute pe părinţi să realizeze un echilibru între viața profesională și cea privată. Mai mult, lipsa acestor servicii demotivează familiile tinere să nască copii. Astfel, crearea mai multor servicii de îngrijire a copilului (creşe, grădiniţe, centre de zi etc.) este considerată de 41% din respondentele generaţiei 2000, cuprinse în studiul *Comportamentul reproductiv al femeilor din Republica Moldova*, drept o măsură dintre cele mai importante de susţinere de către stat a natalităţii, a deciziei de a naşte copii.

Serviciile de îngrijire/educaţie pentru copii se deosebesc de la ţară la ţară după tipul (îngrijire formală şi/sau informală) şi forma îmbrăcată (grădiniţe, creşe, centre de zi, dădace etc.), după subiectul care oferă aceste servicii (servicii publice şi/sau private), timpul/programul de lucru etc. În scopul îmbinării armonioase a vieţii de familie cu cea profesională, în mai multe ţări se pune accentul pe dezvoltarea unor servicii publice şi private de îngrijire a copiilor şi a programelor de lucru flexibile. În dependenţă de diferiţi factori (numărul de copii, calitatea serviciilor, programul de lucru, amplasare etc.), costurile serviciilor de îngrijire a copiilor sunt diferite, adesea însă prea mari (cele publice pot fi mai mici sau gratuite), ceea ce creează dificultăţi în revenirea femeilor cu copii pe piaţa muncii. În asemenea cazuri părinţii se orientează spre forme de îngrijire individuală. În Franţa, de exemplu, se alocă indemnizaţie de îngrijire individualizată a copiilor pentru angajarea unei bone calificate sau a unei persoane, membru al familiei (bunic/ă etc.). O asemenea experienţă ar fi binevenită şi în Republica Moldova, unde „institutul bunicilor" mai continuă să deţină un loc important în îngrijirea şi educarea copiilor. De menţionat însă faptul că în Republica Moldova, până în prezent, nu este reglementată activitatea bonelor care îngrijesc copiii în timp ce părinţii lor muncesc. Nu există nici instituţii în care s-ar oferi o anumită pregătire bonelor. Soluţionarea acestor probleme ar putea contribui la ameliorarea posibilităţilor de implicare a mamelor cu copii în câmpul muncii. După cum relatează mai multe surse, guvernul şi-a propus deja „să elaboreze un cadru mai flexibil, dar securizat, pentru apariția unor mini-creșe private, precum și pentru a reglementa activitatea bonelor la domiciliu, inclusiv a bonelor care primesc la ele acasă copii"[71], toate acestea rămânând însă până în prezent doar o bună intenţie.

[70] *Portretul statistic al femeilor și bărbaților în Republica Moldova*. Disponibil: https://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6934

[71] *Activitatea bonelor va fi certificată drept serviciu de îngrijire a copiilor*. Disponibil: https://www.ipn.md/ro/activitatea-bonelor-va-fi-certificata-drept-serviciu-de-ingrijire-7967_1089837.html#ixzz7YLTloX81

Starea dată a lucrurilor explică parţial numărul foarte mic al mamelor care se folosesc de serviciile bonelor. Totodată, costul bonelor și al altor servicii de îngrijire a copiilor nu este în mare parte pe potriva salariilor părinților, în special al celor tineri. Menționăm de asemenea și faptul că măsura în care o femeie apelează la servicii instituţionalizate de îngrijire depinde nu numai de costurile financiare implicate și de vârsta copilului, ci şi de un șir de alți factori: tradiții, sistem de norme și valori, religie, mentalitate etc., care presupun altfel de costuri. În societatea moldovenească, de exemplu, chiar dacă există cadrul normativ care încurajează concilierea activităţii profesionale şi a celei casnice, este încă des discutată problema impactului angajării mamei în câmpul muncii asupra copilului preşcolar, părinţii fiind îngrijoraţi de acest lucru. Potrivit rezultatelor studiului „*Generaţii şi Gen*", realizat de UNFPA în 2020 pe un eșantion de 10 mii de persoane, 74,1% din respondenţi (bărbaţi şi femei) sunt de acord parțial sau total că un copil cu vârsta de până la 3 ani poate să sufere dacă mama lui lucrează. În acelaşi timp, 75,0% din numărul total al respondenților sunt de acord parțial sau total şi cu afirmaţia că mama care lucrează poate asigura o relație caldă și sigură cu copilul său precum o mamă care nu lucrează, stă acasă cu copilul.[72]

În cele mai multe ţări europene, programele de educaţie şi îngrijire timpurie a copiilor de vârste mici sunt disponibile de la vârsta de circa 3 luni.[73] În Franţa, de exemplu, copiii sunt acceptaţi în creşe, îndată după încheierea concediului de maternitate (la vârsta de 2-3 luni). În ţările în care raportarea la rolurile de gen este conservatoare, dezvoltarea sistemului de servicii preşcolare (în special a celor pentru copii sub vârsta de 3 ani) ca instrument de reconciliere dintre familie, muncă şi viaţă privată este dificilă, majoritatea mamelor revenind în câmpul muncii abia după ce copiii lor sunt înrolaţi în grădiniţe. Îngrijirea copiilor mici în aceste ţări (Spania, Italia, Portugalia, Grecia) este totalmente în responsabilitatea familiei, inclusiv a celei extinse. De exemplu, în Spania îngrijitoarele copiilor cu vârsta mai mică de 2 ani sunt bunicile sau o persoană plătită care vine acasă. În Ungaria şi Bulgaria este recomandat ca până la 3 ani copiii să fie crescuţi acasă, existând dispute ample cu referire la utilitatea creşelor.[74] Urmare a mai multor factori, o asemenea abordare continuă să fie perpetuată și în Republica Moldova, unde tradiţional bunicilor le revine rolul de suport al familiilor tinere, inclusiv de

[72] *Raportul studiului „Generaţii şi Gen. Fii vocea generaţiei tale!".* Chișinău, 2021, p.400-402.

[73] *Învățământul preșcolar și protecția copilului în Europa*: *eliminarea inegalităților sociale și culturale*. EACEEA, 2009.

[74] BĂLUȚĂ, O. (coord.), IANCU, A., DRAGOLEA, A. *Parteneri egali. Competitori egali*. București: Maico, 2007.

îngrijire a nepoţilor. Astfel, conform datelor studiului „*Generaţii şi Gen*”, 88,6% din numărul total al respondenților sunt de acord parțial sau total cu afirmația că bunicii trebuie să aibă grijă de nepoți, dacă părinții nu pot face acest lucru, cu prevalenţă semnificativă a celor din mediul rural[75] (a se vedea *Tabelul 2.1.*). Este cert că mentalitatea tradiţională va influenţa necesitatea înfiinţării instituţiilor de educaţie antepreşcolară.

Tabelul 2.1.

Distribuția femeilor și bărbaților care sunt parțial sau total de acord că „bunicii trebuie să aibă grijă de nepoți, dacă părinții nu pot face acest lucru”, în %

	Bărbați	**Femei**	**Urban**	**Rural**	**Total**
Total	88,5	88,7	82,1	92,4	88,6
Grupa de vârstă					
15-19	90,9	90,2	85,9	93,3	90,6
20-24	84	85,2	76,5	91,3	84,6
25-29	80	84,6	75,9	86,8	82,3
30-34	88,8	84,8	80,7	92,1	86,8
35-39	87,3	82,3	76,8	91	84,9
40-44	86,1	86	79,4	89,7	86,1
45-49	88,5	90,3	85,9	91	89,4
50-54	90,1	92,6	84	94,6	91,5
55-59	92,8	92,6	89	94,5	92,7
60-64	92,8	93,9	89,4	95	93,4
65-69	94,5	93,1	89,7	95,3	93,6
70-74	94,6	93,7	90	96	94
75-79	93,3	94,2	89,6	95,7	93,9

Sursa: *Raportul studiului „Generaţii şi Gen. Fii vocea generaţiei tale!”*

Lipsa instituţiilor de îngrijire pentru copiii sub vârsta de 3 ani – **creşelor** – rămâne a fi în continuare o problemă destul de serioasă pentru Republica Moldova. Rata de acoperire cu servicii de creșă pentru copiii de până la 3 ani în țară este la moment (2022) mai mică de 20%, iar în Chișinău chiar de 12%.[76] Potrivit datelor BNS, în 2021 ponderea copiilor cuprinși în educația preșcolară era de 94,4%, dintre care numărul copiilor de 1-2 ani încadrați în instituțiile de educație timpurie constituia doar 10%. Majoritatea copiilor (89%) cuprinși în instituţiile preşcolare sunt de vârsta între 3 şi 6 ani. În 2021 în Moldova erau 1483 instituţii de educaţie timpurie: 811 cu statut de creșă-grădiniţă, 566 – grădinițe, 88 – școli-

[75] *Raportul studiului „Generaţii şi Gen. Fii vocea generaţiei tale!”.* Chișinău, 2021, p.261.

[76] *Activitatea bonelor va fi certificată drept serviciu de îngrijire a copiilor*. Disponibil: https://www.ipn.md/ro/activitatea-bonelor-va-fi-certificata-drept-serviciu-de-ingrijire-7967_1089837.html#ixzz7YLTloX81

grădinițe, 16 – centre comunitare și 2 – creșe. Dacă comparativ cu anul 2019 numărul de grădinițe a crescut cu 23 de unități, apoi numărul de creșe-grădinițe a scăzut cu 18 unități.[77] Lipsa serviciilor de îngrijire a copiilor cu vârstă sub 3 ani denotă, respectiv, imposibilitatea părinţilor tineri cu copii de a se reîncadra în câmpul muncii. Situaţia dată este extrem de complicată în special în zonele rurale, în sate, în multe dintre care nu există nici grădiniţe.

În ultimii ani, Republica Moldova a întreprins mai mulţi paşi în vederea îmbunătăţirii legislaţiei privind încurajarea dezvoltării serviciilor de creşă. Astfel, *Codul educaţiei al Republicii Moldova* (art.15) prevede că educația antepreșcolară se realizează în instituțiile de educație antepreșcolară, de la vârsta de 0-3 ani. Cu toate acestea, finanţarea bugetară limitată a determinat ca în instituţiile de educaţie timpurie să fie înmatriculaţi copiii cu vârsta de 2-3 ani, în limitele disponibilităților bugetelor locale, care sunt însă în permanență deficitare. În scopul asigurării respectării dreptului de acces la educația antepreșcolară al copiilor cu vârsta sub 3 ani, au fost efectuate modificări și completări ale *Codului educației*, printre care şi propunerea ca aceste servicii să fie înființate în cadrul grădinițelor de copii, ele fiind incluse în categoria instituțiilor de educație antepreșcolară, care vor fi finanţate din bugetul public naţional.

În acelaşi timp, o altă modificare, ce ţine de art.24 al *Codului educației*, prevede că educaţia antepreşcolară (0-3 ani) se realizează în familie, aceasta beneficiind de finanţare de la bugetul public naţional, iar, la solicitarea părinţilor, autorităţile administraţiei publice locale pot organiza educaţia antepreşcolară, cu finanţare de la bugetele locale. În formularea nou-propusă educaţia antepreşcolară urmează să se realizeze în familie sau, la solicitarea părinţilor, pentru copiii cu vârsta de la 2 la 3 ani – în instituţiile de educaţie antepreşcolară prevăzute la art.15 alin.(1) lit.a). Am putea spune că prin această modificare se recomandă, de fapt, ca educaţia copiilor cu vârsta mai mică de doi/trei ani să se realizeze în familie, ceea ce va reţine în continuare dezvoltarea serviciilor antepreşcolare sau va reduce acest proces la înființarea sporadică a unor grupe în cadrul grădiniţelor. Ca urmare, vor fi diminuate semnificativ posibilităţile de îmbinare a responsabilităţilor părinteşti cu cele profesionale, de revenire mai devreme, în special a femeilor, în câmpul muncii. Diverse măsuri de adaptare a sistemului de instituţii preşcolare la necesităţile părinţilor sunt prevăzute de ***Strategia națională de dezvoltare „Moldova Europeană 2030”***, în conformitate cu care rata de cuprindere în educaţia preşcolară pentru anul 2022 va fi de 93%, pentru 2026 – de 96%, pentru 2030 – de 98%.

[77] *Activitatea instituțiilor de educație timpurie în anul 2021*. Disponibil: https://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=7364

După cum se menționează în Codul educaţiei, *educaţia timpurie* include două cicluri (1. educaţia antepreşcolară, pentru copiii cu vârsta de la 0 la 2 ani; 2. învăţământul preşcolar, pentru copiii cu vârsta de la 2 la 6 (7) ani) şi se desfăşoară în creşe, grădiniţe, centre comunitare de educaţie timpurie sau în alte instituţii, inclusiv private. Conform Codului educaţiei, pot fi înfiinţate instituţii de învăţământ private de toate nivelurile, inclusiv antepreşcolare, având în calitate de condiţii obligatorii realizarea programelor educaţionale, respectarea standardelor educaţionale de stat (art.21 alin.(4), art.23 alin.(3)). În acest context, menţionăm că ***în Republica Moldova sunt puţine instituţii preşcolare private*** (creșe, grădiniţe), majoritatea dintre ele funcţionând în mediul urban şi fiind centrate pe copii cu o vârstă mai mare de 2 ani. Astfel, cele 34 de grădiniţe private din Chişinău (Star Kids, Frudio, Poeniţa Picilor, Căsuţa din poveşti etc.) prestează servicii de educaţie preşcolară copiilor cu vârsta de doar 2-7 ani. Realizarea prevederilor Codului educaţiei înseamnă, desigur, dezvoltarea sistemului de instituţii de educaţie preşcolară prevăzute şi pentru copii cu vârsta de până la 2 ani, acestea constituind un mijloc de completare a necesităţilor în asemenea instituţii pentru părinţii care doresc să muncească. Drept urmare, vor creşte şi posibilităţile lor de îmbinare a activităţilor casnice cu cele profesionale. În Olanda şi în alte ţări europene, de exemplu, îngrijirea copilului sub 3 ani este în mare măsură asigurată de către sectorul privat şi de guvern, iar angajatorii şi părinţii plătesc pentru serviciile acreditate.[78] Cu o altă realitate ne confruntăm în Republica Moldova, unde, după cum menţiona M. Spatari, fostul ministru al muncii şi protecţiei sociale, îngrijirea copiilor mici rămâne în continuare o provocare pentru familii, sistemul de creșe publice din Republica Moldova fiind insuficient. Cadrul normativ actual nu permite dezvoltarea creșelor private, nu sunt reglementate serviciile de îngrijire pentru copiii de vârstă timpurie.[79] Aceste instituții, de regulă, activează fără înregistrare, sau pot fi cu statut de ONG, centre de dezvoltare, oferind servicii la preţuri foarte mari. Din lipsă de soluții, mulți părinți sunt obligați să-și întrerupă cariera profesională pe o perioadă îndelungată pentru a îngriji de copii. Dezvoltarea sistemului de servicii preşcolare private de calitate, în baza unui cadru legal clar, va reduce presiunea asupra sectorului public din acest domeniu.

Actualmente, se întreprind mai multe măsuri de reglementare a serviciilor de mini-creșă. Astfel, *Programul național pentru protecția copilului pentru anii 2022-2026* include un program de subvenționare pentru crearea serviciilor de creșă de tip familial şi prevede un buget de 10 milioane

[78] BULGARU, M., CHISTRUGA, I. *Familia tânără*: *aspecte ale adaptării la societatea în schimbare*. Chișinău: CEP USM, 2015, p.352.

[79] SPATARI, M. *Vom subvenționa serviciile de creșă de tip familial*. Disponibil: https://radiochisinau.md/marcel-spatari-vom-subventiona-serviciile-de-cresa-de-tip-familial---161214.html

de lei pe an pentru deschiderea a cel puțin 1000 de locuri în astfel de creșe, începând din anul 2023. Este vorba de servicii oferite de bone la ele acasă, de organizarea cursurilor pentru viitoarele bone la școlile profesionale, de pe urma cărora vor obține certificate de pregătire profesională, iar munca lor va fi remunerată oficial, devenind activitate economică.[80]

Mai bună este situaţia în Republica Moldova în ceea ce priveşte ***grădiniţele***, dar şi acestea sunt într-un număr mult mai mic decât solicitările, majoritatea dintre ele fiind amplasate în oraşe şi în centrele raionale. Multe dintre fostele clădiri ale grădiniţelor au fost privatizate sau utilizate pentru alte scopuri decât cele educaţionale. Supraaglomerarea grădiniţelor determină îmbolnăvirea frecventă a copiilor şi diminuarea calităţii procesului educaţional, motiv din care părinţii adesea renunţă la asemenea servicii. Despre un șir de cauze ale nefrecventării grădiniței aflăm mai detaliat de la respondentele studiului *Comportamentul reproductiv al femeilor din Republica Moldova*[81], care menţionează că: *copilul se îmbolnăvea des* (19%), *condițiile din grădiniță sunt nesatisfăcătoare* (7,9%), *grădinița se afla tare departe de locuință* (7,5%), *în grădiniță nu erau locuri* (7,4%), *grădinița nu funcționează anul împrejur* (6,2%), *lipsa banilor pentru achitarea serviciilor* (4,7%), *calitatea nesatisfăcătoare a educației prestate de personalul necalificat* (4,1%) etc. Mai mult, din cauza subfinanţării sistemului educaţiei, părinţii copiilor adesea sunt nevoiţi să suporte costul financiar necesar pentru îmbunătăţirea condiţiilor din grădiniţe (reparaţii, dotare cu mobilier, mijloace sanitare etc.). Toate acestea le determină pe mame să-şi educe singure copiii de această vârstă, să apeleze la ajutorul bunicilor sau să angajeze o dădacă.

Îmbinarea reuşită a rolului de mamă cu munca bine plătită ţine în mare măsură de felul în care programul de funcţionare al serviciilor de îngrijire este adaptat la programul de lucru al părinţilor. În majoritatea ţărilor europene structurile de educaţie şi îngrijire timpurie a copiilor de vârste mici oferă programe prelungite de lucru, acestea ținând cont de nevoile părinţilor care au un loc de muncă, incluzând şi unele aranjamente flexibile (program de seară, de noapte şi/sau care acoperă sfârşitul de săptămână). În Suedia, de exemplu, instituţiile de îngrijire lucrează 10-12 ore pe zi, oferind servicii înainte şi după şcoală. În Republica Moldova, instituţiile preşcolare, în cea mai mare parte, nu dispun de asemenea servicii, cu toate că la necesitatea

[80] SPATARI, M. *Vom subvenționa serviciile de creșă de tip familial*. Disponibil: https://radiochisinau.md/marcel-spatari-vom-subventiona-serviciile-de-cresa-de-tip-familial---161214.html

[81] BULGARU, M., BULGARU, O. *Comportamentul reproductiv al femeilor din Republica Moldova*. *Studiu sociologic*. Chişinău: CEP USM, 2018, p.86.

ameliorării situaţiei date se indică şi în *Strategia pentru protecţia copilului pe anii 2014-2020*, care prevede stabilirea programului prelungit de activitate a instituțiilor preșcolare cu cel puțin 1 oră [14, IV(66)]. Putem spune, în cele din urmă, că asigurarea părinţilor cu servicii calitative de îngrijire a copiilor şi la costuri accesibile constituie o condiţie importantă pentru revenirea lor (în special a mamelor) la locul de muncă, precum şi un factor important care influenţează decizia femeilor de a da naştere unui copil.

Facilitarea procesului de reconciliere a responsabilităţilor familiale cu activitatea de muncă ţine şi de ***implicarea angajatorilor***, care ar putea să contribuie la înființarea instituţiilor de îngrijire a copiilor acolo unde acestea lipsesc, la introducerea programelor flexibile de lucru pentru părinţii/lucrătorii cu copii etc. În scopul susţinerii angajatorilor să desfăşoare asemenea activităţi, Corporația Financiară Internațională (IFC World Bank Group) a elaborat în 2019 ghidul „*Abordarea serviciilor de îngrijire a copiilor*: *Un ghid pentru angajatorii ce susțin serviciile de îngrijire a copiilor*". În unele ţări, spre exemplu în Grecia, sistemele de servicii publice şi private care au cel puţin 300 de angajaţi sunt obligate să pună la dispoziţia copiilor acestora un spaţiu pentru creşe/grădiniţă, iar în Olanda furnizarea unor servicii instituţionalizate de îngrijire este considerată responsabilitatea guvernului, a angajatorului şi a angajaţilor.[82] Recent au fost întreprinşi unii paşi în această direcţie şi în Republica Moldova. Astfel, la 15 martie 2022 *Parlamentul R. Moldova a votat în lectură finală Proiectul de lege care prevede operarea modificărilor în Codul muncii și în Codul educației ale Republicii Moldova*, *prin includerea unor norme ce ar permite angajatorilor să ofere salariaților servicii de îngrijire a copiilor cu vârsta de până la 3 ani*. Cheltuielile aferente acestor servicii vor fi asigurate de angajatori, din mijloacele proprii.

Înființarea de către angajatori a unor servicii alternative de îngrijire a copiilor (creşe etc.), suplimentare la cele oferite de către stat, creează numeroase beneficii pentru toate părțile implicate. Astfel, pe de o parte, angajatorii vor putea atrage mai ușor forță de muncă talentată și competentă, sporind productivitatea muncii. Pe de altă parte, soluțiile alternative de îngrijire a copiilor oferite de către angajatori vor contribui la asigurarea egalității de gen în domeniul ocupării forței de muncă, la sporirea participării femeilor cu copii de vârstă preșcolară pe piața muncii, îmbunătățind integrarea lor în viața profesională și accesul la locurile de muncă mai bine plătite, ceea ce va duce la creșterea veniturilor familiale şi, nu în ultimul rând, la multiplicarea

[82] *Reconciliation of work and family life and collective bargaining in the European Union*. Disponibil: http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef0606en.pdf

posibilităţilor de reconciliere a vieții profesionale cu cea de familie pentru ambii părinţi.

În Republica Moldova femeile, dat fiind că sunt cele care în majoritatea cazurilor utilizează concediul parental, întâmpină un şir de dificultăţi din partea angajatorului. O problemă cu care ele se confruntă des sau totdeauna în perioada sarcinii şi a concediului de îngrijire a copilului ţine de ***imposibilitatea de a-şi stabili un program eşalonat/flexibil de lucru***, care poate fi realizat în diferite variante (timp parţial de muncă; muncă acasă; telemunca, program de lucru comprimat, munca în afara programului de muncă oficial instituit: în orele de noapte, în ture, în zilele de odihnă etc.). Stabilirea regimurilor flexibile de lucru este prevăzută de mai multe acte normative din Republica Moldova, inclusiv de *Strategia pentru protecţia copilului pe anii 2014-2020* (IV, p.64(1)), *Codul muncii* etc. Articolul 1001 din Codul muncii, recent modificat (14.07.2022), prevede, de exemplu, că programele flexibile de muncă „se instituie prin acordul dintre salariat și angajator, la solicitarea salariatului sau a angajatorului, atât la momentul angajării, cât și după încheierea contractului individual de muncă, în mai multe formule: a) flexibilitate în programarea orelor lucrate, cum ar fi durata programului de muncă, timpul începerii și terminării lucrului, întreruperile, alternarea zilelor lucrătoare și nelucrătoare; b) flexibilitate în cantitatea de ore lucrate, cum ar fi munca cu fracțiune de normă și cotele de muncă; c) flexibilitatea locului de muncă, cum ar fi lucrul la domiciliu sau într-un alt loc decât cel organizat de angajator". Totodată, se menționează că formulele flexibile de muncă nu implică schimbări în normarea muncii, remunerarea muncii, precum și limitarea drepturilor salariatului privind calcularea vechimii în muncă, durata concediului de odihnă anual sau a altor drepturi aferente raporturilor de muncă. În realitate însă, aceste prevederi rămân la discreţia angajatorului, care, în termen de 30 de zile de la recepționarea solicitării de ajustare, va determina posibilitatea sau imposibilitatea acomodării locului de muncă la programele flexibile, luând în considerare un șir de factori: costurile suplimentare; incapacitatea de reorganizare a muncii printre personalul existent; incapacitatea de a recruta personal suplimentar; impactul dăunător asupra calității; impactul dăunător asupra performanței salariatului etc.[83]

În majoritatea cazurilor, după cum aflăm din mai multe studii, angajatorii au o atitudine negativă faţă de solicitările mamelor cu copii. Printre problemele cu care se confruntă cel mai des aceste femei la locul

[83] Legea pentru modificarea unor acte normative, nr.195 din 14.07.2022. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2022, nr.246-250.

de lucru sunt menţionate: *nemulţumirea angajatorului faţă de necesitatea femeii de a-şi face investigaţii/ controale medicale*, *atitudinea negativă a angajatorului faţă de femeie din cauza sarcinii*, *imposibilitatea femeii de a pleca în deplasări în interes de serviciu*, *imposibilitatea femeii de a lucra în schimbul de noapte*, *necesitatea de a avea un grafic eşalonat/flexibil de lucru* etc.[84] (a se vedea *Figura 2.4*.).

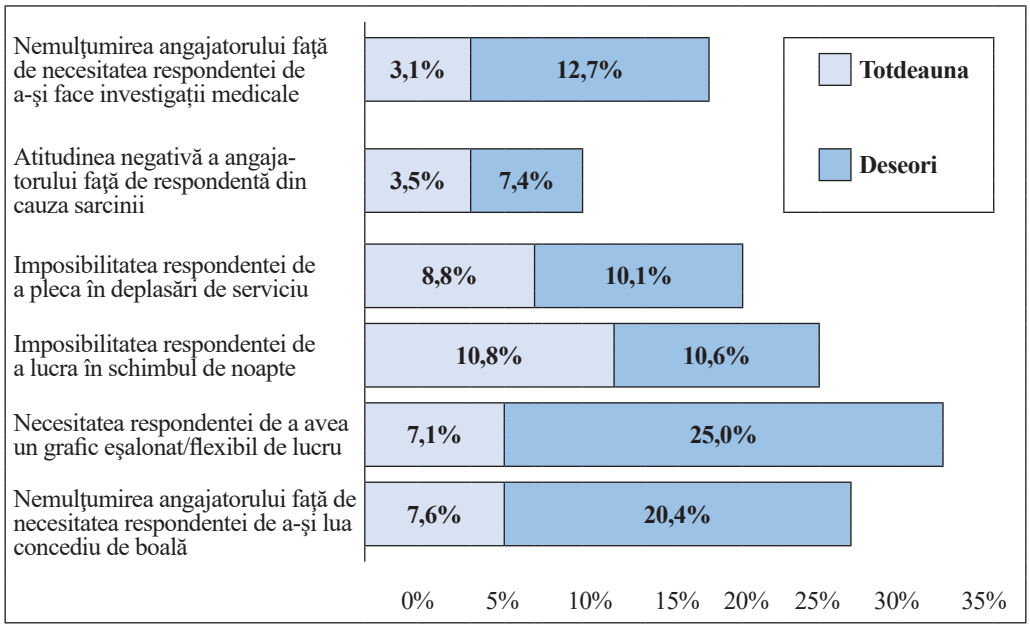


Fig.2.4. Situaţii întâlnite de respondente în perioada sarcinii sau pe parcursul concediului de îngrijire a copilului

Sursa: *Comportamentul reproductiv al femeilor din Republica Moldova*

Aranjamentele de muncă flexibile pentru părinţii cu copii oferă oportunitatea îmbinării vieţii de familie cu cea profesională, reduc presiunea pe sistemul formal de îngrijire a copiilor. Împreună cu concediul de paternitate, cel parental/de îngrijire a copilului, aranjamentele de muncă flexibilă vor stimula implicarea taţilor în creşterea şi educarea copiilor, vor contribui la echilibrarea distribuirii şi exercitării sarcinilor casnice.

Realizarea măsurilor de politici familiale prezentate ar asigura în plan final eliminarea stereotipurilor de gen, implicarea femeilor şi bărbaţilor în familie şi pe piaţa muncii în mod egal, i-ar ajuta să aibă numărul dorit de copii şi ar spori rezilienţa demografică a ţării. Cu toate acestea, în Republica

[84] BULGARU, M., BULGARU, O. *Comportamentul reproductiv al femeilor din Republica Moldova. Studiu sociologic*. Chişinău: CEP USM, 2018, p.90.

Moldova soluţionarea problemei privind îmbinarea obligaţiunilor familiale, parentale şi profesionale, ca şi multe alte probleme ce ţin de creşterea şi educarea copilului, se realizează preponderent prin eforturile cuplurilor la nivel de gospodărie, fiind însoţită adesea de stresuri şi încordări din partea ambilor soţi, toate acestea având consecinţe în ultimă instanţă şi asupra deciziei de a naşte copii.

Menționăm, **în concluzie,** că schimbările socioeconomice și politice, care s-au produs în Moldova pe parcursul ultimelor decenii, au fost urmate de multiple modificări ale relațiilor familiale și ale comportamentelor reproductive, de intensificarea proceselor migratorii etc., care au stat la baza diminuării semnificative a natalității. Declinul demografic, în continuă desfășurare, generează o serie de îngrijorări și întrebări cu referire la viitorul țării, efectivul populației peste 2-3 decenii și structura pe vârste a acesteia, efectivul forței de muncă, posibilitățile sistemului de protecție socială, care deja sunt diminuate (destabilizarea sistemului de pensii) etc. În situația dată se cer a fi întreprinse, la nivel central și local, măsuri serioase și urgente de sprijin consistent, în special pentru tineri și familiile cu copii.

Politicile familiale din Republica Moldova, axate preponderent pe beneficii financiare mici, în comparație cu cerințele actuale de creștere și de educare a copilului, precum și diminuate de nivelul de inflație în creștere, puțin posibil să sporească bunăstarea și decizia cuplurilor de a naște copii, precum şi să diminueze intenţia lor de emigrare. Cu atât mai mult că este vorba de familiile tinere, care în mare parte sunt afectate de sărăcie, nu dispun de o profesie, de un loc de lucru, de loc de trai etc., adică de resursele necesare pentru creșterea copilului. Impactul sistemului de alocații și al ajutoarelor materiale pentru familie ar putea influența într-o anumită măsură natalitatea/fertilitatea, în cazul în care vor contribui la asigurarea unui trai decent, vor corespunde cerințelor actuale de creștere a copilului, fiind însoţite de realizarea unui complex de alte măsuri: de asigurarea cu locuri de muncă, înzestrate cu tehnică modernă, de ameliorarea condițiilor de locuit, de creșterea calității educației, serviciilor de sănătate, extinderea sistemului de servicii preșcolare pentru copii (creșe, grădinițe etc.), garantarea locurilor de muncă pe perioada în care mama se află în concediu, crearea condițiilor favorabile pentru îmbinarea responsabilităților profesionale și familiale, creșterea posibilităților de desfășurare a activităților la domiciliu pentru femeile care doresc să se ocupe în același timp de îngrijirea copiilor, oferirea locurilor de muncă cu program redus, a posibilităților de a-și alege timpul de lucru, eliminarea stereotipurilor de gen din societate etc. În alţi termeni, politica familială ar putea avea un efect pozitiv asupra bunăstării și natalității/fertilității în cazul în care se va ține cont de caracterul ei integrator, de multitudinea factorilor care influențează, atât direct, cât și indirect, grupul familial.



***Întrebări de recapitulare*:**

1. Stabiliţi problemele sociale majore de la etapa actuală, inclusiv din Republica Moldova, care determină necesitatea elaborării şi implementării politicilor familiale.
2. Definiţi conceptul de politici familiale, evidenţiind obiectivele acestora la etapa actuală.
3. Caracterizaţi principalele categorii de măsuri, pe care le conţine politica familială la nivelul statelor europene.
4. Stabiliţi criteriile de clasificare a politicilor familiale, evidenţiind principalele tipuri de politici familiale practicate la etapa actuală în ţările UE.
5. Realizaţi o analiză comparativă a tipurilor de politici familiale elaborate de G.Esping-Andersen şi J.Lewis, evidenţiind avantajele şi dezavantajele fiecăreia dintre aceste clasificări.
6. Argumentaţi în ce mod politicile familiale, în condiţiile actuale, ar putea avea un efect simultan asupra bunăstării familiei şi fertilităţii/natalităţii.
7. Caracterizaţi modelele de politici familiale din Europa de Est și Centrală (în fostele ţări socialiste) din perspectiva principalelor scopuri (bunăstarea copiilor, egalitatea de gen, concilierea vieții de familie cu profesia), determinând în care dintre ele ar putea fi inclusă Republica Moldova.
8. Evaluaţi eficienţa sistemului de indemnizaţii pentru copii din Republica Moldova (cuantumul lor în 2020/2022/2023) asupra bunăstării familiei.
9. Argumentaţi, dacă actualele măsuri de politici familiale ar putea influenţa creșterea fertilității/natalității în Republica Moldova.
10. Elaboraţi propuneri pentru o politică familială cu efect benefic asupra bunăstării familiei şi situaţiei demografice din Republica Moldova.



***Sarcini de lucru individual*:**

1. Realizarea unei cercetări practice (sondaj) privind principalele probleme cu care se confruntă la etapa actuală familiile cu copii în Republica Moldova și elaborarea propunerilor de depășire a acestor probleme prin măsuri de politici familiale.
2. Elaborarea unui referat care să conțină analiza eficienței principalelor măsuri de politici familiale, implementate în Republica Moldova în ultimii 10 ani, înaintând propuneri pentru o politică familială cu consecințe benefice asupra bunăstării familiei și situației demografice.
3. Elaborarea unui referat care să conțină o analiză comparativă a sistemului de indemnizații pentru copii din Republica Moldova și din țările UE, determinând impactul lor asupra comportamentului reproductiv/natalității.



***Bibliografie selectivă*:**

1. BASTEN, S., FREJKA, T. (co-ordinating authors). Fertility and Family Policies in Central and Eastern Europe. În: *Barnet Papers in Social Research*. WORKING PAPER 15-01, February 2015.
2. BULGARU, M., BULGARU, O. *Comportamentul reproductiv al femeilor din Republica Moldova*. *Studiu sociologic*. Chişinău: CEP USM, 2018.
3. BULGARU, M., BULGARU, O. Politici familiale cu impact asupra comportamentului reproductiv. În: *Studia Universitatis*. *Seria Ştiinţe Sociale*, 2016, nr.8 (98), p.3-13.
4. BULGARU, M., BULGARU, O. Politici familiale cu consecinţe demografice. În: *Studia Universitatis*. *Seria Ştiinţe Sociale*, 2017, nr.3 (103), p.3-15.
5. BULGARU, M., CHISTRUGA, I. *Familia tânără*: *aspecte ale adaptării la societatea în schimbare*. Chișinău: CEP USM, 2015.
6. *Cum stimulăm implicarea echitabilă a părinților în creșterea și îngrijirea copiilor? Recomandări de politici*. Chișinău: UNFPA, 2022.
7. DIRK, J. van de KAA. *The Idea of a Second Demographic Transition in Industrialized Countries*. Disponibil: http://virtualpostgrados.unisabana.edu.co/pluginfile.php/163483/mod_resource/content/5/kaa(1)%20second%20demographic%20transition.pdf
8. ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press, 1990.
9. *Europa 2020*: *strategia Uniunii Europene pentru ocuparea forţei de muncă şi creştere economică*.
10. *Extinderea aranjamentelor de muncă*. *Recomandări de politici publice pentru eficientizarea reconcilierii vieții profesionale cu cea personală*. Chișinău: UNFPA, 2022.
11. HOEM, J.M. The impact of public policies. În: *Demographic Research*, 2008, vol.19, art.10.
12. *Indemnizația pentru îngrijirea copilului*. *Opțiunile oferite din 1 ianuarie 2020.* Disponibil: https://monitorul.fisc.md/editorial/indemnizatia-pentru-ingrijirea-copilului-optiunile-oferite-din-1-ianuarie-2020.html
13. Legea cu privire la ajutorul social, nr.133 din 13.06.2008. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2008, nr.179.
14. Legea privind prestațiile sociale pentru copii, nr.315 din 23.12.2016. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2017, nr.19-23.
15. Legea pentru modificarea unor acte normative, nr.195 din 14.07.2022. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2022, nr.246-250.
16. LEWIS, J. Gender and the development of Welfare Regimes. În: *Journal of European Social Policy*, 1992, 2 August, p.159-173.
17. *Manual pentru abordarea integratoare a egalității de gen în politicile de ocupare a forței de muncă*, *incluziune socială și protecție socială*. Luxemburg:

Oficiul pentru Publicații Oficiale ale Comunităților Europene, 2008.
18. MIHĂILESCU, I. *Familia în societăţile europene*. Bucureşti: Editura Universităţii, 1999.
19. NEYER, G. *Family Policies and Low Fertility in Western Europe*. Max Planck Institute for Demographic Research Working Paper WP 2003-021.
20. POPESCU, C. *Politici de susţinere a familiilor cu copii*: *viziune de politici în Uniunea Europeană şi recomandări pentru Republica Moldova*. Chişinău, 2014.
21. POPESCU, C. *Reforma concediului de îngrijire a copiilor de vârsta 0-3/3-6 ani*: *mai scurt*, *mai bine plătit*, *urmat de servicii bune de creşă/ grădiniţă*. Chişinău: „Expert-Grup", 2015, p.10-11, 15-16.
22. *Programul Național Strategic în domeniul securității demografice a Republicii Moldova* (2011-2025).
23. *Programul național pentru protecția copilului pe anii 2022-2026 și Planul de acțiuni pentru implementarea acestuia* (aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.347 din 01.06.2022).
24. *Programul Familia*. Disponibil: https://familia.gov.md/
25. *Raportul studiului* „*Generaţii şi Gen*. *Fii vocea generaţiei tale!*". Chişinău, 2021.
26. ROBILA, M. *Politica familială pentru Republica Moldova*. New-York: City University of New York, 2010.
27. SEGALEN, M. *Sociologia familiei*. Iaşi: Polirom, 2011.
28. *Strategia Națională de Dezvoltare* „*Moldova 2030*".
29. *Strategia pentru protecţia copilului pe anii 2014-2020*.
30. ŞTEFĂNESCU, T. (coord.). *Politicile sociale ale Uniunii Europene*. Bucureşti, 2002.
31. THEVENON, O. Family Policies in OECD Countries: A Comparative Analysis. În: *Population and Development Review*, 2011, nº 37(1), p.66-75.
32. ZAMFIR, E. ZAMFIR, C. (coord.) *Politici sociale*. *România în context european*. Bucureşti: Alternative, 1995.

CAPITOLUL III.

POLITICI DE PROTECȚIE A PERSOANELOR ÎN VÂRSTĂ ȘI DE PROMOVARE A ÎMBĂTRÂNIRII ACTIVE

***Conținuturi*:**

1. **Bătrânețea – delimitări conceptuale**
2. **Caracteristici ale vârstei a treia**
3. **Teorii sociale ale îmbătrânirii**
4. **Îmbătrânirea activă – principiu al politicilor sociale**
5. **Măsuri și servicii de protecție socială a persoanelor în vârstă**



***Obiective de referință*:**

– să identifice tipurile și particularitățile biologice, psihologice și sociale ale bătrâneții;
– să determine cadrul teoretic de explicare a îmbătrânirii în aspect social;
– să stabilească principalele momente care au influențat promovarea îmbătrânirii active la nivel internațional;
– să analizeze spectrul de măsuri propuse pentru a impulsiona îmbătrânirea activă;
– să propună măsuri de intervenție a asistentului social pentru sprijinirea persoanelor vârstnice și a familiilor acestora.

***Competențe*:**
- relaționarea cu persoanele vârstnice din perspectiva valorizării rolului și abilităților acestora;
- determinarea nevoilor persoanelor vârstnice în funcție de caracteristicile fizice și psihosociale;
- ajustarea intervenției în cazul persoanelor în vârstă în funcție de nevoile acestora.

***Termeni-cheie*:** *îmbătrânire*, *bătrân*, *pensie*, *vârstnic*, *îmbătrânire activă*, *dezangajare socială*, *activism*, *ageism*.

3.1. Bătrânețea – delimitări conceptuale

Bătrânețea este o etapă distinctă a vieții, care comportă anumite caracteristici distincte comparativ cu celelalte (copilărie, adolescență, perioada adultă). Ea nu poate fi definită cu maximă precizie, dat fiind conotația diferită a acestui concept în diferite societăți și perioade de timp. În unele societăți oamenii sunt considerați bătrâni ca urmare a survenirii unor schimbări în activitatea acestora sau în rolul social (de exemplu, atunci când devine bunic). Din perspectivă biologică, îmbătrânirea este determinată de interacțiunea dintre factorii genetici, de mediu și cei ai stilului de viață.[1]

Îmbătrânirea reprezintă ansamblul transformărilor care se fac resimțite în special în ultima perioadă a vieții, constituind un proces de declin în aspect fiziologic, psihologic și social. Din această perspectivă fenomenul îmbătrânirii necesită o abordare pluri- și interdisciplinară.

Îmbătrânirea este un proces treptat, continuu de schimbare naturală, care începe la vârsta adultă timpurie. Pe parcurs, multe funcții ale organismului uman încep să scadă treptat. În concepția lui S. Rădulescu, bătrâneţea este o „perioadă de profundă degradare şi involuţie a principalelor funcţii ale organismului uman, printre care declinul capacităţilor fizice, fragilitatea, uzura, scăderea rezistenţei la boli şi diminuarea capacităţilor de adaptare ori reglare, deteriorarea calitativă a proceselor psihice”.[2] Totodată, academicianul rus G. Osipov asociază îmbătrânirea cu schimbările organismului survenite în procesul de dezvoltare individuală, datorate vârstei, care limitează capacitatea de adaptare.[3] Dicționarul enciclopedic scoate în prim-plan, la fel ca și G. Osipov, disfuncțiile fiziologice ale organismului odată cu înaintarea în vârstă: „stadiu în evoluția organismelor care apare după maturitate și se caracterizează prin scăderea treptată a funcțiilor fiziologice”[4], fiind neglijate alte aspecte precum schimbarea de roluri, afectarea participării sociale etc.

[1] NEAMȚU, G. (coord.) *Enciclopedia asistenței sociale*. Iași, 2016, p.507.
[2] RĂDULESCU, S. *Sociologia vârstelor*. București, 1994, p.123-124.
[3] ОСИПОВ, Г. *Социологический энциклопедический словарь*. Москва, 1998, p.341.
[4] COBEȚ, D., DIMA, E., FAIFER, F. ș. a. *Dicționarul enciclopedic*. Ed. a 5-a. Chișinău, 2004, p.93.

Schimbările fiziologice ar putea fi determinante, dar aspectele sociale ale înaintării în vârstă nu sunt de neglijat. Din cauza îmbătrânirii persoanele sunt constrânse să îndeplinească sarcini diferite sau să își reducă din ritm și activități. Dincolo de schimbările biologice, îmbătrânirea este adesea asociată cu alte tranziții ale vieții, precum pensionarea, schimbarea/adaptarea locuinței și decesul partenerului/ei sau al prietenilor.

Din punct de vedere social, bătrâneţea este asociată cu „dezangajarea faţă de rolurile sociale active, retragerea din viaţa profesională (pensionarea) şi adoptarea altor roluri sociale, dintre care unele cu caracter pasiv, caracterizate de dependenţa faţă de alţii, iar altele cu caracter activ, compensator”.[5] În acest sens, bătrânețea nu ar trebui văzută doar ca o perioadă pasivă, dar și ca una activă, în ultima perioadă tot mai mult punându-se accentul pe activizarea persoanelor în vârstă.

Stabilirea unui criteriu de referință în definirea bătrâneții este vârsta de pensionare. În majoritatea țărilor Uniunii Europene vârsta de 65 ani este cea care delimitează persoanele adulte de persoanele vârstnice, care reprezintă vârsta de pensionare. Unele țări intenționează să mărească până în anul 2030 vârsta de pensionare la 67 de ani. De asemenea, vârsta de pensionare în Canada, Finlanda, Norvegia, Suedia și SUA este flexibilă, ceea ce semnifică că o persoană se poate pensiona într-un anumit interval de vârstă. Limitele superioare și inferioare de vârstă sunt specificate în Tabelul 3.1.

Tabelul 3.1.

Vârsta de pensionare în diverse țări[6]

Țara	**Vârsta de pensionare (anul 2022) Bărbați/femei**	**Viitoarea vârstă de pensionare**
1	**2**	**3**
Austria	65/60 ani	65 ani (an.2023)
Belgia	65 ani	67 ani (an.2030)
Bulgaria	66 ani și 10 luni	67 ani (an.2023)
Canada	60-70 ani; 65-70 ani	-
Cehia	63 ani și 10 luni	65 ani (an.2030)
Danemarca	67 ani	68+ ani***** (an.2030)
Estonia	64 ani și 3 luni	65 ani (an.2026); 65+ (an.2027)

[5] RĂDULESCU, S. *Sociologia sănătății* și *a bolii*. București, 2002, p.66.

[6] *Current and future retirement ages*. Disponibil: https://www.etk.fi/en/work-and-pensions-abroad/international-comparisons/retirement-ages/#:~:text=At%20the%20moment%2C%20retirement%20at,being%20linked%20to%20life%20expectancy.

1	2	3
Finlanda	64-68 ani	65 ani (an.2027)
Lituania	64 ani și 4 luni/63 ani și 8 luni	65 ani (an.2026)
România	65/61 ani și 9-11 luni	65/63 ani (an.2030)
Slovacia	62 ani și 10 luni	64 ani (an.2030)
Spania	66 ani și 2 luni	67 ani (an.2027)
Malta	63 ani	65 ani (an.2027)
Norvegia	62-75 ani	–
Suedia	62-68 ani	63-69 ani (an.2023), 63+ ani (an.2026); 66 ani (an.2023), 66+ ani (an.2026)
SUA	62-70 ani	67 ani (an.2027)

***** Notă: + semnifică creșterea vârstei de pensionare în funcție de creșterea speranței de viață

În Republica Moldova, persoană vârstnică este considerată cea care a atins vârsta de pensionare.[7] Totodată, pe parcursul anilor vârsta de pensionare a cunoscut o schimbare continuă, în prezent fiind stabilită vârsta de 63 ani pentru bărbați și de 60 ani pentru femei. Totuși, din anul 2028 nu va exista o diferență în stabilirea dreptului la pensie pentru limită de vârstă pentru femei și bărbați, fiind determinată vârsta de 63 ani.[8]

De-a lungul timpului s-a utilizat plenar conceptul de bătrân, a cărui etimologie provine din limba latină (*veteranus=betranus*), semnificând veteranul roman. În perioada antică și medievală termenul „bătrân" era atribuit soldaților eliberați din armată la finalizarea serviciului militar, cărora după o perioadă îndelungată (în jur de 20 ani) li se permitea să se întoarcă acasă și să-și întemeieze o familie. În plus, statutul social al acestora era de înțelepți ai localității, părerea cărora era consultată dat fiind experiența de viață.

Dicționarul enciclopedic definește „bătrânul" ca fiind persoana care trăiește de mulți ani sau care este înaintată în vârstă, iar în cazul „vârstnicului" – persoana trecută de vârsta tinereții, fiind de vârstă înaintată. Definițiile prezentate mai sus relevă schimbarea de optică în abordarea termenului: dacă în perioada antică și în cea medievală bătrânețea era considerată perioada de recunoștință a meritelor, atunci în perioada contemporană – o perioadă de declin și de dependență.

În unele surse se consideră inoportună utilizarea termenului „bătrân", considerat a fi unul discriminatoriu. Astfel, s-a propus utilizarea termenilor

[7] Hotărârea Guvernului nr.15000/2004 pentru aprobarea Regulamentului-tip cu privire la funcționarea azilului pentru persoane în vârstă și persoane cu dizabilități. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2005, nr.13-16.

[8] Legea privind sistemul public de pensii, nr.156/1998. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 1998, nr.111-113.

„persoană vârstnică", „vârstnic", „senior", care nu ar afecta negativ imaginea și stima de sine a persoanelor trecute de vârsta tinereții.

În analiza problemelor persoanelor în vârstă și stabilirea nevoilor de intervenții, este necesar de evidențiat etapele bătrâneții:

– stadiul de trecere spre bătrânețe (de la 65 la 75 ani);

– stadiul bătrâneții medii (de la 75 ani la 85 ani);

– stadiul marii bătrâneți sau al longevivilor (peste 85 ani).[9]

Cercetătorii H. Orimo, H. Ito, T. Suzuki, A. Araki, T. Hosoi și M. Sawabe prezintă următoarea clasificare a bătrâneții: de la vârsta 65 ani la 74 ani – bătrânețea timpurie și de la 75 ani începe bătrânețea târzie.[10]

Asociația Națională a Asistenților Sociali din SUA (NASW) propune (în anul 1995) următoarea tipologie a vârstnicilor: vârstnici-tineri (55-64 ani), vârstnici (65-74 ani), vârstnici-vârstnici (75-84 ani) și foarte vârstnici (peste 85 ani). Specialiștii în gerontologie au înaintat o altă clasificare ce cuprinde următoarele categorii: *vârstnici tineri* (65-74 ani), o parte dintre care mai pot fi activi pe piața muncii; *vârstnicii-vârstnici* (75-84 ani), care pot întâmpina greutăți din cauza problemelor de sănătate și a dificultăților de deplasare; *cei mai vârstnici* (peste 85 ani), care au numeroase probleme de sănătate, necesitând asistență în realizarea sarcinilor de îngrijire.[11]

Îmbătrânirea unei persoane este plurală, context în care pot fi abordate următoarele tipuri de îmbătrânire:

– îmbătrânirea *biologică*, care apare odată cu înaintarea în vârstă, fiind înregistrate modificări la nivel fiziologic;

– îmbătrânirea *psihologică*, bătrânețea fiind asociată cu o vulnerabilitate la nivelul psihicului;

– îmbătrânirea *socială*, vârstnicii fiind tratați cu dispreț, în condițiile în care aceștia necesită asistență și suport, dar neglijându-se contribuția acestora la dezvoltarea societății[12];

– îmbătrânirea *demografică*, este o problemă a societăților contemporane, prin care se înțelege procesul demografic de creștere a ponderii populației vârstnice pe fundalul unei descreșteri a populației tinere.

Îmbătrânirea populației este un fenomen mondial. La nivelul Uniunii Europene se înregistrează o scădere a procentului de populație în vârstă de muncă, în timp ce numărul relativ al pensionarilor este în creștere. De asemenea, demografii atenționează că ponderea persoanelor în vârstă din totalul populației va crește semnificativ în deceniile următoare, pe măsură ce un procent tot mai

[9] BODOGAI, S.I. *Asistența socială a persoanelor vârstnice. Metode actuale și construcție planificată*. Cluj, 2020, p.16.

[10] ORIMO, H., ITO, H., SUZUKI, T., ARAKI, A., HOSOI, T., SAWABE, M. Reviewing the definition of „elderly". În: *Geriatrics and Gerontology International*, 2006, no.6, p.146-18.

[11] NEAMȚU, G. (coord.) *Enciclopedia asistenței sociale*. Iași, 2016, p.159.

[12] *Ibidem*, p.508.

mare din generația născută în perioada exploziei demografice postbelice atinge vârsta de pensionare. Acest lucru va conduce, la rândul său, la creșterea sarcinii suportate de persoanele în vârstă de muncă în ceea ce privește acoperirea cheltuielilor sociale necesare pentru populația îmbătrânită pentru o serie de servicii asociate acesteia.

Populația Republicii Moldova este, de asemenea, într-un proces de îmbătrânire alertă, ponderea persoanelor de peste 65 ani în totalul populației cu reședință obișnuită este în creștere în ultimii ani: de la 11,4% în anul 2015 la 14,9% în anul 2022, depășind țări, precum: Albania și Macedonia de Nord (14,1%), Armenia (11,9%), Kosovo (8,5%).[13] De asemenea, în anii 2016-2022 coeficientul de îmbătrânire a populației este în creștere, atingând în anul 2022 valoarea de 22,8%. Datele Biroului Național de Statistică evidențiază că ponderea populației vârstnice cu reședință obișnuită (58 ani pentru femei/63 ani pentru bărbați) a crescut în perioada 2014-2022 în toate regiunile de dezvoltare ale țării. Cele mai mari creșteri ale ponderii persoanelor vârstnice se atestă în Regiunea Sud (cu 6,9 puncte procentuale) și Regiunea Centru (cu 6,3 puncte procentuale). Cea mai îmbătrânită regiune este Regiunea Nord, cu o pondere de 23,6%, fiind urmată de Regiunea Sud (23,3%).[14]

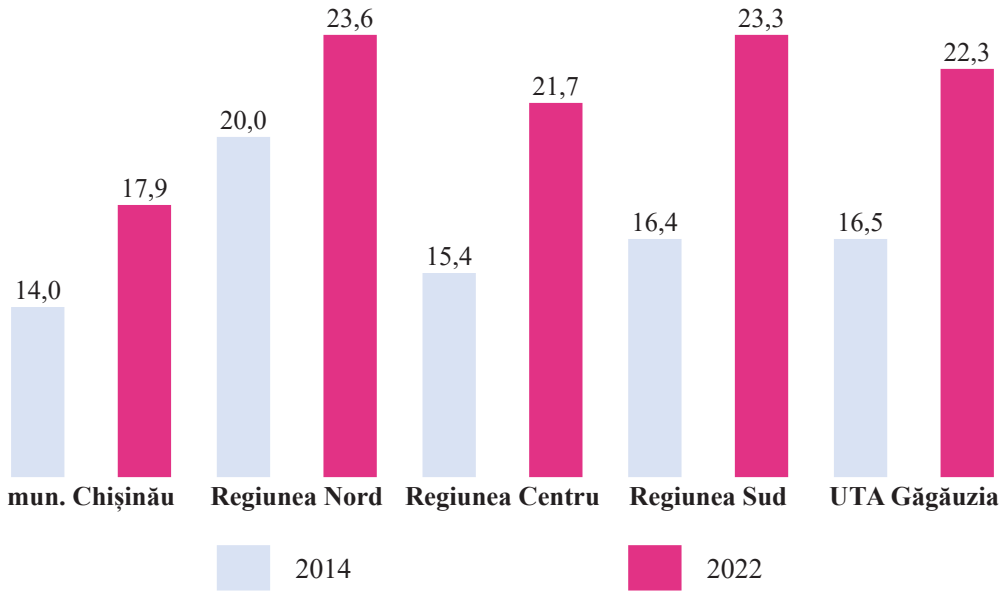


Fig.3.1. Reprezentarea regională a coeficientului de îmbătrânire a populației

Sursa: *Biroul Național de Statistică*

[13] *Proportion of population aged 65 and over*. Disponibil: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00028/default/table?lang=en

[14] *Populația cu reședință obișnuită în profil teritorial la începutul anilor 2014-2022*. Disponibil: https://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=7473&parent=0

Reprezentarea teritorială a coeficientului de îmbătrânire atestă că raionul cu cea mai înaltă proporție a populației de peste 60 ani este r-nul Cimișlia (29,1%), iar cu cea mai mică mun. Chișinău (18,7%). În zona de Nord cel mai îmbătrânit este r-nul Briceni (28,3%), iar în zona de Centru – r-nul Hâncești (25,3%). În zona de Sud, pe lângă r-nul Cimișlia, o pondere destul de înaltă a populației de peste 60 ani este în r-nul Basarabeasca (28,7%).

Îmbătrânirea demografică a populației conduce la creşterea presiunii populaţiei vârstnice asupra populaţiei adulte, active și în mod implicit asupra sistemelor de sănătate, asistență socială, asigurări sociale, cu impact asupra vieții economice și sociale.

3.2. Caracteristici ale vârstei a treia

Înaintarea în vârstă comportă o serie de transformări atât la nivel fiziologic, psihologic, cât și social. Studiile în domeniu relevă particularitățile bătrâneții care se manifestă la diferit nivel.

1. Modificări fizice/biologice

Îmbătrânirea este un proces firesc, care demarează după naștere sau chiar înainte de aceasta (în cadrul vieții intrauterine), reprezentând o ultimă perioadă a ciclului vieții. Această perioadă este marcată în special de deteriorarea stării de sănătate, ceea ce slăbește organismul și capacitatea de adaptare. În acest sens, preocuparea persoanelor în vârstă, dar și a dezvoltatorilor de politici publice ar fi menținerea stării de bine a sănătății fizice și mentale. Implementarea politicilor în domeniul sănătății în marea majoritate a țărilor a contribuit la îmbunătățirea condițiilor de viață și a stării de sănătate, la creșterea longevității și a mediei vârstei înaintate.

Afectarea sănătății nu se manifestă în mod unitar la toate persoanele, inclusiv la aceeași persoană în perioade diferite de timp pe parcursul vieții. Odată cu înaintarea în vârstă s-ar putea acutiza anumite boli cronice, ceea ce ar contribui la o sporire a persoanelor capacitățile cărora ar putea fi afectate.

Studiile din domeniul sănătății evidențiază că modificări sunt înregistrate la nivelul sistemului tegumentar, nervos, locomotor, cardiovascular, respirator, renal, reproductiv ș.a., după cum urmează:

– *sistemul tegumentar*, caracterizat prin pigmentări, apariția ridurilor, căderea părului etc.;

– *sistemul circular*, fiind afectată modificarea structurii inimii, a debitului cardiac etc., fiind afectate o serie de organe precum plămânii, ficatul, rinichii etc.;

– *sistemul locomotor* (muscular și osos), țesutul osos se decalcifiază și demineralizează, apar deformări ale scheletului, oasele devin fragile fiind crescut riscul de fracturare; forța musculară se diminuează, ceea ce influențează capacitatea de mișcare; este înregistrată o scădere a elasticității anumitor formațiuni osoase și tendoane, ceea ce influențează modificarea ținutei și poziției. În acest caz mersul și activitățile nesedentare pot contribui la prevenirea sau îmbunătățirea stării de sănătate în general;

– *sistemul reproductiv*, fiind înregistrate schimbări la nivel hormonal, femeile intrând în perioada de menopauză, iar bărbații – andropauză;

– *sistemul nervos*, procesul de îmbătrânire a creierului începe în jurul vârstei de 25-27 ani,[15] fiind afectat numărul de neuroni, timpul de reacție, reducerea vitezei de execuție a unor acțiuni. O serie de maladii ale sistemului nervos sunt caracteristice în mod special persoanelor vârstnice (Parkinson, demență etc.). Îmbunătățirea funcționalității sistemului nervos este posibilă prin o serie de activități intelectuale, precum cititul, jocurile etc.;

– *sistemul respirator*, prin respirație deficitară, ceea ce contribuie la o slabă oxigenare a organismului.

Putem conchide că fiziologia umană este afectată de procesul de îmbătrânire, dar nivelul de afectare depinde de activismul persoanelor, de modul și stilul de viață. Astfel, consumul abuziv de alcool, tutun, alimentația nesănătoasă, sedentarismul corelate cu accesul limitat la servicii medicale, starea financiară precară, lipsa unor deprinderi de viață ridică cu mult nivelul morbidității în rândul persoanelor în vârstă. În acest caz înaintarea în vârstă este asociată cu o stare de sănătate precară, sporind riscul de a se îmbolnăvi de mai multe boli concomitent, fiind necesar un tratament și o recuperare de lungă durată, dependență de îngrijiri în cadrul instituțional sau familial, ceea ce pune presiune pe sistemul medical, asistența socială etc. Deseori tratarea vârstnicilor nu este definitivă, conducând la apariția unor deficiențe.

Studiile și datele statistice indică faptul că în rândul vârstnicilor, comparativ cu alte categorii de vârstă, rata mortalității este mai înaltă. În cazul Republicii Moldova bolile aparatului circulator reprezintă principala cauză de deces pentru persoanele de peste 60 ani. Totodată, tumorile maligne și bolile aparatului digestiv sunt în topul cauzelor de deces. În ultimii ani se înregistrează o supramortalitate a bărbaților de 60 ani și peste pe următoarele cauze de deces: tumori maligne, boli ale aparatului digestiv, ale aparatului respirator, accidente.

[15] NEAMȚU G. (coord.) *Tratat de asistență socială*. Iași, 2002, p.915.

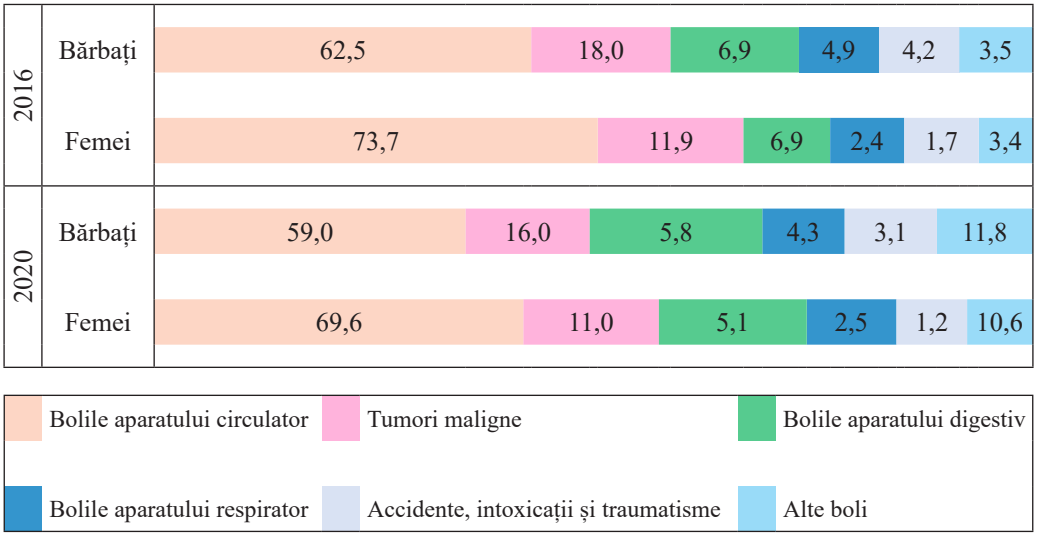


Fig.3.2. Persoane decedate în vârstă de 60 ani şi peste, după principalele clase ale cauzelor de deces (%)

Sursa: *Biroul Național de Statistică*

Datele Băncii Mondiale evidențiază că începând cu vârsta de 50 ani persoanele își petrec 30% din restul vieții cu o stare de sănătate rea sau foarte rea.[16] Studiul „Generații și Gen" stabilește că în Republica Moldova 31,2% din persoanele de 65-79 ani își evaluează starea sănătății ca fiind rea sau foarte rea (26,4% persoane de 65-69 ani, 29,7% din populația de 70-74 ani și 37,6% din populația de 75-79 ani)[17], iar aproximativ 86% din persoanele cu vârsta cuprinsă între 60 și 79 ani consideră că sunt afectați de cel puțin o boală cronică.

2. Modificări psihologice

Înaintarea în vârstă determină schimbări și la nivelul psihologic al persoanelor, care pot fi determinate atât de factorii interni (ereditatea și modificările hormonale), cât și de factorii externi (stabilirea statutului de pensionar, diminuarea potențialului fizic, decesul partenerului, căsătoria copiilor și/sau părăsirea familiei de origine etc.).

În acest sens, transformările și modificările psihologice în cazul persoanelor în vârstă se referă la următoarele aspecte:

– Scăderea capacității de concentrare și a atenției;

– Afectarea capacității de gândire, evidențiată prin scăderea spontaneității, apariția tulburărilor de adaptare rapidă, manifestarea fricii etc.;

[16] World Bank. *A human Rights Based Approach to the Economic Security of Older People in Moldova*, 2017, p.51.

[17] UNFPA, Ministerul Muncii și Protecției Sociale. *Raportul studiului „Generații și Gen: Fii vocea generației tale!"*. Chișinău, 2022, p.275.

– La nivelul structurii afective se înregistrează o sporire a stării emoționale, irascibilității, frustrării și anxietății. De asemenea, pot să apară sentimente de devalorizare, tendințe de izolare, uneori suicidare. În același timp, la o bună parte din persoanele în vârstă se înregistrează stări depresive, dominate de dorința de a muri, sentimente de vinovăție, autoacuzare etc. O cauză a stărilor depresive poate fi generată și de pierderea partenerului/partenerei de viață, în acest caz fiind relevantă intervenția de specialitate;

– Capacitatea de învățare a vârstnicilor este mai scăzută decât în cazul tinerilor. Stimularea motivației de a învăța este necesară, inclusiv adaptarea serviciilor educaționale pentru persoanele vârstnice, exemple în acest sens fiind școlile și universitățile pentru vârsta a treia dezvoltate în SUA și în țările din Europa de Vest;

– Vorbirea este afectată, devenind mai greoaie pe fundalul unei îmbătrâniri fiziologice. Exprimarea este anevoioasă, uneori incoerentă, cu bâlbâieli etc.

Înaintarea în vârstă este asociată cu un nivel scăzut al stării de fericire și un nivel înalt al singurătății. Mai puțin de a patra parte din populația de 75-79 ani din Republica Moldova se consideră fericită și mai mult de a treia parte resimte un sentiment de singurătate (11% – sever și 23% – moderat). Studiul „Generații și Gen" scoate în evidență faptul că vârstnicii sunt mai des expuși stărilor depresive comparativ cu celelalte categorii de vârstă.

Cercetătoarea S.I. Bogodai[18] consideră că pot fi distinse șapte posibile reacții pe care le pot manifesta persoanele vârstnice în urma suferințelor cauzate de pierderi:

a) șoc, prin care se neagă realitatea în locul conștientizării pierderilor suferite (pensionarea, plecarea copiilor de acasă, decesul partenerului etc.);

b) *dezorientare*, au dificultăți în luarea deciziilor, uită, confundă situații etc.;

c) *sentimente schimbătoare*, sentimente de furie, nedreptate față de situația în care se află;

d) *vină* în raport cu trecutul, blamându-se pentru lipsa timpului petrecut cu copiii și familia etc.;

e) *singurătate*, manifestată în cazul în care nu este asigurată compania altcuiva din diverse motive;

f) *ușurare*, prin excluderea stresului cauzat de activitatea de muncă, concentrarea pe alte activități neglijate anterior;

g) *restabilire* prin acceptarea situației în care se află.

Ținând cont de particularitățile psihologice ale vârstei a treia, asistentul social ar trebui să se concentreze pe acele persoane care prezintă capacități reduse adaptative, în vederea evitării situațiilor de derapaj spre extreme care îi pot afecta și mai mult starea (alcoolism, vagabondaj, sinucidere etc.).

[18] BODOGAI, S.I. *Asistența socială a persoanelor vârstnice. Metode actuale și construcție planificată*. Cluj, 2020, p.29-30.

3. Modificări sociale

Funcționarea socială, ca și cele psihologice și biologice, se modifică odată cu înaintarea în vârstă. Viața socială a unei persoane ajunse la vârsta pensionării se schimbă, prin diminuarea contactelor sociale și restrângerea rețelelor sociale. Acest fapt se datorează schimbării rolurilor sociale: la o bună parte din persoane pensionarea conduce la părăsirea locului de muncă sau schimbarea acestuia, ceea ce influențează pierderea sau slăbirea contactelor cu mediul social.

Din punct de vederea social, perioada bătrâneții este asociată cu o dezangajare din rolurile sociale active, o retragere din viața profesională, preluarea și adaptarea la noile roluri. Înaintarea în vârstă se asociază mai degrabă cu pierderea rolurilor decât cu preluarea unor roluri noi. Totuși, implicarea acestora în diverse activități sociale și exercitarea unor roluri diverse, în special la nivel comunitar și familial, influențează asupra stării de bine a acestora.

Oamenii care își percep prietenii și membrii familiei ca fiind un sprijin au un sentiment mai puternic și redau sens vieții lor, trăindu-și viața cu un scop mai larg, aderând la un sistem de valori care se încadrează în viața socială mai largă. Totodată, persoanele cu rețele sociale puternice indică o bunăstare emoțională mai mare în viața de zi cu zi și în cazul în care se confruntă cu evenimente stresante. Atât aspectele structurale (numărul și tipul de parteneri sociali dintr-o anumită rețea), cât și cele funcționale (primirea percepută sau reală a sprijinului) ale rețelelor sociale contribuie la bunăstarea emoțională.

Studiile relevă că la bătrânețe sferele sociale pot influența și funcționalitatea stărilor cognitive: persoanele vârstnice parte a rețelelor sociale și cu niveluri ridicate de activitate socială au mai puține șanse decât alții să experimenteze scăderi ale funcționării cognitive. Într-un studiu prospectiv, epidemiologul Laura Fratiglioni și colegii săi au identificat că rețelele sociale pozitive pot fi de protecție împotriva declinului cognitiv. În urma testării a peste 1200 de persoane în vârstă pe o perioadă de trei ani, s-a observat că cei cu rețele sociale puternice și pozitive au avut cu 60% mai puțin șanse de a prezenta semne de demență trei ani mai târziu.[19]

De asemenea, persoanele în vârstă care sunt antrenate în activități de voluntariat au rezultate mai bune la sarcini cognitive decât cei implicați în activități izolate cu cerințe cognitive scăzute. Sprijinul social este legat nu doar de prevenirea declinului, ci și de redobândirea funcționării în aspect fiziologic.

Aspectele structurale ale rețelelor sociale sunt, de asemenea, legate de niveluri superioare de funcționare cognitivă. Spre exemplu, bărbații în vârstă care trăiesc singuri în orice moment pe o perioadă de cinci ani au de două ori mai multe

[19] CHARLES, S.T., CARSTENSEN, L.L. Social and Emotional Aging. În: *Annual Review of Psychology*, vol.61, 2010, p.383-409. Disponibil: https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.093008.100448?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed

șanse de a experimenta declin cognitiv decât cei care locuiesc împreună cu alte persoane. Emoțiile pozitive trăite în cadrul interacțiunilor sociale sunt considerate un motiv central, pentru care interacțiunile sociale pot aduce beneficii funcționării cognitive. Astfel, persoanele care resimt mai puțină satisfacție din relaționarea pe platforma rețelele sociale prezintă un declin mai mare în funcționarea cognitivă în timp. Pe lângă o mai bună funcționare cognitivă, persoanele care relaționează social prezintă un risc mai scăzut de morbiditate și mortalitate.

În evaluarea schimbărilor survenite la vârsta bătrâneții un concept des utilizat este cel de *dependență*, definită ca o relație forțată, mai mult sau mai puțin acceptată cu o ființă, un obiect, un grup sau o instituție și care relevă satisfacerea unei nevoi.[20] Urmare a evaluării dependenței persoanei în vârstă, pot fi întreprinse o serie de măsuri care să contribuie la asigurarea bunăstării persoanei vârstnice. Indicii dependenței pot fi stabiliți la nivel (1) de persoană, (2) de comportament și (3) de locuință.

(1) *La nivelul persoanei* pot fi identificate următoarele aspecte: neglijență vestimentară și pierderea interesului, prezența mirosului de urină, apariția echimozelor, arsurilor sau hematoamelor, scăderea masei corporale;

(2) *la nivel de comportament* pot fi relevate dificultăți de aprovizionare cu cele necesare, stocul irațional de produse, dificultăți de memorie, izolare și pierderea interesului față de activități, vorbire incoerentă, agresivitate;

(3) *la nivel de locuință* pot fi prezente următoarele situații: întreținerea proastă a locuinței, neachitarea facturilor.

În evaluarea dependenței poate fi utilizată scala lui Sidney Katz (Katz Activities of Daily Living Scale),[21] dezvoltată în anul 1950, care permite evaluarea stării funcționale a persoanei în desfășurarea activităților cotidiene. Incapacitatea de a desfășura activitățile date relevă dependența de alte persoane și/sau dispozitive mecanice. Totodată, incapacitatea dată poate contribui la condiții nesigure și la o calitate scăzută a vieții. Măsurarea dependenței contribuie la luarea deciziilor cu privire la instituționalizarea persoanei în vârstă, spitalizare, utilizarea îngrijirii la domiciliu ș.a.

Activitățile cotidiene sunt clasificate în două categorii:

– *activități de bază*, care necesită abilități de gestionare a nevoilor fizice de bază, precum igienă și îngrijire personală, îmbrăcarea, toaleta, deplasarea, mâncatul;

– *activități instrumentale*, care includ activități mai complexe legate de capacitatea de a trăi independent în comunitate, precum gestionarea finanțelor, administrarea medicamentelor, pregătirea bucatelor, menaj, spălatul hainelor.

[20] BUCUR, V., MACIOVAN, A. Probleme ale vârstei a treia. În: Neamțu, G. *Tratat de asistență socială*. Iași, 2003, p.924.

[21] Katz, S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. În: *Journal of the American Geriatrics Society*, 1983, nº.31 (12): 721-7.

Activități de bază	
Mișcare	Capacitatea unei persoane de a se deplasa și a merge în mod independent
Alimentare	Capacitatea unei persoane de a se alimenta/hrăni
Îmbrăcare	Abilitatea de a alege hainele adecvate situației și de a le îmbrăca
Igiena personală	Capacitatea de a se spăla, de a se îngriji și de a menține igiena dentară, îngrijirea unghiilor și a părului
Continență	Capacitatea de a controla funcția vezicii urinare și a intestinului
Toaletă	Capacitatea de a ajunge la și de la toaletă, folosind-o în mod corespunzător și de a se curăța singur
Activități instrumentale	
Transport și cumpărături	Capacitatea de a procura cele necesare și de a participa la evenimente. Capacitatea de a gestiona transportul (condusul vehiculului sau organizarea transportului)
Gestionarea finanțelor	Capacitatea de a plăti facturile și de a-și gestiona finanțele
Prepararea bucatelor	Abilitatea de a procura produse alimentare și a pregăti masa
Menaj	Abilitatea de a menține locuința suficient de curată și ordonată
Comunicarea cu ceilalți	Abilitatea de a gestiona telefonul și corespondența
Gestionarea medicamentelor	Capacitatea de a obține medicamente și de a le administra conform instrucțiunilor

Scala Katz este un instrument gradat pe larg utilizat care evaluează șase funcții primare și psihosociale. Urmare a cercetărilor, Katz a descoperit că aceste activități au o ordine ierarhică, inițial pierzându-se cele mai complexe funcții. Fiecare activitate este evaluată prin 0 (zero) și 1 (unu), unde 1 semnifică independență (nu are nevoie de supraveghere și ajutor în exercitare) și 0 semnifică dependență (are nevoie de supraveghere, dirijare, asistență personală sau îngrijire totală).[22]

O altă scală utilizată în evaluarea independenței în activitățile cotidiene este *scala activităților instrumentale de zi cu zi* (Scale Lawton Instrumental Activities of Daily Living)[23], dezvoltată pentru a evalua abilitățile de viață independentă (M.P. Lawton și E.M. Brody, 1969). Utilitatea acestui instrument constă în identificarea modului în care o persoană funcționează și identificarea îmbunătățirii sau deteriorării în timp a stării. Scala măsoară opt domenii de funcționare, inclusiv pregătirea alimentelor, menaj, spălarea. Indivizii sunt punctați în funcție de cel mai înalt nivel de funcționare în fiecare categorie.

[22] Katz Index of Independence in Activities of Daily Living. Disponibil: https://www.alz.org/careplanning/downloads/katz-adl.pdf

[23] LAWTON, M.P., BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. În: *The Gerontologist*, 1969 Autumn, nº.9 (3):179-86.

Un scor total variază de la 0 (funcție scăzută, dependență) la 8 (funcție ridicată, independență). Scala este un instrument de evaluare ușor de administrat, care oferă informații autoraportate despre abilitățile funcționale necesare pentru a trăi în comunitate. Limitele acestei scale rezidă în faptul că este un test autoadministrat, mai degrabă decât demonstrarea efectivă a sarcinii funcționale, ceea ce poate duce fie la supraestimare, fie la subestimarea capacității de a efectua activitatea.

Evaluarea dependenței este necesar a fi realizată în complexitate, ținându-se cont inclusiv de starea de sănătate a persoanei vârstnice, de situația socială și familială.

Modificările sociale asociate bătrâneții pot fi mai ușor înțelese prin prisma teoriilor și perspectivelor teoretice sociale ale bătrâneții, explicate mai jos.

Urmare a celor menționate mai sus, pot fi evidențiate o serie de probleme sociale care afectează persoanele în vârstă:

– diminuarea sau pierderea poziției și a rolului social jucat atât în propria familie, cât și în comunitate, care ar putea fi remediată prin valorificarea potențialului acestora, atât economic, social, cât și cultural;

– scăderea capacității de adaptare socială la noile realități, care necesită sprijin din partea generațiilor mai tinere;

– diminuarea solidarității între generații, inclusiv cu efect asupra modalității de sprijinire a persoanelor vârstnice în situații de vulnerabilitate fiziologică, economică etc.;

– pierderea autonomiei individuale și dependența de cei din jur;

– înrăutățirea nivelului de bunăstare materială prin diminuarea veniturilor, ceea ce influențează starea de sănătate, condițiile de trai, accesarea serviciilor medicale, participarea la viața socială și culturală;

– izolarea și excluziunea socială;

– abuzul asupra persoanelor vârstnice, care este inclusiv o consecință a diminuării solidarității între generații etc.

Ținându-se cont de multitudinea de probleme care afectează persoanele vârstnice și pentru a sensibiliza comunitatea la acestea, Adunarea Generală a Națiunilor Unite a declarat perioada 2021-2030 ca fiind *Decada Îmbătrânirii Sănătoase*,[24] care urmărește să reducă inechitățile în materie de sănătate și să îmbunătățească viața persoanelor în vârstă, a familiilor lor și a comunităților prin acțiuni colective în patru domenii: schimbarea modului în care gândim, simțim și acționăm față de vârstă și ageism; dezvoltarea comunităților în moduri care să promoveze abilitățile persoanelor în vârstă; furnizarea de servicii de îngrijire integrată și de sănătate primară centrate pe persoană, care să răspundă persoanelor în vârstă; oferirea accesului la îngrijire de calitate pe termen lung al persoanelor în vârstă care au nevoie de aceste servicii.

[24] *UN Decade of Healthy Ageing*, *2021-2030*. Disponibil: https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing

3.3. Teorii sociale ale îmbătrânirii

Cercetările științifice desfășurate au contribuit la dezvoltarea a câtorva teorii explicative ale îmbătrânirii, în mod special fiind relevante teoriile sociologice explicative ale îmbătrânirii, precum: teoria dezangajării, teoria activității, teoria stratificării vârstei, teoria schimbului social al îmbătrânirii. Acestea sunt cele mai des abordate teorii care explică procesul de îmbătrânire în aspect social.

Teoria dezangajării a fost dezvoltată de cercetătorii E. Cumming și W.E. Henry, fiind abordată în lucrarea „Growing Old: The Process of Disengagement" (1961), considerată prima teorie socială în domeniu. Teoria dată este considerată a fi una funcționalistă, inspirată de ideile sociologului american T. Parsons. Teoria a fost dezvoltată în baza rezultatelor cercetărilor longitudinale desfășurate în Kansas (SUA). Ideea de bază a teoriei constă în faptul că înaintarea în vârstă atrage după sine un proces de dezangajare din viața socială, persoanele vârstnice retrăgându-se sau renunțând la rolurile exercitate și la relațiile sociale: „Îmbătrânirea este o retragere sau dezangajare reciprocă inevitabilă, care are ca rezultat o interacțiune scăzută între persoana îmbătrânită și alte persoane din sistemul social căruia îi aparține".[25] Astfel, postulatele teoretice se referă la:

1. Toată lumea se așteaptă la moarte, iar abilitățile de relaționare cu alte persoane se deteriorează în timp, ceea ce conduce la pierderea legăturilor cu cei din preajmă și creează dificultăți de stabilire a noilor relații.

2. Dat fiind faptul că interacțiunile individuale dintre persoane consolidează normele, o persoană care are mai puține posibilități de interacțiune are o mai mare libertate față de normele impuse de interacțiune. Astfel, această formă de dezangajare devine un proces circular sau de autoperpetuare.

3. Exercitarea de către bărbați și femei a unor roluri sociale diferite (în cazul bărbaților a unui rol central instrumental, iar în cazul femeilor a unui rol socioemoțional) determină o dezangajare diferențiată.

4. Îmbătrânirea determină scăderea și/sau pierderea abilităților și necorespunderea nivelului de cunoștințe necesar pentru exercitarea unor anumite funcții. Or, succesul în societatea contemporană necesită anumite cunoștințe și abilități. În acest caz procesul de dezangajare este determinat de dorința persoanei de a nu-și pierde reputația pe fundalul diminuării abilităților și cunoștințelor. Pe de altă parte, tinerii sunt instruiți și le sunt dezvoltate abilități pentru a putea prelua rolurile și sarcinile exercitate de persoanele în vârstă dezangajate.

5. Dezangajarea completă se realizează în cazul în care atât persoana, cât și societatea sunt pregătire pentru acest fapt. În cazul în care una dintre părți nu este pregătită, are loc o disjuncție.

---

[25] CUMMING, E., HENRY, W.E. *Growing Old*: *The Process of Disengagement*. New York, 1961, p.227.

6. Pierderea sau abandonarea rolurilor centrale ale bărbaților și femeilor contribuie la pierderea drastică a spațiului vieții sociale, conducând la crize și demoralizare în cazul în care nu își asumă alte roluri determinate de noul statut.

7. Pregătirea pentru dezangajare este determinată de conștientizarea scurtării vieții și lipsei de timp și de pierderea energiei Eu-lui. Totodată, cerințele sistemului de ocupare, tipul familiei nucleare și rata mortalității contribuie la dezangajarea diferențiată a persoanelor odată cu înaintarea în vârstă (diferite modele de la o țară la alta).

8. Scăderea interacțiunilor și dezangajarea de la rolurile centrale duc la schimbarea relațiilor din rolurile rămase.

9. Teoria dezangajării este independentă de cultură, dar forma pe care o ia este relaționată de cultură.

Principala concluzie a cercetărilor realizate de dezvoltatorii teoriei se referă la faptul că persoanele în vârstă sunt mai fericite dacă acceptă noua realitate și pleacă de bunăvoie. Totodată, este nevoie de un efort și din partea societății: pregătirea către perioada de dezangajare. Teoria dezangajării conduce la ideea că toate societățile trebuie să găsească modalități prin care autoritatea persoanelor în vârstă să cedeze loc celor mai tineri. O societate îi încurajează astfel pe vârstnici să se detașeze de rolurile lor anterioare și să-și asume roluri mai potrivite declinului lor din punct de vedere fizic și mental.

Teoria dezvoltată de E. Cumming și W.E. Henry a fost supusă unor critici, considerându-se că aceasta nu reușește să surprindă viața socială complexă și bogată a persoanelor în vârstă și numeroasele angajamente care urmează după pensionare (îngrijirea nepoților, roluri sociale noi). Ca reacție, au fost dezvoltate teoria activității și teoria continuității.

Teoria activității, denumită și teoria implicită a îmbătrânirii, teoria normală a îmbătrânirii sau teoria laică a îmbătrânirii, relevă o relație pozitivă între nivelul de activitate al unei persoane și satisfacția de viață, care influențează modul de percepere pozitivă pe sine însuși și îmbunătățește adaptarea la o nouă etapă a vieții. Teoria activității și teoria dezangajării nu se exclud reciproc, chiar dacă uneori teoria activității este analizată în opoziție cu teoria dezangajării.

Teoria dezangajării prezintă dezangajarea socială ca un răspuns adaptativ la îmbătrânire, în care persoanele în vârstă renunță la anumite roluri sociale, menținând în același timp un sentiment de valoare de sine. Se consideră că această predare voluntară a activităților permite transferul ordonat al puterii de la generațiile mai în vârstă către cele mai tinere și este benefică atât pentru persoana în vârstă, cât și pentru societate.

Teoria activității a fost dezvoltată de R.J. Havighurst și colegii săi din cadrul Universității Chicago în anul 1961,[26] având o fundamentare interacționist-simbolică și funcționalistă în același timp. Elementul central al teoriei se referă la

[26] HAVIGHURST, R.J. Successful ageing. În: *The Gerontologist*, vol.1, Issue 1, 1961, p.8-13.

valorizarea relației dintre activitate și satisfacția de viață, D.J. Ekerdt considerând că activitatea facilitează adaptarea persoanelor în vârstă la statutul de pensionar, ceea ce numește „etica ocupată". Totodată, teoreticienii consideră că echilibrul pe care îl dezvoltă persoana la vârsta mijlocie ar trebui menținut și în anii următori. Astfel, urmare a pierderii rolurilor vechi, persoanele în vârstă le vor înlocui cu roluri alternative. În aceste condiții satisfacția de viață va fi menținută și vor fi evitate un șir de probleme cu caracter fiziologic, psihologic și social.

Ideea conform căreia satisfacția la etapa bătrâneții depinde de menținerea activă a relațiilor personale și a eforturilor a fost înaintată și de B. Neugarten, psihologă americană (1964), care a introdus și a predat pentru prima oară disciplina universitară „Dezvoltarea adulților și îmbătrânirea".

Pe lângă valoarea teoretico-explicativă, teoria activității a fost supusă criticilor, în special menționându-se evitarea inegalităților în raport cu sănătatea și bunăstarea economică care împiedică persoanele în vârstă să se angajeze în anumite activități, dar și nedorința acestora de a se implica în alte activități.[27] De asemenea, nu putem menționa că există un tipar unic al îmbătrânirii „de succes", existând situații când persoanele nu sunt implicate într-o serie de activități dar prezintă un nivel de satisfacție față de viața lor. Astfel, se poate de conchis că nu cantitatea activităților contează, ci calitatea acestora. În acest context, pentru a asigura satisfacția și sănătatea persoanelor în vârstă, acestea trebuie încurajate să se implice în activitățile care corespund dorințelor, intereselor și capacităților individuale,[28] iar suportul oferit de familie, comunitate sau serviciile sociale ar trebui să țină cont de particularitățile de adaptare și de personalitate ale vârstnicilor.

În concluzie, putem menționa că teoria activității accentuează că atât persoanele în vârstă, cât și societatea vor beneficia în cazul în care acestea vor rămâne active și vor încerca să continue să îndeplinească rolurile pe care le-au avut înainte de a îmbătrâni.

Teoria stratificării vârstei este un cadru conceptual dezvoltat de M.W. Riley și colegii acesteia în anii '70 ai secolului al XX-lea,[29] care a fost denumită mai târziu perspectiva îmbătrânirii și societății, dat fiind confuziile create prin utilizarea termenului „stratificare". În concepția cercetătoarei M.W. Riley, vârsta este un element important al sistemului social, dat fiind posibilitatea stratificării societății în funcție de vârsta membrilor acesteia. Totodată, pe de o parte, vârsta influențează capacitățile de exercitare a rolurilor

[27] BENGTSON, V.L., GANS, D., PUTNEY, N.M., SILVERSTEIN M. *Handbook of Theories of Aging*. Second edition. New York, 2009, p.31-32.

[28] BODOGAI, S.I. *Asistența socială a persoanelor vârstnice. Metode actuale și construcție planificată*, Cluj, 2020, p.32.

[29] RILEY, M.W., JOHNSON, M., FONER, A. *Aging and Society*. Volume three: *A Sociology of Age Stratification*, New York, 1972.

sociale, iar, pe de altă parte, vârsta indică asupra așteptărilor de rol și a drepturilor și oportunităților oferite la nivel social diferitor grupuri.

Teoria vine să explice modul în care oamenii îmbătrânesc pe parcursul vieții și sensul dat vârstei într-o anumită societate. Totodată, teoria se referă atât la persoanele care sunt din categorii diferite de vârstă, cât și la structurile sociale care utilizează vârsta pentru a modela comportamentul acelor persoane. Se analizează modificările în timp ale experienței îmbătrânirii și schimbărilor în timp ale relațiilor dintre grupurile de vârstă. Perspectiva teoretică relevă că îmbătrânirea umană este, în mare măsură, construită social.[30] Modurile în care persoanele îmbătrânesc se pot schimba și se schimbă în timp.

Teoria schimbului social al îmbătrânirii a fost propusă de J. Dowd în anul 1975. Este considerată o teorie socială care abordează pierderea percepută a statutului și a puterii asociate cu îmbătrânirea. Această perspectivă teoretică este parte a teoriei sociologice mai largi – teoria schimbului social, care este în mare parte de orientare economică, în care statutul social al unei persoane este determinat de raportul dintre recompense și costurile asociate de interacțiunea cu acea persoană.

J.Dowd susținea că, pe măsură ce oamenii îmbătrânesc, raportul dintre recompense și costurile asociate cu interacțiunile sociale se poate schimba în funcție de statutul social (de exemplu, a fi în vârstă) și de resursele personale (de exemplu, bani, putere, capacitatea de a lucra sau de a oferi îngrijire altora).[31] Totodată, dat fiind că resursele scad odată cu vârsta (de exemplu, sănătatea, venitul, pierderea locului de muncă sau a rolurilor sociale etc.), persoanele în vârstă sunt mai predispuse să se afle în schimburi sociale inegale sau dezechilibrate. Aceste relații dezechilibrate pot duce la un dezavantaj de putere, dezvoltându-se o dependență a persoanei vârstnice de alte persoane pentru satisfacerea nevoilor de bază sau în alte activități.

Abordarea respectivă nu a fost acceptată, considerându-se că oferirea de suport unei persoane vârstnice de către membrul/membrii familiei poate fi considerată ca o „rambursare" pentru grija și sprijinul primit în alte etape ale vieții (copilărie, adolescență etc.). Un copil adult poate întoarce suportul financiar primit de la părinte pe parcursul vieții cu suport financiar sau îngrijire în perioada de bătrânețe a părintelui. Furnizarea unui tip de sprijin poate fi văzută, de asemenea, ca un schimb echitabil pentru primirea unui alt tip de sprijin: îngrijirea nepoților de către bunici ar putea reprezenta o reciprocitate adecvată și echitabilă a suportului primit de la copilul adult.

[30] UHLENBERG, P., DANNEFER, D. Age Stratification. În: *Encyclopedia of Gerontology*. Second edition, 2007, p.49-57.

[31] WAN, W.H., ANTONUCCI, T.C. Social Exchange Theory and Aging. În: *Encyclopedia of Geropsychology*, 2016, p.1-9.

O altă perspectivă asupra schimburilor sociale ale persoanelor în vârstă este cea propusă de V.L. Bengtson și J.A. Kuypers (1971)[32], care au accentuat schimburile intergeneraționale. Explorând abordarea multigenerațională intrafamilială, cercetătorii indicau că persoanele în vârstă au mai multă experiență de relaționare familială, punând o mai mare atenție pe familie, împărtășirea valorilor familiale comune și menținerea continuității în timp. Astfel, acestea sunt mai interesate să mențină și să consolideze relațiile cu generația tânără, în timp ce tinerii, mai interesați de propria libertate, pot fi mai puțin orientați spre acest fapt. Generația mai în vârstă este orientată spre transmiterea unor caracteristici familiale unice importante către generația mai tânără și este concentrată mai mult pe sublinierea asemănărilor decât a diferențelor și mai degrabă pe apropiere decât pe distanță. Generația tânără care se concentrează pe individualizare, schimbare și manifestare se teme că influența generației mai în vârstă ar putea limita dezvoltarea ei. În astfel de situații pot să apară conflicte intergeneraționale, prin respingerea persoanelor în vârstă.

Cercetătoarea română S. Bodogai[33] prezintă o clasificare a perspectivelor teoretice cu privire la interpretarea socială a procesului de îmbătrânire, acestea incluzând:

a) *Perpectiva funcționalistă* – întrunește teoria dezangajării și teoria activismului/activității, prezentate mai sus;

b) *Perspectiva conflictualistă* – pune accentul pe competiția dintre diferite categorii de vârstă pentru accederea la anumite locuri de muncă, iar retragerea prin pensionare este o condiție necesară pentru asigurarea dinamicii sociale. În condițiile date vârstnicii sunt considerați o povară, punând presiune pe populația activă, se asistă la scăderea autorității persoanelor vârstnice. De asemenea, salariații în vârstă sunt devalorizați pentru că nu mai sunt productivi din punct de vedere economic și pentru că salariile lor mai mari (din cauza vechimii în muncă), costurile legate de asigurare medicală, socială și alte costuri reduc profiturile angajatorilor.

Perspectiva dată abordează ageismul ca o formă sistematică de manifestare a opresiunii. Acesta poate să funcționeaze la nivel instituțional (o instituție perpetuează ageismul prin acțiuni și politici), la nivel interpresonal (apare în interacțiunile sociale) și la nivel personal/interiorizat (o persoană interiorizează convingerile de vârstă și le aplică).

c) *Perspectiva interacționistă* – înaintează ideea că vârsta este o identitate ale cărei semnificații se negociază și se stabilesc în cadrul interacțiunilor sociale. Identitatea persoanei vârstnice rezultă din combinarea imaginii de sine (cum se

[32] BENGTSON, V. L., KUYPERS, J.A. Generational difference and the developmental stake. În: *Aging & Human Development*, 1971, no.2 (4), p.249-260.

[33] BODOGAI, S.I. *Asistența socială a persoanelor vârstnice. Metode actuale și construcție planificată*. Cluj, 2020, p.31-33.

percepe pe sine) cu imaginea celorlalți și așteptările de rol existente în raport cu persoana în vârstă.

Înțelegerea perspectivelor teoretice de explicare a îmbătrânirii este importantă pentru asistenții sociali pentru determinarea modalităților de comunicare și relaționare atât cu persoana în vârstă, cât și cu persoanele din preajmă, prin încurajarea și sprijinirea activismului persoanelor în vârstă în funcție de aspirațiile, oportunitățile și starea de sănătate.

3.4. Îmbătrânirea activă – principiu al politicilor sociale

Îmbătrânirea demografică este una dintre tendințele demografice majore la nivel mondial cu impact continuu și de lungă durată asupra dezvoltării durabile, dar și asupra modului de organizare a societății contemporane. Multiplele provocări ale îmbătrânirii populației au un caracter universal, incluzând presiune asupra bugetelor publice, sistemelor fiscale, sistemelor de pensii și de securitate socială, sistemului de sănătate, implicând nevoia adaptării economiei și în special a pieței muncii la o forță de muncă îmbătrânită, lipsa forței de muncă, necesitatea unui număr crescut de profesioniști din domeniul sănătății și asistenței sociale (în special îngrijitori), cerere mai mare de servicii de îngrijire pe termen lung, potențiale conflicte intergenerațională cu privire la distribuția resurselor ș. a.

Republica Moldova, de rând cu o serie de țări europene, se confruntă cu un ritm alert de îmbătrânire, pe fundalul unui spor migratoriu înalt, scăderii ratei de natalitate și creșterii ratei de mortalitate. În perioada anilor 2016-2022 coeficientul de îmbătrânire a sporit de la 18,5% la 22,8%, prognozele demografice indicând asupra aprofundării procesului de îmbătrânire a populației țării în următorii ani. Către anul 2040, se estimează că fiecare al 3-lea cetățean al Republicii Moldova va avea peste 60 de ani.[34] În aceste condiții sunt necesare identificarea de soluții inovative pentru a reduce din „povara” îmbătrânirii populației și valorificarea potențialului persoanelor în vârstă în beneficiul tuturor, asigurându-se sustenabilitatea aranjamentelor de bunăstare.

Politicile de „îmbătrânire activă” au fost prezentate ca un mijloc potențial de intervenție, fiind necesare în contextul ponderii în creștere a populației în vârstă și presiunii puse pe sistemul economic, de asigurări sociale, de sănătate și asistență socială. Conceptul de îmbătrânire activă a intrat în circuitul public după al doilea război mondial – în anii ’60 ai secolului al XX-lea, în SUA, în discuțiile asupra îmbătrânirii de succes care au apărut ca răspuns la teoria dezangajării, dezvoltată de E. Cumming și W. Henry (1961). În concepția celor doi cercetători, pe măsură ce persoanele îmbătrânesc, acestea se retrag treptat din viața socială și își reduc rolurile. În aceste condiții îmbătrânirea activă pune accentul pe politicile

[34] GAGAUZ, O. (coord.) *Populația Republicii Moldova la 30 de ani de independență*: *provocări principale și politici necesare*. Chișinău, 2021, p.139.

de activare a persoanelor vârstnice, marcându-se o trecere de la abordarea pasivă la cea activă în raport cu aceste persoane.

În anii ’80 ai secolului al XX-lea asistăm la o reactualizare a conceptului, în contextul discuțiilor asupra „îmbătrânirii productive”, punându-se accent pe întreg ciclul de viață, nu doar pe ultima etapă a vieții (bătrânețea).[35] Noua abordare a fost considerată una îngustă, axându-se în special pe aspectele economice: dezvoltarea de măsuri care să contribuie la extinderea oportunităților pentru persoane după pensionare. Abordarea dată a îmbătrânirii a fost promovată în contextul interesului Organizației Națiunilor Unite față de provocările sociale ale îmbătrânirii. Astfel, Asambleea Generală a ONU, prin Rezoluția 33/52 din 14 decembrie 1978, a decis organizarea primei Asamblei pe Îmbătrânire, care s-a desfășurat în anul 1982 (26 iulie-6 august) la Viena, în cadrul căreia a fost aprobat Planul Internațional de Acțiuni, ce reprezintă primul instrument internațional în domeniu, care a impulsionat formularea și adoptarea politicilor și programelor în domeniul îmbătrânirii. Documentul cuprinde 62 de recomandări de acțiuni în domenii, precum sănătatea și nutriția, protecția consumatorilor în vârstă, mediu, infrastructură/locuință, familie, bunăstare socială, securitate materială și ocupare, educație.

Totodată, un rol esențial în promovarea îmbătrânirii active l-a avut Organizația Mondială a Sănătății, care a evidențiat legătura dintre activitate și sănătate, înaintând o abordare mai extinsă a îmbătrânirii, depășind abordarea îmbătrânirii productive. Astfel, Organizația Mondială a Sănătății (2002) definește îmbătrânirea activă ca fiind procesul de optimizare a oportunităților pentru sănătate, participare și securitate pentru a îmbunătăți calitatea vieții oamenilor pe măsură ce aceștia îmbătrânesc.[36] Totodată, cuvântul „activ” se referă la participarea continuă la activitățile sociale, economice, culturale, spirituale și civice, nu doar la capacitatea de a fi fizic activ sau pentru participare pe piața muncii.

Noua concepție a reprezentat trecerea de la abordarea bazată pe nevoi la cea pe drepturi și responsabilități. În același timp, Organizația Mondială a Sănătății relevă importanța calității vieții în anii de tinerețe pentru determinarea bunăstării în etapele ulterioare, precum și natura socială a îmbătrânirii. În acest sens, noua abordare a îmbătrânirii active se sprijină pe 3 piloni: sănătate, participare și securitate, evidențiindu-se caracteristica de multidimensionalitate a conceptului, care implică necesitatea de integrare a îmbătrânirii în toate domeniile. Organizația Mondială a Sănătății consideră că îmbătrânirea activă depinde de o varietate de influențe sau determinanți care înconjoară indivizii, familiile și comunitățile. Acestea includ condiții materiale, precum și factori sociali care afectează

[35] HAMBLIN, K.A. *Active Ageing in the European Union*. *Policy Convergence and Divergence*. London, 2013, p.8.
[36] World Heath Organization. *Active Ageing*. *A Policy Framework*, 2002, p.12.

comportamentul și sentimentele. Toți acești factori, precum și interacțiunea dintre ei, joacă un rol important în influențarea gradului de îmbătrânire a indivizilor.

Perspectivele de implementare a principiului îmbătrânirii active la nivel internațional au fost diversificate urmare a organizării celei de a Doua Asamblei a ONU pe Îmbătrânire, desfășurată în anul 2002 (8-12 aprilie), în cadrul căreia s-a adoptat Planul Internaţional de Acţiuni de la Madrid privind Îmbătrânirea (MIPAA). Declarația politică și Planul Internațional de Acțiuni au determinat regândirea modului în care sunt organizate societățile, astfel încât să fie prietenoase pentru toate vârstele, prin transpunerea nevoilor persoanelor în vârstă în politicile publice, prin prisma celor trei domenii prioritare: persoanele în etate și dezvoltarea, asigurarea sănătății și bunăstării persoanelor în etate și crearea unor medii/condiții favorabile, cuprinzând un număr de 250 de recomandări de acțiuni.

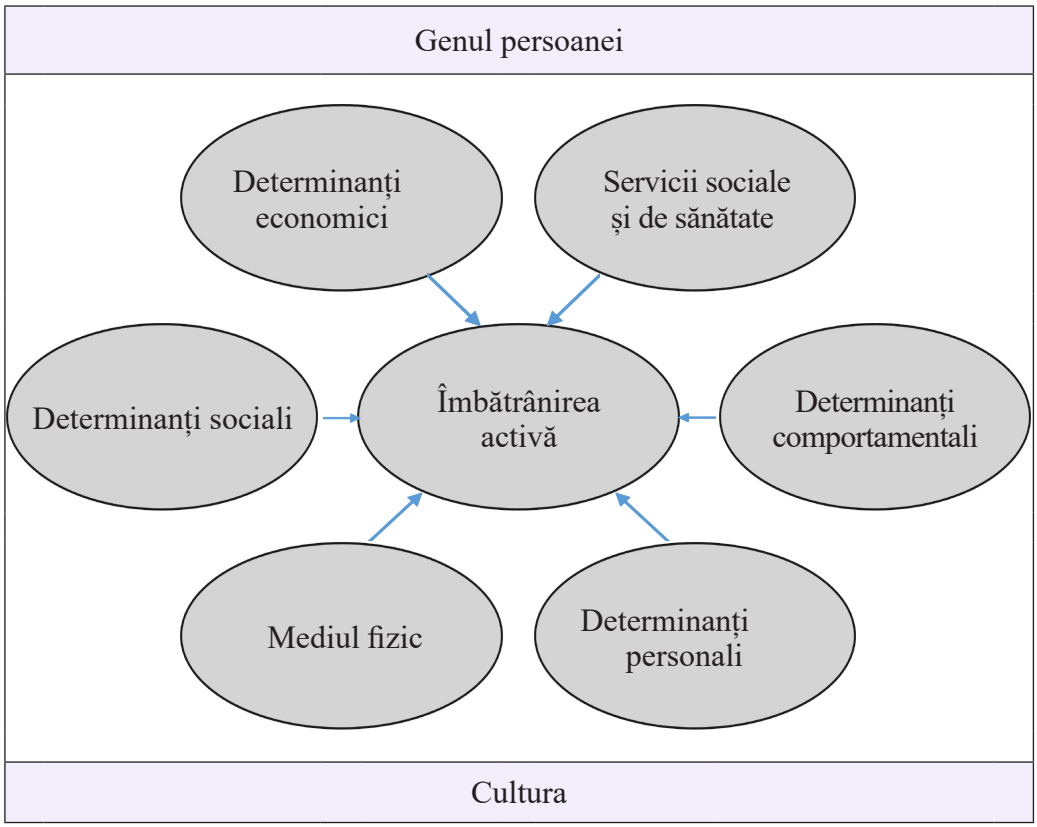


Fig.3.3. Factorii determinanți ai îmbătrânirii active[37]

În art.12 al Declarației politice se menționează importanța celor două aspecte relevante ale îmbătrânirii active: împuternicirea și participarea persoanelor în vârstă. Totodată, țările care sunt într-un proces de îmbătrânire

[37] *Global Age-friendly Cities*: *a guide*. WHO, 2007, p.5.

demografică erau îndemnate să integreze îmbătrânirea activă în sistemele de sănătate, de educație prin extinderea oportunităților de învățare de-a lungul vieții și de ocupare prin aplicarea programelor flexibile de muncă.

Planul Internaţional de Acţiuni de la Madrid privind Îmbătrânirea (MIPAA) a determinat implicarea plenară a statelor membre ale ONU să întreprindă măsuri care să asigure realizarea angajamentelor asumate. Provocările în implementarea recomandărilor MIPAA au fost discutate în cadrul conferințelor ministeriale organizate cu o periodicitate de 5 ani, fiind adoptate o serie de declarații ministeriale: Berlin (2002), Leon (2007), Viena (2012), Lisabona (2017) și Roma (2022). Țintele care urmează a fi atinse până în anul 2027, stabilite în Declarația Ministerială de la Roma, se referă la următoarele aspecte: (1) promovarea îmbătrânirii active și sănătoase pe tot parcursul vieții, (2) asigurarea accesului la îngrijire pe termen lung și sprijin pentru îngrijitori și familii și (3) integrarea îmbătrânirii pentru a promova o societate pentru toate vârstele.

Un moment important în dezvoltarea domeniului de îmbătrânire activă a fost crearea de către Asambleea Generală a ONU a Grupului de lucru deschis privind îmbătrânirea (Rezoluția nr.65/182 din 21 decembrie 2010), fiind organizate până la moment 12 sesiuni ale acestui grup. Scopul grupului de lucru este analiza cadrului internațional în domeniul drepturilor omului pentru persoanele în vârstă în vederea identificării posibilelor lacune și a modalităților optime de abordare a acestora.

La nivel european îmbătrânirea activă a fost lansată în discursul politic în anul 1999, urmare a lansării comunicării Comisiei Comunităților Europene "Towards a Europe for all Ages. Promoting Prosperity and Intergenerational Solidarity". Documentul accentuează nevoia adaptării politicilor și practicilor de ocupare la procesul de îmbătrânire, ajustării sistemelor de pensionare și a celor de sănătate pentru a răspunde nevoilor de sănătate și de îngrijire. Măsurile implementate sub umbrela promovării îmbătrânirii active au variat pe parcursul anilor. Totuși, principiile care au ghidat măsurile de politică se referă la încurajarea promovării învățării pe tot parcursul vieții, a activității de muncă de durată și pensionarea tardivă, a activismului după pensionare și implicarea în activități de menținere a sănătății și de sporire a capacităților de autoîngrijire.

În anul 2011 a fost lansat, la inițiativa Comisiei Europene, Parteneriatul European de Inovare privind Îmbătrânirea Activă și Sănătoasă, având ca scop stimularea inovării și transformării digitale în domeniul îmbătrânirii active și sănătoase prin consolidarea cercetării și inovării.

Schimbările demografice caracterizate printr-o îmbătrânire accelerată a Europei au impus promovarea plenară a îmbătrânirii active, context în care anul 2012 a fost declarat Anul European al Îmbătrânirii Active și Solidarității între Generații. Inițiativa a avut ca scop accentuarea contribuției persoanelor în vârstă pentru societate și economie, sporirea independenței acestora și

întărirea solidarității între generații. Totodată, în anul 2012 (7 decembrie) au fost aprobate Principiile directoare pentru Îmbătrânire Activă, care propun o serie de recomandări în următoarele domenii:

– *ocuparea forței de muncă*, printre care educație de-a lungul vieții, condiții de muncă sigure și sănătoase, strategii de management al vârstei, servicii de ocupare pentru persoanele vârstnice, prevenirea discriminării de vârstă, sisteme de taxe/beneficii favorabile angajării, transferul de experiență, reconcilierea muncii cu îngrijirea;

– *participarea în societate*, printre care securitatea veniturilor, incluziunea socială, voluntariatul seniorilor, participarea în luarea deciziilor, suport pentru îngrijitorii informali;

– *viața independentă*, printre care promovarea sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor, adaptarea locuințelor și serviciilor, transport accesibil și acomodat, mediu, servicii și bunuri prietenoase vârstei, maximizarea autonomiei în îngrijirea pe termen lung.

O contribuție la sensibilizarea comunității europene asupra problemelor pe care le implică îmbătrânirea și la evaluarea potențialului neexploatat al persoanelor în vârstă l-a avut Comisia Economică pentru Europa a Națiunilor Unite (UNECE), în special Unitatea Populație, care a lansat în anul 2012 împreună cu Comisia Europeană (Direcția Generală pentru Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale și Incluziune) Indicele Îmbătrânirii Active (IÎA), care este un instrument statistic ce permite măsurarea nivelului în care persoanele în vârstă își pot realiza întregul potențial în ceea ce privește ocuparea forței de muncă, participarea la viața socială și culturală și viața independentă. Metodologia calculării IÎA prevede utilizarea a 22 de indicatori grupați în patru domenii:

(1) ocuparea în câmpul muncii;

(2) participarea în societate;

(3) viață independentă, sănătoasă și în condiții de siguranță;

(4) capacitate și mediu favorabil pentru îmbătrânire activă.

Inițial IÎA a fost calculat pentru 27 de țări ale Uniunii Europene, ulterior măsurătorile au fost extinse asupra altor țări atât din cadrul, cât și din afara UE (Canada, Islanda, Norvegia, Elveția, Serbia, Turcia etc.). Republica Moldova a calculat pentru prima dată IÎA în anul 2016, fiind recalculat în anul 2020. Actualmente IÎA este recunoscut și aplicat la nivel internațional ca instrument de evaluare a implementării MIPAA.

Un concept promovat la nivel internațional, dezvoltat de Organizația Mondială a Sănătății, este „*orașul prietenos vârstelor*" (Age-Friendly City), fiind dezvoltat în acest sens un ghid[38] care identifică opt domenii ale vieții urbane (acestea au fost dezvoltate în urma cercetărilor desfășurate în 33 de orașe din 22 de țări). Cele opt domenii ale vieții urbane pe care ghidul s-a concentrat sunt: (1) spații și clădiri în aer liber; (2) transport; (3) locuințe; (4) participarea socială; (5) respect și incluziune socială; (6) participarea civică și ocuparea forței de

[38] *Global Age-friendly Cities*: *a guide*. WHO, 2007.

muncă; (7) comunicare și informare; (8) sprijin comunitar și servicii de sănătate. Se consideră că într-un oraș prietenos vârstelor, politicile, serviciile, locurile și structurile sprijină și permit oamenilor să îmbătrânească în mod activ prin:

– recunoașterea gamei largi de capacități și resurse în rândul persoanelor în vârstă;

– anticiparea și răspunsul flexibil la nevoile și preferințele legate de îmbătrânire;

– respectarea deciziilor și alegerilor stilului de viață;

– protejarea celor mai vulnerabili;

– promovarea incluziunii și contribuției acesteia în toate domeniile vieții comunitare.

Ghidul elaborat permite verificarea nivelului în care o urbă întrunește caracteristicile de a fi prietenos vârstelor.

Domeniul 1. Spații și clădiri în aer liber

Mediul înconjurător	Orașul este curat, cu reglementarea care limitează nivelul de zgomot și mirosurile neplăcute și dăunătoare în locurile publice.
Stații verzi și alei	Există spații verzi bine întreținute și sigure, cu adăposturi adecvate, toalete și scaune care pot fi ușor accesibile. Pasajele prietenoase pentru pietoni sunt libere de obstacole, au o suprafață netedă, au toalete publice și pot fi ușor accesibile.
Locuri în aer liber	Locuri în aer liber disponibile, în special în parcuri, stații de transport și spații publice, distanțate la intervale regulate; scaunele sunt bine întreținute și patrulate pentru a asigura accesul în siguranță pentru toți.
Pavaje	Pavajele sunt bine întreținute, netede, plane, antiderapante și suficient de largi pentru a găzdui scaune cu rotile cu borduri joase care se înclină spre drum. Trotuarele sunt libere de orice obstacole și pietonii au prioritate de utilizare.
Drumuri	Drumurile au treceri de pietoni adecvate, antiderapante, distanțate în mod regulat, asigurându-se că pietonii sunt siguri să traverseze drumul. Drumurile au structuri fizice bine proiectate și amplasate corespunzător, cum ar fi insule de trafic, pasaje supraterane sau pasaje subterane, pentru a ajuta pietonii să traverseze drumuri aglomerate. Luminile de trecere pentru pietoni oferă suficient timp persoanelor în vârstă să traverseze drumul și să aibă semnale vizuale și audio.
Trafic	Există o aplicare strictă a regulilor și regulamentelor de circulație, șoferii cedând drumul pietonilor.
Piste pentru bicicliști	Există piste de biciclete separate pentru bicicliști.

Siguranță	Siguranța publică în toate spațiile și clădirile deschise este o prioritate și este promovată, de exemplu, prin măsuri de reducere a riscului de dezastre naturale, iluminat stradal bun, patrule ale poliției, aplicarea regulamentelor și sprijin pentru inițiative de siguranță comunitară și personală.
Servicii	Serviciile sunt grupate, situate în imediata apropiere a locului în care locuiesc persoanele în vârstă și pot fi ușor accesibile (de exemplu, sunt situate la parterul clădirilor).
Clădiri	Clădirile sunt accesibile și au următoarele caracteristici: ascensoare, rampe, semnalizare adecvată, balustrade pe scări, scări care nu sunt prea înalte sau abrupte, pardoseală antiderapantă, zone de odihnă cu scaune confortabile, un număr suficient de toalete publice.
Toalete publice	Curate, bine întreținute, ușor accesibile pentru persoanele cu abilități diferite, bine semnalate și amplasate în locații convenabile.

Domeniul 2. Transport[39]

Accesibilitate	Transportul public este accesibil tuturor persoanelor în vârstă. Se percep tarife de transport consecvente și bine afișate.
Frecvență și fiabilitate	Transportul public este fiabil și frecvent (inclusiv servicii pe timp de noapte și în weekend).
Destinații de călătorie	Transportul public este disponibil pentru persoanele în vârstă pentru a ajunge la destinații-cheie, cum ar fi spitale, centre de sănătate, parcuri publice, centre comerciale, bănci și centre comunitare. Toate zonele sunt bine deservite, cu rute de transport adecvate și bine conectate în interiorul orașului (inclusiv zonele exterioare) și între localitățile învecinate. Rutele de transport sunt bine conectate între diferitele opțiuni de transport.
Vehicule prietenoase vârstei	Vehiculele sunt accesibile, cu podele coborâte, trepte joase și scaune late și înalte, curate și bine întreținute, cu semnalizare clară care indică numărul și destinația.
Servicii specializate	Sunt disponibile suficiente servicii specializate de transport pentru persoanele cu dizabilități.
Locuri prioritare	Sunt oferite locuri prioritare pentru persoanele în vârstă și sunt respectate de alți călători.

[39] Recomandările OMS mai includ cerințe referitoare la informațiile cu privire la transport, taxiuri, drumuri, locurile de parcare etc.

Șoferii unităților de transport	Sunt politicoși, respectă regulile de circulație, opresc la stațiile de transport desemnate, așteaptă ca pasagerii să fie așezați înainte de a pleca și parchează lângă bordură, astfel încât persoanele în vârstă să poată coborî mai ușor din vehicul.
Siguranță și confort	Transportul public este ferit de criminalitate și nu este supraaglomerat.
Stații	Stațiile de transport desemnate sunt situate în imediata apropiere a locului în care locuiesc persoanele în vârstă, sunt prevăzute cu scaune și adăpostite de intemperii, sunt curate și sigure și sunt iluminate corespunzător; sunt accesibile, cu rampe, scări rulante, platforme adecvate, toalete publice lizibile și bine semnalizate, ușor accesibile și situate convenabil.

Domeniul 3. Locuințe

Accesibilitate	Pentru toate persoanele în vârstă sunt disponibile locuințe la prețuri accesibile.
Servicii esențiale	Sunt furnizate servicii esențiale care sunt accesibile tuturor.
Proiectare	Carcasa este realizată din materiale adecvate și bine structurată. Există spațiu suficient pentru a permite persoanelor în vârstă să se deplaseze liber. Locuința este echipată corespunzător pentru a îndeplini condițiile de mediu (de exemplu, aer condiționat sau încălzire adecvată). Locuința este adaptată persoanelor în vârstă, cu suprafețe plane, pasaje suficient de largi pentru scaune cu rotile și băi, toalete și bucătării proiectate corespunzător.
Modificări	Locuințele sunt modificate pentru persoanele în vârstă, după cum este necesar. Modificările locuințelor sunt accesibile. Echipamentele pentru modificarea carcasei sunt disponibile cu ușurință. Se acordă asistență financiară pentru modificări la domiciliu. Există o bună înțelegere a modului în care locuințele pot fi modificate pentru a satisface nevoile persoanelor în vârstă.
Întreținere	Serviciile de întreținere sunt accesibile persoanelor în vârstă. Există furnizori de servicii calificați corespunzător și de încredere pentru a efectua lucrări de întreținere. Zonele comune sunt bine întreținute.
Îmbătrânirea „pe loc”	Locuința este situată aproape de servicii și facilități. Sunt furnizate servicii accesibile pentru a permite persoanelor în vârstă să rămână acasă, să „îmbătrânească la locul lor”. Persoanele în vârstă sunt bine informate cu privire la serviciile disponibile pentru a le ajuta să îmbătrânească adecvat.
Integrarea comunitară	Proiectarea locuințelor facilitează integrarea continuă a persoanelor în vârstă în comunitate.

Opțiuni de locuință	O gamă largă de opțiuni de locuințe adecvate și accesibile sunt disponibile pentru persoanele în vârstă, inclusiv persoanele în vârstă fragile și cu dizabilități. Persoanele în vârstă sunt bine informate cu privire la opțiunile de locuință disponibile.
Mediul de viață	Locuințele nu sunt supraaglomerate. Persoanele în vârstă se simt confortabil în mediul lor de locuit. Locuințele nu sunt situate în zone predispuse la dezastre naturale. Persoanele în vârstă se simt în siguranță în mediul în care trăiesc. Se acordă asistență financiară pentru măsurile de securitate a locuințelor.

Domeniul 4. Participare socială

Accesibilitatea evenimentelor și activităților	Locația este convenabilă pentru persoanele în vârstă din cartierele lor, cu mijloace de transport accesibile și flexibile. Persoanele în vârstă au opțiunea de a participa cu un prieten sau îngrijitor. Orele evenimentelor sunt convenabile pentru persoanele în vârstă în timpul zilei. Admiterea la un eveniment este deschisă și admiterea, cum ar fi achiziționarea de bilete, este un proces rapid, unic, care nu necesită ca persoanele în vârstă să stea la coadă pentru o perioadă lungă de timp.
Accesibilitate	Evenimentele, activitățile și atracțiile locale sunt accesibile pentru participanții mai în vârstă, fără costuri ascunse sau suplimentare. Organizațiile de voluntari sunt sprijinite de sectorul public și privat pentru a menține costurile activităților pentru persoanele în vârstă la prețuri accesibile.
Gamă de evenimente și activități	O mare varietate de activități este disponibilă pentru a atrage o populație diversă de persoane în vârstă, fiecare dintre acestea având multe interese. Activitățile comunitare încurajează participarea oamenilor de vârste și medii culturale diferite.
Facilități	Activitățile, inclusiv adunările, au loc într-o varietate de locații comunitare, cum ar fi centre de recreere, școli, biblioteci, centre comunitare din cartierele rezidențiale, parcuri și grădini. Facilitățile sunt accesibile și echipate pentru a permite participarea persoanelor cu dizabilități sau a celor care necesită îngrijire.
Promovarea activităților	Activitățile și evenimentele sunt bine comunicate persoanelor în vârstă, inclusiv informații despre activitate, accesibilitatea acesteia și opțiunile de transport.
Abordarea izolării	Se trimit invitații personale pentru a promova activități și a încuraja participarea. Evenimentele sunt ușor de participat și nu sunt necesare abilități speciale (inclusiv alfabetizare). Organizațiile fac eforturi pentru a implica persoanele în vârstă izolate (de exemplu, prin vizite personale sau apeluri telefonice).

Stimularea integrării în comunitate	Facilitățile comunitare promovează utilizarea comună și multifuncțională de către oameni de vârste și interese diferite și încurajează interacțiunea între grupurile de utilizatori. Locurile și activitățile locale de adunare promovează familiaritatea și schimbul între locuitorii din cartier.

Domeniul 5. Respect și incluziune socială

Servicii respectuoase și incluzive	Persoanele în vârstă sunt consultate de serviciile publice, voluntare și comerciale cu privire la modalitățile de a le servi mai bine. Serviciile publice și comerciale oferă servicii și produse adaptate nevoilor și preferințelor persoanelor în vârstă. Serviciile au personal amabil și politicos, instruit să răspundă persoanelor în vârstă.
Imagini publice despre îmbătrânire	Mass-media include persoanele în vârstă în imaginile publice, prezentându-le pozitiv și fără stereotipuri.
Interacțiuni intergenerașionale și familiale	Setările, activitățile și evenimentele la nivelul întregii comunități atrag oameni de toate vârstele prin adaptarea nevoilor și preferințelor specifice vârstei. Persoanele în vârstă sunt incluse în mod specific în activitățile comunitare pentru „familii". Activități care reunesc generații pentru a se bucura reciproc și pentru a se îmbogăți în mod regulat.
Educație publică	Învățarea despre îmbătrânire și persoanele în vârstă este inclusă în programele școlii primare și gimnaziale. Persoanele în vârstă sunt implicate activ și regulat în activitățile școlare locale cu copiii și profesorii. Persoanelor în vârstă li se oferă oportunități de a-și împărtăși cunoștințele, istoria și experiența cu alte generații.
Incluziunea comunitară	Persoanele în vârstă sunt incluse ca parteneri deplini în procesul de luare a deciziilor comunitare care îi afectează. Persoanele în vârstă sunt recunoscute de comunitate pentru contribuțiile lor atât din trecut, cât și din prezent. Acțiunile comunitare pentru consolidarea legăturilor cu cartierul și sprijinul includ rezidenții în vârstă ca informatori-cheie, consilieri, actori și beneficiari.
Incluziunea economică	Persoanele în vârstă dezavantajate din punct de vedere economic beneficiază de acces la servicii și evenimente publice, voluntare și private.

Domeniul 6. Participarea civică și ocuparea forței de muncă

Opțiuni de voluntariat	Există o serie de opțiuni pentru participarea voluntarilor mai în vârstă. Organizațiile de voluntari sunt bine dezvoltate, cu infrastructură, programe de formare și o forță de muncă de voluntari. Aptitudinile și interesele voluntarilor sunt corelate cu pozițiile. Voluntarii sunt sprijiniți în munca lor de voluntariat.

Opțiuni de angajare	Există o serie de oportunități de a lucra pentru persoanele în vârstă. Politica și legislația previn discriminarea pe bază de vârstă. Pensionarea este o alegere, nu obligatorie. Există oportunități flexibile, cu opțiuni de angajare cu normă parțială sau sezonieră pentru persoanele în vârstă. Există programe și agenții de angajare pentru lucrătorii în vârstă. Organizațiile angajaților (de exemplu, sindicatele) sprijină opțiunile flexibile, cum ar fi munca cu fracțiune de normă și munca voluntară, pentru a permite mai multă participare a lucrătorilor în vârstă. Angajatorii sunt încurajați să angajeze și să păstreze lucrători în vârstă.
Instruire	Pentru lucrătorii în vârstă este oferită instruire în oportunitățile post-pensionare. Oportunitățile de recalificare, cum ar fi formarea în noile tehnologii, sunt disponibile pentru lucrătorii în vârstă. Organizațiile de voluntari oferă instruire pentru pozițiile lor.
Accesibilitate	Sunt cunoscute și promovate oportunitățile de muncă voluntară sau plătită. Transportul la locul de muncă este disponibil. Locurile de muncă sunt adaptate pentru a răspunde nevoilor persoanelor cu dizabilități. Nu există niciun cost pentru lucrător pentru participarea la muncă plătită sau voluntară. Există sprijin pentru organizații (de exemplu, finanțare sau costuri reduse de asigurare) pentru recrutarea, formarea și păstrarea voluntarilor mai în vârstă.
Participare civică	Consiliile consultative, consiliile organizațiilor etc. includ persoane în vârstă. Există sprijin pentru a permite persoanelor în vârstă să participe la întâlniri și evenimente civice, cum ar fi locuri rezervate, asistență pentru persoanele cu dizabilități, ajutoare pentru persoanele cu probleme de auz și transport. Politicile, programele și planurile pentru persoanele în vârstă includ contribuții din partea persoanelor în vârstă. Persoanele în vârstă sunt încurajate să participe.
Contribuții valoroase	Persoanele în vârstă sunt respectate și recunoscute pentru contribuțiile lor. Angajatorii și organizațiile sunt sensibile la nevoile lucrătorilor în vârstă. Beneficiile angajării lucrătorilor în vârstă sunt promovate în rândul angajatorilor.
Antreprenoriat	Există sprijin pentru antreprenorii mai în vârstă și oportunități de angajare pe cont propriu (de exemplu, piețe de vânzare a produselor agricole și meșteșuguri, formare pentru întreprinderile mici și microfinanțare pentru lucrătorii în vârstă). Informațiile concepute pentru a sprijini afacerile mici și la domiciliu sunt într-un format potrivit pentru lucrătorii în vârstă.
Remunerare	Lucrătorii în vârstă sunt remunerați în mod echitabil pentru munca lor. Voluntarii sunt rambursați pentru cheltuielile pe care le fac în timpul lucrului. Câștigurile lucrătorilor în vârstă nu sunt deduse din pensii și din alte forme de sprijin pentru venit la care au dreptul.

Domeniul 7. Comunicare și informare

Oferta de informare	Un sistem de comunicații de bază, universal, accesibil. Distribuirea regulată și fiabilă a informațiilor este asigurată de guvern sau organizații de voluntari. Informațiile sunt diseminate pentru a ajunge la persoanele în vârstă din apropierea caselor lor și unde își desfășoară activitățile obișnuite din viața de zi cu zi. Diseminarea informațiilor este coordonată într-un serviciu comunitar accesibil și bine mediatizat – un centru de informare „ghișeu unic". Informații regulate și emisiuni de programe de interes pentru persoanele în vârstă sunt oferite în mass-media.
Comunicarea orală	Comunicarea orală accesibilă persoanelor în vârstă este preferată (de exemplu, prin întâlniri publice, în centrele comunitare etc.). Persoanele expuse riscului de izolare socială primesc informații de la persoane de încredere cu care pot interacționa, cum ar fi apelanții și vizitatorii voluntari, lucrătorii de asistență la domiciliu, frizerii, portarii sau îngrijitorii. Persoanele din birourile publice și întreprinderile oferă servicii prietenoase, de la persoană la persoană, la cerere.
Informațiile tipărite	Informațiile tipărite, inclusiv formulare oficiale, subtitrări de televiziune și text pe afișaje vizuale, au litere mari, iar ideile principale sunt afișate prin titluri clare.
Echipamente și comunicații automate	Serviciile de răspuns telefonic oferă instrucțiuni încet și clar și spun apelanților cum să repete mesajul în orice moment. Utilizatorii au posibilitatea de a alege să vorbească cu o persoană reală sau să lase un mesaj pe care cineva să-l sune înapoi. Echipamentele electronice, cum ar fi telefoanele mobile, radiourile, televizoarele și automatele bancare și de bilete, au butoane mari și litere mari. Panoul de afișare al oficiilor bancare, poștale și de altă natură este bine iluminat și poate fi atins de persoane de diferite înălțimi.
Calculatoare și internet	Există acces public larg la computere și la internet, gratuit sau minim, în locuri publice (centrele comunitare și bibliotecile). Instrucțiunile personalizate și asistența individuală pentru utilizatori sunt ușor disponibile.

Domeniul 8. Sprijin comunitar și servicii de sănătate

Accesibilitatea serviciului	Serviciile de sănătate și sociale sunt bine distribuite în întregul oraș, sunt amplasate în mod convenabil și pot fi accesate ușor cu toate mijloacele de transport. Unitățile de îngrijire rezidențială sunt situate aproape de servicii și zone rezidențiale, astfel încât rezidenții să rămână integrați în comunitatea mai mare. Facilitățile de servicii sunt construite în siguranță și sunt complet accesibile pentru persoanele cu dizabilități. Sunt furnizate informații clare și accesibile despre serviciile de sănătate și sociale pentru persoanele în vârstă. Furnizarea serviciilor individuale este coordonată și cu un minim de birocrație. Personalul administrativ și de serviciu tratează

	persoanele în vârstă cu respect și sensibilitate. Barierele economice care împiedică accesul la servicii de sănătate și de sprijin comunitar sunt minime. Există acces adecvat la locurile de înmormântare desemnate.
Oferta de servicii	O gamă adecvată de servicii de sănătate și de sprijin comunitar este oferită pentru promovarea, menținerea și restabilirea sănătății. Sunt oferite servicii de îngrijire la domiciliu care includ servicii de sănătate, îngrijire personală și menaj. Serviciile de sănătate și sociale oferite răspund nevoilor și preocupărilor persoanelor în vârstă. Profesioniștii în servicii au abilitățile și formarea adecvată pentru a comunica cu persoanele în vârstă și pentru a servi eficient.
Sprijin voluntar	Voluntarii de toate vârstele sunt încurajați și sprijiniți să ajute persoanele în vârstă într-o gamă largă de medii de sănătate și comunitare.
Planificarea și îngrijirea în situații de urgență	Planificarea situațiilor de urgență include persoanele în vârstă, luându-se în considerare nevoile și capacitățile acestora în pregătirea și răspunsul la situații de urgență.

Informațiile prezentate mai sus relevă că crearea unor medii cu adevărat prietenoase pentru toate persoanele, inclusiv persoanele în vârstă, necesită acțiuni în multe domenii – sănătate, îngrijire pe termen lung, transport, locuințe, muncă, protecție socială, informare și comunicare – de către toți actorii: guvern, furnizori de servicii, societate civilă, persoane în vârstă și organizațiile acestora; familii și prieteni. Efortul de a crea orașe și comunități durabile și accesibile tuturor necesită un proces de-a lungul vieții care îmbunătățește treptat potrivirea între nevoile oamenilor și mediile în care trăiesc.

O acțiune ce merită a fi menționată în contextul promovării și implementării îmbătrânirii active la nivel european a fost alinierea eforturilor partenerilor sociali de a promova îmbătrânirea activă și abordarea intergenerațională, fiind adoptat în anul 2017 un acord – *European Social Partners*' *Autonomous Framework Agreement on Active Ageing and an Intergenerational Approach* – care stabilește cadrul general de cooperare ce urmărește: creșterea gradului de conștientizare și înțelegere de către angajatori, salariați și reprezentanții acestora cu privire la provocările și oportunitățile care decurg din schimbarea demografică; oferirea angajatorilor, salariaților și reprezentanților acestora la toate nivelurile a abordărilor practice și/sau măsuri pentru promovarea și gestionarea îmbătrânirii active într-un mod eficient; asigurarea și menținerea unui mediu de lucru sănătos, sigur și productiv; încurajarea abordărilor inovatoare ale ciclului de viață, cu locuri de muncă productive și de calitate, pentru a permite oamenilor să rămână în muncă până la vârsta de pensionare; facilitarea schimburilor, cooperării reciproce și promovarea acțiunilor concrete de transfer de cunoștințe și experiență între

generații la locul de muncă. Acordul respectiv relevă o conștientizare a tuturor actorilor în crearea unui mediu propice și prietenos pentru toate vârstele.

Acțiunile care urmează a fi implementate la nivel european și viziunea asupra problemelor-cheie ale îmbătrânirii sunt abordate în noul document adoptat de Comisia Europeană în data de 27 ianuarie 2021 – Cartea Verde privind Îmbătrânirea „Promovarea solidarității și responsabilității între generații".

La nivel național, integrarea îmbătrânirii în politici și promovarea îmbătrânirii active s-a realizat cu suportul partenerilor de dezvoltare, urmare a aderării Republicii Moldova la MIPAA. Astfel, a fost aprobat primul document de politici în domeniul îmbătrânirii – *Programul pentru integrarea problemelor îmbătrânirii în politici*, implementat prin 2 planuri de acțiuni: *Planul de acțiuni privind implementarea Ghidului de parcurs pentru integrarea problemelor îmbătrânirii în politici* (*2014-2016*) (HG nr.406/2014) și *Planul de acțiuni privind implementarea principiului îmbătrânirii active* (2018-2021) (HG nr.1147/2017). Prin aprobarea documentelor de politici sus-numite, Republica Moldova și-a asumat angajamentul să asigure o societate pentru toate vârstele prin asigurarea calităţii vieţii şi a îmbătrânirii active și prezentarea în prim-plan a contribuţiei persoanelor în vârstă la dezvoltarea socioeconomică a societăţii. Totuși, analiza implementării angajamentelor asumate de Republica Moldova urmare a aderării la MIPAA, desfășurată în anul 2021, relevă o serie de aspecte lacunare ale politicilor implementate până la moment, fapt ce determină necesitatea revizuirii politicilor publice care să răspundă plenar la nevoile persoanelor în vârstă, dar și ale întregii populații pentru a contribui la crearea unui mediu care să ofere oportunități de îmbătrânire sănătoasă și activă. Acest fapt este argumentat și prin valoarea IÎA. Indicatorul dat a înregistrat în anul 2020 valoarea de 28,7 puncte, fiind cu 8,1 puncte mai mică comparativ cu media europeană (36,8 puncte) și aproximativ de 2 ori mai mică față de obiectivul-țintă de 57,5 puncte, diferențe semnificative fiind înregistrate în cazul femeilor (bărbați 30,5 puncte și femei 27,1 puncte). Acest fapt relevă că Republica Moldova urmează să-și ajusteze în continuare politicile pentru a asigura condiții pentru o îmbătrânire activă și sănătoasă și pentru a schimba abordarea fenomenului de îmbătrânire prin relevarea oportunităților.

Principiul îmbătrânirii active este un principiu al politicilor sociale contemporane, care schimbă paradigma de intervenție asistențială în cazul persoanelor în vârstă, echilibrând politicile pasive – centrate în special pe prestații, cu cele active – axate pe valorificarea potențialului fiecărei persoane în funcție de caracteristicile psiho-fizico-sociale. Reușita în integrarea acestui principiu va determina scăderea presiunii pe sistemul de protecție socială și creșterea independenței și bunăstării persoanelor.

3.5. Măsuri și servicii de protecție socială a persoanelor în vârstă

Vulnerabilitatea persoanelor în vârstă implică dezvoltarea sistemului de protecție socială care să răspundă la nevoile acestora. Totodată, creșterea ponderii populației vârstnice relevă necesitatea adaptării întregului sistem social la noua realitate demografică. Protecția socială cuprinde totalitatea acțiunilor, măsurilor și intervențiilor realizate de organismele publcie sau private, care au ca scop să diminueze și să atenueze greutățile ce derivă din anumite riscuri sau nevoi sociale. În acest caz, obiectivul-cheie al sistemului de protecție socială este asigurarea unui minim de bunăstare, garantarea accesului la bunuri și servicii de bază și redistribuirea veniturilor în vederea reducerii sărăciei și a inegalităților sociale.

Statele lumii își dezvoltă sistemele de protecție socială în funcție de nevoile populației, particularitățile sociale, economice, culturale, inclusiv în corespundere cu angajamentele asumate la nivel internațional. Convențiile și tratatele internaționale relevă nevoia promovării politicilor care să asigure un răspuns al statelor la îmbătrânire, în aspect social, economic, cultural etc.

Ca parte a sistemului de protecție socială, asistența socială cuprinde serviciile și beneficiile sociale acordate în vederea dezvoltării capacităților individuale sau colective pentru asigurarea nevoilor sociale, creșterea calității vieții și promovarea principiilor de coeziune și incluziune socială. Persoanele vârstnice au dreptul la asistență socială, în raport cu situația socio-medicală și cu resursele economice de care dispun.[40]

Asistența socială adresată persoanelor vârstnice se realizează prin măsuri, servicii și beneficii sociale. Obiectivul intervenției asistenței sociale este de a-i sprijini pe cei aflați în dificultate să obțină condițiile necesare unei vieți decente, ajutându-i să-și dezvolte propriile capacități și competențe. Totodată, complexul de măsuri și servicii sociale destinate persoanelor în vârstă are ca scop menținerea independenței, implicarea socială, adaptarea la schimbare, conservarea stimei de sine și asigurarea bunăstării. Printre acestea menționăm:

– prestațiile sociale, care includ pensiile/alocațiile, ajutor social și ajutor social pentru perioada rece a anului, subvenții etc.;

– servicii care vizează hrana (educație nutrițională, cantină socială, hrană adusă la domiciliu), sănătatea (educație sanitară, medicina de familie, îngrijire medicală la domiciliu, spitalizare), rezidența (supraveghere, locuire independentă asistată, îngrijire socială la domiciliu, îngrijire rezidențială), protecția (acces la informație, informare și consiliere primară, consiliere, vizite la domiciliu etc.),

[40] ENACHE, I. *Protecția socială a persoanelor vârstnice și drepturile acestora*, 2019, p.12. Disponibil: https://cnpv.ro/wp-content/uploads/2020/03/ Protectia_sociala_a_persoanelor_varstnice_si_drepturile_acestora.pdf

transportul, educația (auotîngrijire, ocuparea unui loc de muncă, voluntariat, educație de-a lungul vieții); locul de muncă (informații cu privire la locurile de muncă disponibile persoanelor vârstnice, târguri ale locurilor de muncă).[41]

În cazul Republicii Moldova, sunt reglementate următoarele prestații sociale adresate persoanelor vârstnice:

– *pensiile de asigurări sociale* sunt reglementate de Legea nr.156-XIV din 14.10.1998 privind sistemul public de pensii. Distribuția pensiilor de asigurări sociale pe categorii relevă o diversitate de tipuri de pensii (15 categorii), precum: 1) pensia pentru limită de vârstă, 2) pentru femeile care au născut și educat până la vârsta de 8 ani cinci sau mai mulți copii, 3) anticipată pentru limită de vârstă, 4) din rândul deputaților, 5) din rândul funcționarilor publici, 6) din rândul aleșilor locali, 7) pentru vechime în muncă, 8) unor angajați din domeniul culturii, 9) de dizabilitate, 10) de urmaș, 11) din rândul lucrătorilor vamali, 12) participanților la lichidarea avariei de la Cernobâl, 13) militarilor în termen, 14) din rândul procurorilor și judecătorilor, 15) angajaților organelor de forță. Unul dintre indicatorii principali ce caracterizează nivelul de asigurare cu pensii este rata de înlocuire a venitului pierdut, care reprezintă raportul dintre pensia medie pentru limită de vârstă și salariul mediu pe economie. Cea mai mare pondere (de peste 75%) din totalul pensionarilor o constituie beneficiarii de pensie pentru limită de vârstă. Pensia pentru limită de vârstă se stabilește în cazul persoanelor care îndeplinesc, cumulativ, la data pensionării, condițiile privind *vârsta de pensionare* (în cazul bărbaților – 63 ani, în cazul femeilor – 60 ani (anul 2022, gradul se mărește până la 63 ani în anul 2028) și *stagiul minim de cotizare* (minim 15 ani) prevăzute de legislație;

– *alocație socială de stat*, stabilită în baza Legii nr.499/1999 privind alocațiile sociale de stat pentru unele categorii de cetățeni, pentru persoanele vârstnice care nu îndeplinesc condițiile penrtu obținerea dreptului la pensie conform Legii nr.156-XIV din 14.10.1998 privind sistemul public de pensii. Cuantumul acesteia este de 50% din cuantumul pensiei minime pentru limită de vârstă;

– *ajutor social și ajutor social pentru perioada rece a anului* sunt prestații sociale care țintesc pentru sprijinirea familiilor sărace, cea mai mare pondere în rândul beneficiarilor înregistrând-o familiile cu persoane în vârstă. Acest tip de prestație este reglementat prin Legea nr.133/2008 cu privire la ajutorul social și prin Hotărârea Guvernului nr.1167 din 16.10.2008 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la modul de stabilire și plată a ajutorului social;

[41] BODOGAI, S.I. *Asistența socială a persoanelor vârstnice. Metode actuale și construcție planificată*. Cluj, 2020, p.36.

– *ajutor de deces* este stabilit pentru persoanele neasigurate în sistemul asigurărilor sociale în baza Legii nr.499/1999 privind alocațiile sociale de stat pentru unele categorii de cetățeni. Acest tip de prestație se acordă în cazul decesului persoanei neasigurate cu condiţia că niciunul dintre membrii familiei acesteia nu are dreptul la ajutor de deces din sistemul public de asigurări sociale pentru persoana decedată. Ajutorul de deces se acordă o singură dată unei persoane;

– *alocaţii lunare de stat*, determinate în baza Legii nr.121/2001 cu privire la protecţia socială suplimentară a unor categorii de populaţie, reprezintă o măsură de protecţie socială suplimentară acordată unor categorii de populaţie, cetăţeni ai Republicii Moldova, printre care participanţii la cel de-al doilea război mondial, persoanele decorate cu ordine şi medalii pentru muncă asiduă şi serviciu militar impecabil în spatele frontului în anii celui de-al doilea război mondial, persoanele participante la acţiunile de luptă din Afganistan, precum şi la acţiunile de luptă de pe teritoriile altor state, persoanele participante la acţiunile de luptă pentru apărarea integrităţii teritoriale şi a independenţei Republicii Moldova ș.a. Totodată, prin Legea nr.267/2018 pentru modificarea unor acte legislative (în vigoare din 01.01.2019) a fost extins dreptul la alocații lunare de stat soţilor supravieţuitori ai participanţilor la cel de-al doilea război mondial sau la acţiuni de luptă în timp de pace căzuţi la datorie, sau ai participanţilor la lichidarea consecinţelor avariei de la C.A.E. Cernobâl decedaţi, sau ai persoanelor cu dizabilităţi de pe urma războiului decedate – fiind exclusă condiția de a fi inapți de muncă și de a nu fi recăsătoriți.

În vederea depășirii situațiilor de dificultate, prevenirii și combaterii riscurilor de excluziune socială și de îmbunătățire a calității vieții persoanelor în vârstă, o serie de servicii sociale sunt dezvoltate și prestate atât de prestatori publici, cât și privați.

Principalele tipuri de servicii sociale adresate persoanelor vârstnice sunt:

– *asistența socială comunitară* (Regulamentul-cadru de activitate a Serviciului de asistență socială comunitară, aprobat prin Ordinul Ministrului Protecției Sociale, Familiei și Copilului nr.54/2009), care prestează servicii pentru prevenirea și depășirea situațiilor de dificultate;

– *servicii de îngrijire la domiciu*, precum îngrijire socială (Hotărârea Guvernului nr.1034/2014 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru al Serviciului de îngrijire socială la domiciliu și a Standardelor minime de calitate). Îngrijirea socială la domiciliu este un serviciu prestat de lucrătorul social, în scopul sporirii gradului de independență a persoanelor și îmbunătățirii calității vieții.

Tipurile de servicii prestate sunt următoarele: (1) consiliere și (2) suport pentru realziarea următoarelor activităţi: procurarea, din mijloacele financiare ale beneficiarului, a produselor alimentare, a mărfurilor de uz casnic şi

a medicamentelor; prepararea hranei, livrarea prânzurilor calde (după caz); plata, din mijloacele financiare ale beneficiarilor, a unor servicii comunale; îngrijirea locuinţei şi a gospodăriei; predarea şi ridicarea obiectelor de uz casnic şi a hainelor la/de la spălătorie, curăţătorie chimică, reparaţie; realizarea igienei personale; organizarea procesului de adaptare a locuinţei la nevoile persoanei; antrenarea în activităţi sociale şi culturale; întreţinerea corespondenţei cu rudele şi cu prietenii; organizarea procesului de procurare şi transportare, din mijloacele financiare ale beneficiarului, a combustibilului la domiciliu; după caz, încălzirea sobelor. Totodată, se urmărește asigurarea prestării serviciilor calitative de îngrijire la domiciliu pentru facilitarea integrării sociale a beneficiarilor, în conformitate cu necesităţile speciale şi cu particularităţile de dezvoltare individuală, precum şi pentru activizarea eforturilor proprii; prevenirea instituţionalizării prin menţinerea persoanelor în mediul familial şi comunitar; încurajarea beneficiarilor pentru a duce un mod de viaţă independent, pe cât este posibil, în familie şi comunitate; sensibilizarea opiniei publice cu privire la problemele cu care se confruntă persoanele vârstnice şi cele cu dizabilităţi; mobilizarea comunităţii pentru soluţionarea necesităţilor cu implicarea voluntarilor ș.a.;

– *servicii de alimentare*, prestate prin intermediul cantinelor de ajutor social (Hotărârea Guvernului nr.1246/2003 despre aprobarea Regulamentului-tip cu privire la funcționarea cantinelor de ajutor social), inclusiv persoanelor care au atins vârsta de pensionare, care sunt fără domiciliu, fără susținători legali, fără venituri sau cu venituri mici. Perioada pentru care persoana poate beneficia de serviciile date este de 120 de zile anual sau de 30 de zile per trimestru. Conform cadrului normativ, cantinele de ajutor social prestează următoarele servicii: prepararea şi servirea zilnică a unei mese de persoană (de regulă, a prânzului); aprovizionarea beneficiarilor, contra cost, de la sediul unităţilor de alimentare publică, cu produse agroalimentare de bază, la preţurile achiziţionării acestora; livrarea gratuită la domiciliu a hranei, numai pentru persoanele socialmente vulnerabile care, din motive obiective (constatate în ancheta socială), nu se pot deplasa la sediul cantinei de ajutor social; pregătirea şi distribuirea gratuită a hranei pentru o masă zilnică la domiciliu, prin centre mobile de deservire (echipe de lucru instituite în acest scop, asigurate de către autorităţile administraţiei publice locale cu transport şi echipament pentru deservire);

– *servicii de îngrijire rezidențială sau instituțională*, precum centre de plasament pentru persoane vârstnice (Hotărârea Guvernului nr.323/2013 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea centrului de plasament pentru persoane vârstnice și a Standardelor minime de calitate) și centre de zi pentru persoane vârstnice (Hotărârea Guvernului nr.569/2013 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea

și funcționarea centrului de zi pentru persoane vârstnice și a Standardelor minime de calitate).

Îngrijirea rezidențială desemnează îngrijirea pe o perioadă de lungă durată (durată nedeterminată) sau temporar (până la 6 luni), care este o măsură de asistență socială. În cazul **centrelor de plasament** sunt prestate servicii socio-medicale, precum plasament, alimentație, asistență medicală, asistență igienico-sanitară, consiliere psihologică, agrement, reabilitare și organziarea și asigurarea înmormântării beneficiarilor în corespundere cu prevederile contractuale. Plasarea persoanei vârstnice este realizată în baza deciziei structurii teritoriale de asistență socială.

O formă de îngrijire a persoanelor vârstnice, în special a celor care au o capacitate scăzută de autodeservire, care necesită supraveghere, asistare și îngrijire specilaizată, sunt **centrele de zi**. În cadrul acestora sunt prestate următoarele tipuri de servicii: alimentație, după caz, asistență pentru respectarea igienei personale, consiliere psihologică, asistență juridică, agrement, reablitare, (re)integrare socială și kinetoterapie. Identificarea beneficiarului poate fi realizată de asistentul social comunitar sau de alte persoane, referirea realizându-se de asistentul social comunitar;

– *servicii alternative de îngrijire* – plasamentul familial pentru adulți (Hotărârea Guvernului nr.75/2014 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Plasament familial pentru adulți" și a Standardelor minime de calitate) poate fi prestat persoanelor ce au atins vârsta de pensionare, care se află temporar sau permanent în imposibilitatea de a locui cu familia biologică sau extinsă ori de sine stătător, din cauza nevoilor de îngrijire și suport special. Scopul serviciului este îmbunătăţirea calităţii vieţii beneficiarilor prin oferirea de sprijin şi protecţie, în vederea creşterii gradului de autonomie personală, de prevenire a instituţionalizării/dezinstituţionalizării şi de incluziune socială a acestora;

– *servicii sociale sub formă de prestații*, precum suport monetar (Hotărârea Guvernului nr.716/2018 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social de suport monetar adresat familiilor/familiilor defavorizate). Serviciul dat are misiunea de a susține familiile/persoanele defavorizate în contextul prevenirii/limitării/depăşirii situaţiilor de dificultate în vederea prevenirii marginalizării şi excluziunii socio-economice. Beneficiarii obțin o sumă bănească nerambursabilă și neimpozabilă care se acordă familiei/persoanei aflate în situație de dificultate printr-o plată unică și/sau lunară pentru o perioadă determinată, dar nu mai mare de 6 luni pentru facilitarea realizării acțiunilor stabilite în planul individualizat de asistență, confirmată prin rezultatele evaluării necesităților. Suportul monetar se acordă beneficiarului pentru reparația locuinței și/sau reparația/construcția

sobei, adaptarea locuinței la necesitățile familiei/persoanei defavorizate, procurarea combustibilului pentru prepararea hranei și pentru încălzire în sezonul rece, procurarea mobilierului adaptat la necesități, precum și pentru alte necesități stabilite în planul individualizat de asistență;

– *serviciile de tratament balneo-sanatorial* sunt reglementate prin Hotărârea Guvernului nr.372/2010 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la modul de evidență și distribuire a biletelor de reabilitare/recuperare acordate persoanelor în vârstă și celor cu dizabilități. Beneficiarii biletelor de tratament balneo-sanatorial sunt pensionarii și beneficiarii de alocații sociale de stat pentru persoanele vârstnice și persoanele cu dizabilități. Dreptul de a beneficia de bilete se acordă o dată la 3 ani. Cadrul normativ prevede oferirea de înlesniri persoanelor vârstnice beneficiare de pensii sau de alocații sociale de stat, neangajate în câmpul muncii, prin oferirea de bilet gratuit și persoanelor vârstnice beneficiare de pensii sau de alocații sociale de stat, angajate în câmpul muncii sau care desfășoară activități de întreprinzător de diferite forme, prin o reducere de 30% din costul biletului. Totodată, pensionarii care au fost supuși represiunilor politicie și ulterior reabilități au dreptul anual la bilet cu o reducere de 50% din cost. Sunt exceptați de dreptul de obținere gratuită a biletelor pensionarii și beneficiarii de alocații sociale de stat aflați la întreţinerea deplină a statului în aziluri, internate psihoneurologice, alte forme de plasament temporar sau permanent.

În cazul în care persoanele în vârstă sunt cu dizabilități, acestea sunt eligibile de a beneficia de servicii dezvoltate pentru asistența persoanelor cu dizabilități.

Oferirea de sprijin persoanelor în vârstă se realizează și prin serviciile medicale, în mod special fiind vorba de serviciul de îngrijire medicală la domiciliu (Ordinul Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova nr.851/2013 „Cu privire la aprobarea Standardului Naţional în Îngrijiri Medicale la domiciliu”) și serviciile paliative.

Îngrijirea medicală la domiciliu cuprinde o gamă largă de servicii: medicale, nursing, sociale și voluntarit. Serviciile de nursing sunt asigurate de către asistenți medicali calificați, care realizează observarea/evaluarea pacientului, elaborarea și adaptarea continuă a planului de îngrijire, comunicarea cu beneficiarul, familia și echipa, educarea beneficiarului și familiei. Serviciile sociale includ evaluarea socială, participarea la stabilirea şi implementarea planului de îngrijire, consilierea, relaţia cu alte servicii, educaţia, apărarea drepturilor pacientului/familiei, participarea la selectarea voluntarilor în vederea susţinerii activităţilor de îngrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de voluntariat includ munca directă cu pacienţii şi familiile acestora (companie, cumpărături, transport, menaj, sprijin în perioada de doliu etc.), activităţi

administrative (lucrări în oficiu, activităţi de colectare de fonduri, ajutor în organizarea evenimentelor speciale).

Serviciile de îngrijire paliativă au fost dezvoltate grație contribuției sectorului asociativ. Îngrijirea paliativă este un serviciu de sănătate necesar și un drept uman al adulților și copiilor care trăiesc și mor din cauza condițiilor limitatoare de viață. Prin aceste servicii se încearcă promovarea îmbunătățirii calității vieții și reducerea suferinței pe parcursul bolii și în faza terminală a vieții. Abordarea pacienților este una holistă, fiind o îngrijire activă și totală. Totodată, ea comportă caracteristici de interdisciplinaritate, cuprinzând persoana suferindă, familia și comunitatea.

În prezent se discută tot mai des despre abordarea complexă a serviciilor medicale de îngrijire, prin integrarea serviciilor medicale și sociale aplicându-se o abordare multidisciplinară.

În țările dezvoltate economic spectrul de servicii sociale destinate persoanelor vârstnice cuprinde:

– *servicii de bază*, precum igienă, sănătate, locuință, timp liber;

– *servicii de prevenire*, prin controlul riscurilor, consultații profesionale, identificarea medicală și socială a potențialilor beneficiari, antrenarea în diferite activități profesionale și de timp liber;

– *servicii de adaptare și integrare*, precum asistență pentru vârstnici, servicii recreative, cercuri speciale, asumarea de roluri active (voluntariat);

– *servicii de sprijin*, incluzând escorte, vizite amicale, servicii de ajutor și întreținere menajeră, servirea meselor la domiciliu;

– *servicii de îngrijire instituțională*, care includ servicii de îngrijire zilnică, ajutor financiar pentru locuință, servicii pentru locuințe, servicii de substituție familială, servicii de urgență;

– *servicii de protecție pentru protejarea drepturilor civile* ale persoanelor vârstnice.[42]

Experiența altor țări și nevoile persoanelor în vârstă, dar și ale familiilor acestora, relevă necesitatea extinderii serviciilor sociale, prin *instituirea serviciilor de tip* „*respiro*” *pentru persoanele vârstnice* care locuiesc în familie și care ar putea beneficia de îngrijire pe termen scurt (până la 30 de zile), perioadă în care familia are oportunități de odihnă sau nu poate să asigure cu îngrijire din varii motive; extinderea *serviciilor de îngrijire paliativă*; crearea de *locuințe protejate pentru persoanele vârstnice*, special construite și dotate pentru a răspunde nevoilor persoanelor în vârstă; dezvoltarea *serviciilor de spălătorie socială* etc.

[42] PAȘCA, M.D., IACOB, A.E. *Introducere în sociologia medicală*. Tîrgu Mureș, 2021, p.86-87.



***Întrebări de recapitulare*:**

1. Prin ce se manifestă caracteristicile persoanelor în vârstă?
2. Care sunt particularitățile de interpretare a îmbătrânirii prin prisma teoriilor sociale?
3. Ce semnifică fiecare tip de îmbătrânire?
4. De ce este relevantă promovarea îmbătrânirii active?
5. În ce constă specificul serviciilor sociale adresate persoanelor vârstnice?



***Sarcini de lucru individual*:**

1. Stabiliți situația persoanelor vârstnice din Republica Moldova, cauzalitatea și propuneți măsuri de intervenție.
2. Analizați realizările Republicii Moldova în domeniul promovării îmbătrânirii active și identificați posibile intervenții necesare pentru asigurarea oportunităților de îmbătrânire activă și sănătoasă.
3. Identificați limitele în atingerea indicatorilor de „oraș prietenos vârstelor” la domeniul 8 în cazul unui oraș din Republica Moldova.



***Bibliografie selectivă*:**

1. *2022 Rome Ministerial Declaration* „*A Sustainable World for All Ages*: *Joining Forces for Solidarity and Equal Opportunities Throughout Life*”. Disponibil: https://unece.org/sites/default/files/2022-06/Rome__Ministerial_Declaration.pdf [Accesat: 23.09.2022].
2. *Active Ageing Index*. Disponibil: https://composite-indicators.jrc.ec.europa.eu/active-ageing-index/active-ageing-index/about [Accesat: 07.09.2022].
3. *Active ageing*. Disponibil: https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/industrial-relations-dictionary/active-ageing [Accesat: 12.10.2022].
4. *Active Ageing. A Policy Framework*. Disponibil: https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf
5. BENGTSON, V.L., GANS, D., PUTNEY, N.M., SILVERSTEIN, M. *Handbook of Theories of Aging*. Second edition. New York, 2009. ISBN 978-0-8261-6251-9
6. BODOGAI, S.I. *Asistența socială a persoanelor vârstnice. Metode actuale și construcție planificată*. Cluj: Presa Universitară Clujeană, 2020. ISBN 978-606-37-0956-2

7. CEC (Commission of the European Communities) (1999). *Towards a Europe for All Ages – Promoting Prosperity and Intergenerational Solidarity*, COM (1999) 221 Disponibil: http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/com221_en.pdf
8. *Council Declaration on the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations* (*2012*): *The Way Forward*. Disponibil: https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST%2017468%202012%20INIT/EN/pdf
9. ENACHE, I. *Protecția socială a persoanelor vârstnice și drepturile acestora*, 2019. Disponibil: https://cnpv.ro/wp-content/uploads/2020/03/Protectia_sociala_a_persoanelor_varstnice_si_drepturile_acestora.pdf
10. European Commission. *The Green Paper on Ageing*. COM (2021). Disponibil: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/green_paper_ageing_2021_en.pdf
11. *European Social Partners*' *Autonomous Framework Agreement on Active Ageing and an Intergenerational Approach*. 8 March 2017. Disponibil: https://www.businesseurope.eu/sites/buseur/files/media/reports_and_studies/with_signatures_framework_agreement_on_active_ageing_0.pdf
12. *Evaluarea realizării planului de acțiuni privind implementarea principiului îmbătrânirii active 2018-2021*. Disponibil: https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/raportul_de_evaluare_a_planului_de_actiuni_privind_implementarea_principiului_imbatranirii_active.pdf
13. GAGAUZ, O. (coord.) *Populația Republicii Moldova la 30 de ani de independență*: *provocări principale și politici necesare*. Chișinău: INCE, 2021. ISBN 978-9975-89-249-0
14. HAMBLIN, K.A. *Active Ageing in the European Union*. *Policy Convergence and Divergence*. London: Palgrave Macmillan, 2013. ISBN 978-1-4349-34606-6
15. Indicele Îmbătrânirii Active în Republica Moldova, 2020. Chișinău: INCE, 2021. ISBN 978-9975-3486-2-1
16. NEAMȚU, G. (coord.) *Tratat de asistență socială*. Iași: Polirom, 2002. ISBN 973-681-263-4
17. NEAMȚU, G. (coord.) *Enciclopedia asistenței sociale*. Iași: Polirom, 2016. ISBN 978-973-46-4439-1
18. PAȘCA, M.D., IACOB, A.E. *Introducere în sociologia medicală*. Tîrgu Mureș: Ardealul, 2021. ISBN 978-606-8372-78-5
19. RĂDULESCU, S. *Sociologia vârstelor*. București: Hyperion XXI, 1994.
20. RĂDULESCU, S. *Sociologia sănătății și a bolii*. București: Nemira, 2002.

21. *Resolution 33/52*. *World Assembly on the Elderly*. Disponibil: https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/360/70/IMG/NR036070.pdf?OpenElement
22. *The European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing* (*EIP on AHA*). Disponibil: https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/eip-aha
23. United Nations. *Political Declaration and Madrid Internațional Plan of Action on Ageing*. Madrid, 8-12 April 2002. Disponibil: https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf
24. United Nations. *Report of the Second World Assembly on Ageing*, Madrid, 8-12 April 2002. Disponibil: https://unece.org/DAM/pau/age/mica2002/documents/Madrid2002Report.pdf
25. World Heath Organization. *Active Ageing*. *A Policy Framework*. Disponibil: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CAPITOLUL IV.

ASISTENȚA SOCIALĂ A VICTIMELOR/ SUPRAVIEȚUITOARELOR VIOLENȚEI ÎN FAMILIE

***Conținuturi*:**

1. **Violența în bază de gen și violența în familie: abordări conceptuale**
2. **Contextul legal, instituțional și de politici în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie în Republica Moldova**
3. **Principiile intervenției intersectoriale și sectoriale în cazul violenței în familie**
4. **Managementul de caz în asistența victimelor/supraviețuitoarelor violenței în familie**



***Obiective de referință*:**

– să diferențieze și să compare conceptele: „violență în bază de gen”, „violență împotriva femeilor și fetelor”, „violență în familie”, „victimă”, „supraviețuitoare” a violenței;
– să cunoască contextul legal, instituțional și de politici în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie în Republica Moldova;
– să înțeleagă principiile intervenției intersectoriale și sectoriale în lucrul cu victimele/supraviețuitoarele violenței în familie;
– să analizeze etapele managementului de caz în asistența victimelor/ supraviețuitoarelor violenței în familie;
– să aplice managementul de caz în situațiile de violență în familie.

***Competențe*:**

- cunoașterea fundamentelor legale, instituționale și de politici în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie, a principiilor intervenției intersectoriale și sectoriale în cazurile de violență în familie;
- aplicarea procedurilor legale în procesul de identificare, înregistrare, evaluare, asistență, referire a victimelor/supraviețuitoarelor violenței în familie;
- înregistrarea și documentarea cazurilor de violență în familie conform cerințelor normative în domeniul asistenței sociale și elaborarea Planului Individual de Asistență.

***Termeni-cheie*:** *violență în bază de gen*, *violență împotriva femeilor și fetelor*, *violență în familie*, *victimă a violenței*, *supraviețuitoare a violenței*, *agresor familial*, *intervenție intersectorială*, *intervenție sectorială*, *intervenția asistentului social*, *servicii esențiale pentru victimele violenței*, *servicii specializate pentru victimele violenței*, *management de caz*, *management al riscului*, *echipă multidisciplinară*, *ordin de restricție de urgență*, *ordonanță de protecție*, *referire*.

4.1. Violența în bază de gen și violența în familie: abordări conceptuale

Violența constituie o parte negativă a existenței umane. Consecințele violenței se manifestă în diferite forme, în diferite țări. În fiecare an, aproape jumătate de milion de persoane își pierd viața și mult mai multe suferă leziuni non-fatale ca rezultat al violenței individuale, interpersonale sau colective.[1] În general, violența constituie una dintre cauzele principale ale deceselor la persoanele cu vârsta de 15-44 ani în plan global.

În Republica Moldova, pe parcursul anului 2020 Inspectoratul General al Poliției a constatat 2453/2597 de cazuri de violență în familie, dintre care 866/969 de cazuri au întrunit elementele constitutive ale componenţei de infracţiune, iar 1587/1589 de cazuri au întrunit elementele constitutive ale componenței de contravenţie (art.78[1] Cod contravențional).[2] În funcţie de calificarea juridică a faptei, din cele 866/969 de infracţiuni, 23/29 de cazuri reprezintă omoruri (art.145 Cod penal), 811/871 de cazuri vizează violenţa în familie (art.201[1] Cod penal), 30/38 de cazuri – violuri (art.171 Cod penal). Referitor la provocarea vătămărilor grave, au fost înregistrate 38 de cazuri, în baza elementelor constitutive ale componenței de infracțiune prevăzute de alin.(3) lit.a)

[1] *Global status report on violence preventon 2014*. WHO, 2014, p.VII.

[2] *Raportul pentru anul 2020 cu privire la violența în familie și violența față de femei*. MSMPS. Chișinău, 2021, p.25.

art.201[1] Cod penal, 2 cazuri de violenţă în familie prin determinarea victimei la sinucidere sau la tentativă de suicid alin.(3) lit.b). La fel, 15 cazuri de violenţă în familie s-au soldat cu decesul victimelor, urmare a vătămărilor corporale incompatibile cu viaţa.[3]

Este dificil de estimat costurile monetare ale violenței, dar astfel de studii există atât în plan internațional, cât și național. *Raportul de estimare a costurilor violenței în familie și a violenței împotriva femeilor în Moldova*, *2016* atestă costurile pentru violența în familie pentru anul 2014. Astfel, totalul cheltuielilor publice în anul de referință a fost de 36 030,00 mii lei: 5 195,10 mii constituie cheltuielile pentru protecție socială, 15 845,00 mii sunt cheltuielile pentru sectorul de sănătate și 14 990,00 mii pentru sectorul judiciar.[4] Cele mai mari cheltuieli guvernamentale în cazurile de violență în familie și violență împotriva femeilor sunt în sistemul de sănătate și 82% dintre acestea sunt pentru tratamentul spitalicesc, 10% pentru medicina de familie, 7% pentru asistența de urgență și 1% pentru asistența medicală legală.[5]

Violența în familie poate fi prevenită și consecințele acesteia pot fi reduse. În acțiunile ce trebuie întreprinse pentru a trece de la problema existenței violenței la prevenirea și combaterea acesteia, specialiștii au evidențiat 4 pași:

1. Cunoașterea și înțelegerea aspectelor violenței printr-un sistem de colectare a datelor privind răspândirea fenomenului, caracteristicilor și consecințelor acestuia la nivel local și național.

2. Realizarea cercetărilor axate pe cunoașterea cauzelor violenței (cauze, factori care contribuie la creșterea sau descreșterea riscului violenței, factori care pot fi modificați prin programe de intervenție etc.).

3. Evaluarea modalităților de prevenire a violenței utilizând informațiile existente și planificarea unor programe de intervenție, inclusiv a monitorizării și evaluării acestora.

4. Implementarea celor mai promițătoare programe de intervenții și evaluarea cost-eficienței acestor programe.

Există diferiți termeni care pot defini o persoană care a suferit de violență cel puțin o dată în viața sa: **victimă, supraviețuitoare, clientă/beneficiară**. Termenul potrivit trebuie să fie utilizat în conformitate cu momentul în care profesioniștii (asistenți sociali, polițiști, medici etc.) întâlnesc persoana. O persoană care este lezată, vătămată sau ucisă drept rezultat al unei acțiuni violente ori o persoană care se simte neajutorată și pasivă în fața maltratării poate fi numită **victimă**. Noțiunea este corectă din punct de vedere tehnic și contribuie la conturarea unui sentiment de neputință pentru acele persoane care au suferit de vreo formă de violență.

[3] *Raportul pentru anul 2020 cu privire la violența în familie și violența față de femei*. MSMPS. Chișinău, 2021, p.26.

[4] *Raportul de estimare a costurilor violenței în familie și a violenței împotriva femeilor în Moldova*. WHO, ADC, UN Women. Chișinău, 2016, p.32.

[5] *Ibidem*, p.42-43.

Noțiunea de **supraviețuitoare a violenței** definește persoana care solicită ajutor, care dispune sau lucrează pentru a dezvolta o abilitate pentru a face față traumei, care învață cum să se protejeze, o persoană care luptă pentru a-și obține viața înapoi. Într-un final, supraviețuitoarea este atât victimă a violenței, cât și o supraviețuitoare.[6] Foarte rar se utilizează termenul „clientă/beneficiară" pentru a identifica, asista și/sau referi o persoană care suferă de violență.*****

Totodată, evidențiem că actualmente, la nivel global, se utilizează diferite sintagme pentru a evidenția particularitățile violenței: **violența în bază de gen, violența împotriva femeilor și fetelor** și **violența în familie (violența domestică)**. Prin **violența în bază de gen** se înțelege „violența îndreptată împotriva unei femei pentru că este o femeie și pentru că aceasta afectează femeile în mod disproporționat. Aceasta include acte care afectează fizic, mental sau sexual sau determină suferință, amenințări cu astfel de acte, coerciție și alte privațiuni de libertate".[7] Argumentele aduse de specialiști la nivel global pentru evidența, monitorizarea și evaluarea separată a cazurilor de violență împotriva femeilor se referă la faptul că: (i) formele de violență suportate de femei sunt mult mai severe; (ii) femeile sunt în pericol mai mare, din cauza forței fizice mai mari a bărbaților; (iii) numărul mare de cazuri de violență asupra femeilor în perioada graviditătii; (iv) constrângerile economice și sociale care reține femeia în relația violentă, mai mult decât pe bărbat; (v) femeile sunt violente ca răspuns la violența bărbaților.

Violența împotriva femeilor și fetelor cuprinde, dar nu se limitează la violența fizică, sexuală și psihologică din familie, bătăi, abuz sexual asupra copiilor de sex feminin din gospodărie, mutilarea genitală a femeilor și alte practici tradiționale dăunătoare femeilor, dar cuprinde și violența legată de exploatare; violența fizică, sexuală și psihologică în cadrul comunității, inclusiv violul, abuzul sexual, hărțuirea sexuală și intimidarea la locul de muncă, în instituțiile de învățământ și în alte instituții/locuri; traficul de femei și prostituția forțată; precum și violența fizică, sexuală și psihologică săvârșită sau condamnată de stat ori de câte ori apare.[8] Acest tip de violență are rădăcini în inegalitatea de gen (de exemplu: unele practici dăunătoare, căsătorie timpurie și forțată, dar și abuzurile sexuale, traficul etc.) și subliniază riscul sporit de violență a femeilor și fetelor pe tot parcursul vieții, din cauza inegalității de gen și a discriminării împotriva lor.

---

[6] *Prestarea serviciilor psihosociale*, *parte a răspunsului multisectorial în cazurile de violență în bază de gen*. *Proceduri Standard de operare*. UNFPA, EEIRH, p.27.

***** În continuare vom utiliza doar noțiunea de victimă conform cadrului legal din Republica Moldova (art.2 al *Legii nr.45 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie*).

[7] Convention on the elimination of all forms of discrimination against women.

[8] United Nations General Assembly resolution A/RES/48/104. *Declaration on the elimination of violence against women*. New York: United Nations, 1993.

Violența în familie (domestică), conform *Convenției privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și violenței domestice* (Convenția de la Istanbul),[9] cuprinde toate acțiunile de violență fizică, sexuală, psihologică sau economică, care survin în familie sau în unitatea domestică sau între foștii sau actualii soți sau parteneri, indiferent dacă agresorul împarte același domiciliu cu victima. În conformitate cu art.2 al *Legii cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie*, nr.45 din 01.03.2007,[10] violența în familie este definită prin acte de violență fizică, sexuală, psihologică, spirituală sau economică, cu excepția acțiunilor de autoapărare sau de apărare ale altei persoane, inclusiv amenințarea cu asemenea acte, comise de către un membru de familie în privința altui membru al aceleiași familii, prin care s-a cauzat victimei prejudiciu material sau moral. Violența în familie, în legislația națională, se manifestă în mai multe forme:

(i) *fizică* (lovire, îmbrâncire, trântire, tragere de păr, înțepare, tăiere, ardere, strangulare, mușcare, otrăvire, intoxicare etc.);

(ii) *sexuală* (violul conjugal, interzicerea folosirii metodelor de contracepție, hărțuirea sexuală; orice conduită sexuală nedorită, impusă; obligarea practicării prostituției);

(iii) *psihologică* (impunere a voinței sau a controlului personal, provocare a stărilor de tensiune și de suferință psihică prin ofense, luare în derâdere, înjurare, insultare, poreclire, șantajare; impunere a izolării prin detenție, izolare de familie, de comunitate, de prieteni etc.)[11];

(iv) *economică* (privare de mijloace financiare, de bunuri);

(v) *spirituală* (interzicere, limitare a accesului la valori culturale, etnice, religioase, inclusiv impunere).

Prin membri de familie, potrivit *Legii nr.45 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie*, se înțeleg persoanele aflate în căsătorie, în divorț, sub tutelă și curatelă, rudele, afinii lor, soții rudelor, persoanele aflate în relații asemănătoare celora dintre soți (concubinaj) sau dintre părinți și copii, indiferent dacă locuiesc împreună sau separat. De asemenea, evidențiem că în Republica Moldova acțiunile de violență în familie, în dependență de gravitatea acestora, cad sub incidența Codului penal (elementele constitutive ale componenței de infracțiune: vătămare ușoară, vătămare gravă, viol, omor) sau sub incidența Codului contravențional (elementele constitutive ale componenței de contravenție: vătămări neînsemnate).

[9] *Convenția privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și violenței domestice*. CETS, 2011, nr.210, art.3.

[10] Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie, nr.45 din 01.03.2007. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2007, nr.55-56.

[11] Legea pentru modificarea unor acte normative, nr.113 din 09.09.2020. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2020, nr.199-204.

4.2. Contextul legal, instituțional și de politici în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie în Republica Moldova

În Republica Moldova, cadrul juridic care determină politicile și acțiunile de prevenire și combatere a violenței în familie se bazează pe următoarele instrumente internaționale: *Declarația Universală a Drepturilor Omului* (1948), *Convenția asupra drepturilor politice ale femeii* (1952), *Pactul internațional cu privire la drepturile economice*, *sociale și culturale* (1966), *Convenția asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei* (1979), *Platforma și Planul de acțiuni de la Beijing* (1995), *Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie* (2011), *Obiectivele de Dezvoltare Durabilă* (2015) etc.

Republica Moldova a ratificat în 1994 *Convenția cu privire la eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor* (CEDAW),[12] document de referință la nivel internațional, care pune accent pe crearea condițiilor de realizare a unei egalități eficiente pentru femei în toate domeniile vieții și obligațiile statelor de a respecta aceste condiții, fără întârziere, și de a asigura drepturi egale, *de jure* și *de facto*. Ratificarea CEDAW a însemnat pentru Republica Moldova asumarea obligației de a promova în legislația națională principiul egalității bărbaților și a femeilor și asigurarea aplicării efective a acestui principiu.

În septembrie 2015, la New York, Adunarea Generală a Națiunilor Unite a aprobat Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă și cele 17 Obiective de Dezvoltare Durabilă.[13] Al 5-lea Obiectiv vizează egalitatea de gen și abilitarea femeilor, inclusiv eliminarea tuturor formelor de violență împotriva femeilor și fetelor în sfera publică și cea privată.

La 14 octombrie 2021, Parlamentul Republicii Moldova a ratificat *Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie*, iar Președintele țării a promulgat, la 19 octombrie 2021, *Legea cu privire la ratificarea Convenției*.[14] Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie constituie un document de referință la nivel internațional care obligă părțile semnatare să ia măsurile necesare pentru a promova schimbările în modelele sociale și culturale de comportament al femeilor și bărbaților, în vederea

[12] Convenția ONU asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei din 18.12.1979. În: Ediție specială „*Tratate internaționale*", 1998, vol.1, p.114 (în vigoare pentru Republica Moldova din 31.07.1994).

[13] Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. A/RES/70/1

[14] Legea cu privire la ratificarea Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie, nr.144 din 14.10.2021. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2021, nr.256-260.

eradicării prejudecăților, obiceiurilor, tradițiilor și a altor practici care sunt bazate pe ideea inferiorității femeilor sau pe roluri stereotipe pentru femei și bărbați și, nu în ultimul rând, măsuri legislative și alte măsuri necesare pentru a preveni toate formele de violență. Convenția clarifică faptul că violența împotriva femeilor și violența în familie nu mai pot fi considerate probleme personale, statele având obligația, prin politici complete și integrate, să prevină violența, să protejeze victimele și să-i pedepsească pe agresori. Acceptând Convenția, guvernele sunt obligate să-și modifice legislația, să introducă măsuri practice și să aloce resurse pentru a nu mai tolera violența împotriva femeilor și violența în familie. Prevenirea și combaterea acestora nu mai este o chestiune de bunăvoință, ci o obligație legală. În afară de obligațiile legale, Convenția lansează un important semnal general, cu privire la faptul că violența împotriva femeilor și violența în familie sunt inacceptabile. Scopul ei este de a pune în lumină realitatea pe care o trăiesc atâtea femei și fete care suportă violența, să conștientizeze opinia publică și să schimbe mentalitatea populației pe termen lung.

Recunoscând gravitatea și amploarea fenomenului de violență în familie și necesitatea stabilirii unei baze juridice și organizatorice a activității de prevenire și de combatere a acestuia, a instituirii unui mecanism de sesizare și soluționare a cazurilor de violență, încă la 1 martie 2007 Parlamentul Republicii Moldova a adoptat *Legea nr.45 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie*, care constituie o lege-cadru în domeniu. Pentru asigurarea unei abordări sistemice a violenței față de femei și a violenței în familie, reducerea acestor fenomene, dar și garantarea unui răspuns eficient al organelor de resort în cazurile date, Guvernul Republicii Moldova, prin Hotărârea nr.281 din 03 aprilie 2018, a aprobat prima *Strategie națională de prevenire și combatere a violenței față de femei și a violenței în familie pe anii 2018-2023* și *Planul de acțiuni pentru anii 2018-2020 privind implementarea Strategiei*.[15]

Printre autoritățile și instituțiile abilitate cu funcții de prevenire și de combatere a violenței în familie, un rol important deține Ministerul Muncii și Protecției Sociale, organ central de specialitate al statului, abilitat cu funcții de elaborare și de promovare a politicilor de prevenire și de combatere a violenței în familie. Funcțiile de coordonare de natură operațională a plasamentului victimelor violenței în familie și a copiilor acestora și suportul metodologic structurilor teritoriale de asistență socială privind reabilitarea acestora au fost delegate organului administrativ subordonat Ministerului Muncii și Protecției Sociale – Agenția Națională de Asistență Socială. Alte autorități și instituții cu funcții de prevenire și de combatere a violenței în familie sunt: Ministerul Sănătății, Ministerul Justiției, Ministerul Educației și Cercetării, Ministerul Afacerilor

[15] Hotărârea Guvernului nr.281 din 03.04.2018 cu privire la aprobarea Strategiei naționale de prevenire și combatere a violenței față de femei și a violenței în familie pe anii 2018-2023 și a Planului de acțiuni pentru anii 2018-2020 privind implementarea acesteia. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2018, nr.121-125.

Interne și, în mod special, Inspectoratul General al Poliției, Consiliul Național de Asistență Juridică Garantată de Stat etc.

Poliția este obligată să răspundă imediat la sesizările despre cazurile de violență în familie și să nu subestimeze importanța acțiunilor de contracarare a oricăror forme de violență. Drept urmare, pe parcurs, au fost operate modificări și completări în competențele Poliției în cazurile de violență în familie, specificate în art.8 alin.(6) al *Legii nr.45 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie*. Modificările legislative operate prin *Legea nr.196* din 28.07.2016 au prevăzut posibilitatea de emitere a ordinului de restricție de urgență, în cazurile de violență în familie, de către organul de constatare sau organul de urmărire penală. *Instrucțiunea metodică privind intervenția Poliției în prevenirea și combaterea cazurilor de violență în familie*, aprobată prin Ordinul nr.360 din 08.08.2018, prevede etapele intervenției Poliției, inclusiv identificarea și înregistrarea cazurilor de violență în familie, evaluarea riscurilor, eliberarea și supravegherea ordinului de restricție de urgență, raportarea și referirea cazurilor la alți profesioniști și la servicii specializate.

Prin Ordinul nr.903 din 29.07.2019, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a aprobat *Instrucțiunea privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie*, care prevede procedura de identificare și înregistrare, evaluare a riscurilor și asigurare a măsurilor urgente de protecție, raportare și referire, inclusiv cea de management de caz pentru specialiștii din domeniul asistenței sociale. Pentru a cunoaște cum are loc identificarea, înregistrarea, evidența și asistența cazurilor de violență în familie de către asistenții sociali comunitari și alți specialiști din domeniu în plan național, raional și local a fost elaborat și formularul statistic „Violența în Familie", care permite realizarea raportului statistic anual „Violența în Familie".[16] Acesta permite: (i) cunoașterea în dinamică a particularităților de manifestare a violenței în familie în plan local, raional și național; (ii) înțelegerea punctelor tari, dar și a celor slabe în sistemul de asistență socială privind identificarea, înregistrarea, documentarea și intervenția specialiștilor din domeniul asistenței sociale în cazurile de violență în familie; (iii) operarea cu date statistice privind activitatea specialiștilor din sistemul de asistență socială în cazurile de violență în familie, inclusiv posibilitatea de a vedea situația în dinamică; (iv) dezvoltarea și promovarea politicilor bazate pe dovezi pentru a preveni și a combate fenomenul dat. Datele administrative colectate de Agenția Națională de Asistență Socială sunt destinate specialiștilor din domeniul asistenței sociale de la nivelul central, raional și local, reprezentanților organizațiilor societății civile, precum și celor ai organizațiilor internaționale, în scopul

[16] Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr.53 din 16.01.2019.

îmbunătățirii politicilor în domeniul prevenirii și combaterii violenței în bază de gen și a violenței în familie.

Ordinul nr.1167 din 15.10.2019 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale prevede aprobarea *Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie*. Aceasta stipulează atribuțiile instituțiilor medico-sanitare în domeniul dat, procedura de identificare a victimelor violenței în familie și de acordare a suportului primar, intervenția și documentarea actului medical, procedurile de evaluare a riscurilor, raportare și referire a cazurilor, serviciile de expertiză medico-legală acordate.

Pentru a oferi un răspuns holistic coordonat, a fost dezvoltată și *Instrucțiunea privind mecanismul de cooperare intersectorială în cazurile de violență în familie* aprobată, la 25.05.2022, prin Ordinul comun a 5 instituții cu responsabilități în domeniul dat: Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Sănătății, Ministerul Justiției și Consiliul Național pentru Asistență Juridică Garantată de Stat, care este organul de administrare a sistemului de acordare a asistenței juridice garantate de stat victimelor violenței în familie.

La nivel local, autoritatea abilitată cu funcții de coordonare a implementării Instrucțiunii intersectoriale este administrația publică locală de nivelul întâi și doi, în conformitate cu prevederile art.7 și 8 ale *Legii nr.45 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie*. Potrivit prevederilor art.8 alin.(8) și (9) al legii menționate și ale *Hotărârii Guvernului cu privire la aprobarea Regulamentului de activitate a echipelor multidisciplinare teritoriale din cadrul Sistemului național de referire*, nr.228 din 28.03.2014, echipele multidisciplinare de asemenea au atribuții în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie. Astfel, echipele multidisciplinare trebuie să elaboreze planuri anuale de activitate privind acțiunile de prevenire și combatere a violenței în familie la nivel de comunitate (sesiuni de informare, examinarea și soluționarea cazurilor de violență în familie, colectarea, analiza și discutarea datelor statistice și a tendințelor identificate), care vor fi integrate în strategiile de dezvoltare locală.

Instrucțiunile sectoriale (poliție, asistență socială, medicină) și intersectoriale nominalizate privind prevenirea și combaterea cazurilor de violență în familie au fost elaborate și aprobate în conformitate cu Standardele Globale și Servicii Esențiale destinate femeilor și fetelor supuse violenței și cu Procedurile Standard de Operare cu privire la violența în bază de gen.[17] De asemenea, acestea au fost revizuite în conformitate cu noile prevederi naționale, inclusiv amendamentele relevante prevenirii și combaterii violenței în familie, cu *Strategia națională de prevenire și combatere*

[17] *Pachetul serviciilor esențiale pentru femeile și fetele supuse violenței. Elemente de bază și instrucțiuni privind calitatea*. UN Women, UNFPA, WHO, UNDP, UNODC.

a violenței față de femei și a violenței în familie pentru perioada 2018-2023[18] și cu instrumentele internaționale corespunzătoare. Drept urmare, *Legea nr.45 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie*, cu modificările și completările efectuate, oferă o bază importantă pentru asigurarea accesului la justiție și securitate pentru victimele violenței în familie, pentru a le proteja în mod eficient, iar Instrucțiunile sectoriale și intersectoriale prevăd acțiuni clare de intervenție și coordonare a acțiunilor.

4.3. Principiile intervenției intersectoriale și sectoriale în cazul violenței în familie

Principiile, caracteristicile comune și elementele fundamentale pentru serviciile esențiale adresate victimelor violenței se regăsesc în instrumentele juridice internaționale. Statele din întreaga lume au negociat și au căzut de acord asupra susținerii unui set de norme și standarde globale pentru abordarea violenței, în mod special a violenței împotriva femeilor și fetelor, care se regăsesc în:

– *Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor* (1979)[19] și *Convenția privind drepturile copilului* (1989)[20] care oferă un cadru bazat pe drepturile omului;

– *Declarația privind eliminarea violenței împotriva femeilor* (1993),[21] *Declarația de la Beijing și Platforma de Acțiune* (1995),[22] dar și numeroase rezoluții ale Adunării Generale și Consiliului pentru Drepturile Omului, de rând cu Recomandarea Generală nr.19 a Comitetului privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor, care enumeră clar ce ar trebui să realizeze statele pentru a aborda această problemă;

– Strategiile Model Actualizate și Măsurile Practice privind eliminarea violenței împotriva femeilor în domeniul prevenirii infracționalității și justiției penale[23] oferă recomandări vaste, care acoperă aspecte de substanță, procedurale, operaționale din domeniul justiției penale, recunoscând importanța unei intervenții holistice, coordonate și multidisciplinare;

– Concluziile[24] adoptate de Comisia pentru Statutul Femeilor din cadrul celei dea 57-a Sesiuni, care oferă îndrumări pentru stabilirea unor servicii

[18] Hotărârea Guvernului nr.281 din 03.04.2018 cu privire la aprobarea Strategiei naționale de prevenire și combatere a violenței față de femei și a violenței în familie pe anii 2018-2023 și a Planului de acțiuni pentru anii 2018-2020 privind implementarea acesteia. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2018, nr.121-125.

[19] Rezoluția Adunării Generale nr.34/180.

[20] Rezoluția Adunării Generale nr.44/25.

[21] Rezoluția Adunării Generale nr.48/104.

[22] Raportul celei de-a patra Conferințe Mondiale cu privire la femei, Beijing, 4-15 septembrie 1995 (publicație ONU, nr.E.96.IV.13), capitolul I, rezoluția 1, anexa I și anexa II.

[23] Anexa la Rezoluția Adunării Generale nr.65/457.

[24] Report of the 57 session of Commission of the Status of Women. E/2013/27.

comprehensive, coordonate, interdisciplinare, accesibile, multisectoriale și durabile pentru toate victimele tuturor formelor de violență împotriva femeilor și fetelor.

Un principiu important ce derivă din acest cadru normativ global ține de obligațiile statelor de a exercita diligență în domeniul prevenirii, protecției, urmăririi penale, sancționării și acordării de compensații. O coordonare eficientă la toate nivelurile și angajamentul continuu față de principiile îndrumătoare, caracteristicile comune, precum și elaborarea și implementarea elementelor fundamentale sunt absolut esențiale pentru o intervenție durabilă și de calitate în cazurile de violență.

Următoarele **principii servesc drept temelie pentru acordarea tuturor serviciilor esențiale victimelor violenței și coordonarea acestora**: (i) abordarea bazată pe drepturile omului; (ii) avansarea egalității de gen și abilitarea femeilor; (iii) ajustarea și sensibilizarea la vârstă și la mediul cultural; (iv) abordarea centrată pe victimă; (v) asigurarea primordială a siguranței persoanei; (vi) responsabilizarea agresorului.[25]

Abordarea bazată pe drepturile omului privind prestarea serviciilor esențiale de calitate recunoaște că statele dețin responsabilitatea primară de a respecta, proteja și realiza drepturile victimelor violenței. Violența este o încălcare fundamentală a drepturilor, în special a dreptului la viață fără frică și violență. O abordare bazată pe drepturile omului implică servicii care pun siguranța și bunăstarea victimelor drept prioritate, tratându-le cu demnitate, respect și sensibilitate. Aceasta implică și cele mai înalte standarde realizabile de servicii medicale, sociale, de justiție și polițienești – servicii de o calitate bună, disponibile, accesibile și acceptabile.

Înțelegerea inegalității de gen și a discriminării sub aspectul cauză-efect necesită prestarea serviciilor care să asigure existența unor **politici și practici sensibile la dimensiunea de gen**. Serviciile trebuie să asigure ca violența împotriva femeilor și fetelor să nu fie trecută cu vederea, tolerată sau perpetuată. Serviciile trebuie să promoveze acțiunile femeilor prin care acestea sunt în drept să ia propriile decizii, inclusiv de a refuza serviciile esențiale.

Serviciile esențiale **adecvate pentru o anumită vârstă și sensibile la mediul cultural** trebuie să răspundă circumstanțelor individuale și experiențelor de viață ale victimelor, ținând cont de vârsta, identitatea, cultura, orientarea sexuală, identitatea de gen, etnia și preferințele lor lingvistice. Serviciile esențiale trebuie să fie și adecvate pentru femeile și fetele care se confruntă cu forme multiple de discriminare – nu doar din cauza faptului că sunt femei, dar și din considerente rasiale, etnice, de castă, sexuale, religioase, privind dizabilitățile,

[25] *Pachetul serviciilor esențiale pentru femeile și fetele supuse violenței. Elemente de bază și instrucțiuni privind calitatea*. UN Women, UNFPA, WHO, UNDP, UNODC, p.13.

starea civilă, statutul ocupațional și alte caracteristici, sau din cauza faptului că au fost supuse violenței.

Abordarea centrată pe victimă plasează drepturile, necesitățile și dorințele femeilor și fetelor în centrul atenției. Acest fapt implică luarea în considerare a multiplelor necesități ale victimelor, diverse riscuri și vulnerabilități, impactul deciziilor și acțiunilor întreprinse și asigurarea ca serviciile să fie ajustate cerințelor unice ale fiecărei femei și fete în parte. Serviciile trebuie să răspundă dorințelor victimelor.

Siguranța victimei este primordială în prestarea serviciilor de calitate. Serviciile esențiale trebuie să pună drept prioritate siguranța și securitatea beneficiarilor de servicii și să evite cauzarea oricăror daune pe viitor.

Responsabilizarea agresorului necesită servicii esențiale, pentru a trage la răspundere în mod efectiv agresorii, asigurând un răspuns echitabil al justiției. Serviciile esențiale trebuie să susțină și să faciliteze participarea victimei în procesul de administrare a justiției, să promoveze capacitatea sa de a acționa sau de a extinde acțiunile sale, asigurând că povara sau sarcina de a căuta dreptate să nu fie pusă pe umerii victimei, ci pe cei ai statului.

Serviciile esențiale împărtășesc un șir de caracteristici și activități comune. Acestea sunt aplicabile indiferent de sectorul specific care ar putea să răspundă necesităților victimelor violenței. Prestarea serviciilor în cadrul tuturor acțiunilor esențiale trebuie să dispună de următoarele caracteristici-cheie: (i) disponibilitate; (ii) accesibilitate; (iii) adaptabilitate; (iv) caracter adecvat; (v) prioritizarea siguranței; (vi) consimțământ informat și confidențialitate; (vii) comunicare efectivă și participarea actorilor interesați în elaborarea, implementarea și evaluarea serviciilor; (viii) colectarea datelor și gestionarea informației; (ix) legătura cu alte sectoare și agenții prin coordonare.

Principiile intervenției intersectoriale în cazurile violenței promovate la nivel internațional cuprind:

- **Abordare centrată pe victimă**. Toți prestatorii de servicii implicați într-un răspuns multisectorial la violență acordă prioritate drepturilor, necesităților și dorințelor victimei.
- **Parteneriat.** Răspunsul intersectorial la violență presupune o bună cooperare și coordonare a instituțiilor/organizațiilor implicate.
- **Management participativ**. Regulile privind intervenția și sesizarea intersectorială, strategiile și planurile de acțiune, inclusiv planificarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea programelor urmează să fie elaborate într-un mod participativ, inclusiv cu contribuția beneficiarilor de servicii (dacă este posibil).
- **Planificare strategică**. Politicile care abordează fenomenul violenței trebuie transpuse în strategii interinstituționale comune, cu obiective și activități specifice.

- **Servicii integrate**. Procedurile de intervenție și referire, precum și măsurile de protecție necesită o abordare multidisciplinară, în baza unei metodologii unificate de activitate.
- **Prevenire.** O abordare integrată eficientă stabilește ca prioritate și prevenirea violenței.
- **Responsabilitate.** Toate intervențiile/organizațiile trebuie să asigure responsabilitatea personalului pentru implementarea și respectarea programelor/regulilor convenite și să urmeze aceste principii directoare în activitatea lor.
- **Durabilitate.** În pofida schimbărilor politice sau a fluctuației personalului, de îndată ce intervenția intersectorială la violență este asumată, instituțiile/organizațiile trebuie să asigure toate condițiile pentru implementarea și susținerea acestei abordări.

Mecanismul de cooperare intersectorială privind intervenția în cazurile de violență în familie, din Republica Moldova, stabilește procesul de interacțiune între reprezentanții autorităților publice cu competențe în domeniu, în vederea instituirii unui sistem intersectorial eficient de cooperare. Scopul constă în asigurarea protecției, siguranței și realizării drepturilor victimelor violenței în familie, precum și în eficientizarea mecanismului de monitorizare a agresorilor familiali, inclusiv de reducere a comportamentului agresiv al acestora. Obiectivele specifice ale cooperării intersectoriale pentru asistența și protecția victimelor violenței în familie prevăd nemijlocit: (i) asigurarea înțelegerii comune a scopului, obiectivelor și principiilor asistenței și protecției victimelor violenței în familie; (ii) asigurarea cooperării între instituțiile cu competențe în vederea protecției și asistenței eficiente a victimelor violenței în familie; (iii) determinarea rolului și responsabilității tuturor actorilor implicați în platforma comună de cooperare; (iv) comunicarea clară și transparentă între instituții; (v) îmbunătățirea mecanismului de raportare a cazurilor de violență în familie din partea instituțiilor de ordine publică, structurilor teritoriale de asistență socială și/sau prestatorilor de servicii medicale și referirea victimelor violenței în familie către servicii sau organizații specializate, iar în cazurile de violență asupra copiilor – informarea și a autorității tutelare locale.[26]

Organizarea cooperării intersectoriale pentru asistența și protecția victimelor violenței în familie, în Republica Moldova, ține cont de documentele de referință internaționale și se bazează pe următoarele principii:

(i) **principiul egalității de gen** – instituțiile responsabile de intervenția în cazurile de violență în familie asigură cooperarea intersectorială pornind de la conștientizarea conexiunii între egalitatea de gen și

[26] *Instrucțiunea privind mecanismul de cooperare intersectorială în cazurile de violență în familie* aprobată, la 25.05.2022, prin Ordinul comun a 5 instituții cu responsabilități în domeniul dat: Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Sănătății, Ministerul Justiției și Consiliul Național pentru Asistență Juridică Garantată de Stat.

violența în familie și recunoscând faptul că violența în familie reprezintă o expresie a relațiilor inegale de putere între femei și bărbați;

(ii) **principiul abordării individuale și centrate pe victimă** – drepturile, necesitățile și doleanțele victimelor violenței în familie constituie o prioritare, fiind luate în considerare diverse riscuri și vulnerabilități și impactul deciziilor și acțiunilor întreprinse, inclusiv evitarea victimizării secundare;

(iii) **principiul respectării drepturilor omului** – intervenția intersectorială se bazează pe standardele internaționale în domeniul drepturilor omului, victimele violenței în familie fiind asigurate cu servicii de plasament, asistență juridică, asistență medicală, consiliere psihologică și tratate cu respect și demnitate, asigurându-li-se autonomia; totodată, principiul presupune respectarea drepturilor agresorilor și tratarea lor cu respect și demnitate;

(iv) **principiul siguranței și securității victimelor violenței în familie** – cooperarea intersectorială este oferită astfel, încât să fie prioritizate siguranța și securitatea victimelor și a copiilor acestora;

(v) **principiul abordării sensibile la dimensiunea de gen, vârstă și mediul cultural** – cooperarea intersectorială este asigurată cu recunoașterea dinamicii de gen, a impactului și consecințelor violenței împotriva femeilor, circumstanțelor individuale și experiențelor de viață ale femeilor și fetelor, luând în considerare vârsta, cultura, etnia și preferințele lor lingvistice;

(vi) **principiul nediscriminării** – subiecții violenței în familie vor fi tratați fără discriminare bazată pe sex, rasă, culoare, limbă, religie, opinii politice sau orice alte opinii, origine națională sau socială, apartenență etnică, avere, naștere, stare civilă, statut educațional și socioeconomic, dizabilitate sau oricare alt criteriu;

(vii) **principiul respectării confidențialității** – confidențialitatea trebuie respectată la toate etapele cooperării intersectoriale (cu excepțiile celor prevăzute de cadrul normativ);

(viii) **principiul responsabilizării agresorilor familiali** – agresorul poartă răspundere conform legii pentru actele de violență produse în familie;

(ix) **principiul cooperării și interoperabilității** – organele abilitate cu competențe în domeniu trebuie să intervină prompt, pe domeniul de competență, la fiecare sesizare despre actele de violență în familie și să coopereze în vederea stabilirii tuturor circumstanțelor cauzei, asigurării protecției victimei și tragerii la răspundere a agresorului.[27]

[27] *Instrucțiunea privind mecanismul de cooperare intersectorială în cazurile de violență în familie* aprobată, la 25.05.2022, prin Ordinul comun a 5 instituții cu responsabilități în domeniul dat: Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Sănătății, Ministerul Justiției și Consiliul Național pentru Asistență Juridică Garantată de Stat.

Instrucțiunea privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie prevede procedura de identificare și înregistrare a cazurilor, precum și cea de evaluare a riscurilor și de asigurare a măsurilor urgente de protecție, de raportare și referire a cazului, inclusiv cea de management de caz, ce trebuie să fie asigurate de specialiștii din domeniul asistenței sociale.[28] Obiectivele intervenției profesioniștilor din cadrul structurilor teritoriale de asistență socială la nivel de administrație locală de nivelul I și II, în cazurile de violență în familie, cuprind: (i) asigurarea identificării efective a victimelor violenței în familie; (ii) contribuirea la asigurarea și/sau sporirea siguranței victimelor la toate etapele de intervenție; (iii) respectarea principiilor de bază din domeniul asistenței sociale; (iv) asigurarea înregistrării, documentării cazurilor de violență în familie și raportării datelor administrative cu privire la acest fenomen; (v) facilitarea referirii victimelor violenței în familie către prestatorii de servicii.

Principiile care trebuie să ghideze intervenția asistenților sociali în cazurile de violență în familie cuprind:

(i) **asigurarea siguranței și securității** atât a victimei, cât și a profesioniștilor din domeniul asistenței sociale, în oferirea asistenței victimelor;

(ii) **respectarea confidențialității și protecția vieții private** (prevederile *Legii cu privire la protecția datelor cu caracter personal*, nr.133 din 08.07.2011) prin respectarea intimității și confidențialității intervenției, colectării de date cu caracter personal, păstrării înregistrărilor, raportării și oferirii accesului la informație (acord în formă scrisă al victimei);

(iii) **abordarea sensibilă la dimensiunea de gen** prin recunoașterea dinamicii de gen, a impactului și consecințelor violenței împotriva femeilor, precum și prin luarea în considerare a necesităților grupurilor specifice de femei și fete, inclusiv a celor din grupurile vulnerabile (copii, persoane cu dizabilități, vârstnici etc.);

(iv) **abordarea centrată pe victimă** prin respectarea opiniei, drepturilor și demnității victimei, crearea unui mediu de respect deplin ce ar putea facilita capacitatea victimei de a-și identifica propriile necesități și de a lua decizii despre modalitățile posibile de acțiune;

(v) **abordarea nediscriminatorie** privind accesul persoanelor la serviciile oferite de autoritățile publice și alte servicii și bunuri disponibile publicului în care se încadrează și asistența socială, asigurată fără nicio discriminare bazată, în special, pe sex, pe rasă,

[28] Ordinul nr.903 din 29.07.2019 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, prin care a fost aprobată *Instrucțiunea privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie*.

culoare, limbă, religie, opinii politice sau orice alte opinii, origine națională sau socială, apartenență la o minoritate națională, avere, naștere sau oricare altă situație;

(vi) abordare profesionistă prin reacționarea promptă și asumarea răspunderii în conformitate cu legislația pentru exercitarea necorespunzătoare a atribuțiilor de serviciu;

(vii) abordarea bazată pe cooperare cu alte instituții cu competențe în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie prin răspunsul multisectorial la cazurile de violență în familie atunci când este necesar prin o bună cooperare și coordonare a specialiștilor/ instituțiilor implicate în soluționarea cazurilor.[29]

Astfel, principiile intervenției în domeniul asistenței sociale a victimelor violenței în familie se bazează pe bunele practici internaționale, punând accent pe asigurarea siguranței victimelor și luând în considerare vulnerabilitatea sporită a victimelor femei, copii, vârstnici, persoane cu dizabilități, precum și alte criterii de vulnerabilitate prevăzute de legislație. Asistenții sociali trebuie să acționeze în scopul diminuării pericolului iminent și asigurării siguranței și reintegrării sociale prin acordarea asistenței sociale conform necesităților victimelor și ale copiilor acestora.

4.4. Managementul de caz în asistența victimelor/ supraviețuitoarelor violenței în familie

Scopul asistenților sociali constă în abilitarea victimelor, oferindu-le o conștientizare sporită cu privire la alegerile pe care le au și sprijinindu-le să ia decizii informate cu privire la violență și bunăstarea lor. Managementul cazurilor de violență se concentrează, în primul rând, pe satisfacerea nevoilor de sănătate, siguranță și securitate, asistență socială și de justiție, precum și pe recuperarea pe termen lung a acestora. Managementul de caz și referirea în sectorul social le permite victimelor să fie participante active la definirea nevoilor lor și la alegerea opțiunilor care răspund cel mai bine acestor nevoi.

Asistentul social trebuie: (i) să creeze un mediu confortabil, sigur și privat pentru discuția cu victima violenței în familie; (ii) să dezvolte relații cu victima și să construiască o bază pentru o relație de depășire a situației; (iii) să explice aspectele ce țin de confidențialitate și excepțiile de la confidențialitate, inclusiv raportarea obligatorie; (iv) să explice victimei procesul de management de caz, consimțământ informat, drepturile victimei; (v) să discute cu victima întrebările

[29] Ordinul nr.903 din 29.07.2019 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, prin care a fost aprobată *Instrucțiunea privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie.*

acesteia și să-i ceară permisiunea pentru a iniția și realiza managementul de caz (conform prevederilor legale).

Managementul de caz al victimelor violenței în familie cuprinde 6 etape/pași: 1. Identificare, 2. Evaluare, 3. Intervenție/prestare de servicii, 4. Referire, 5. Monitorizare și 6. Închidere a cazului, întreprinse în limitele cadrului legal și etic. Este de remarcat faptul că managementul de caz al victimelor violenței în familie nu este un proces liniar sau unidirecțional (a se vedea *Figura 4.1.*).

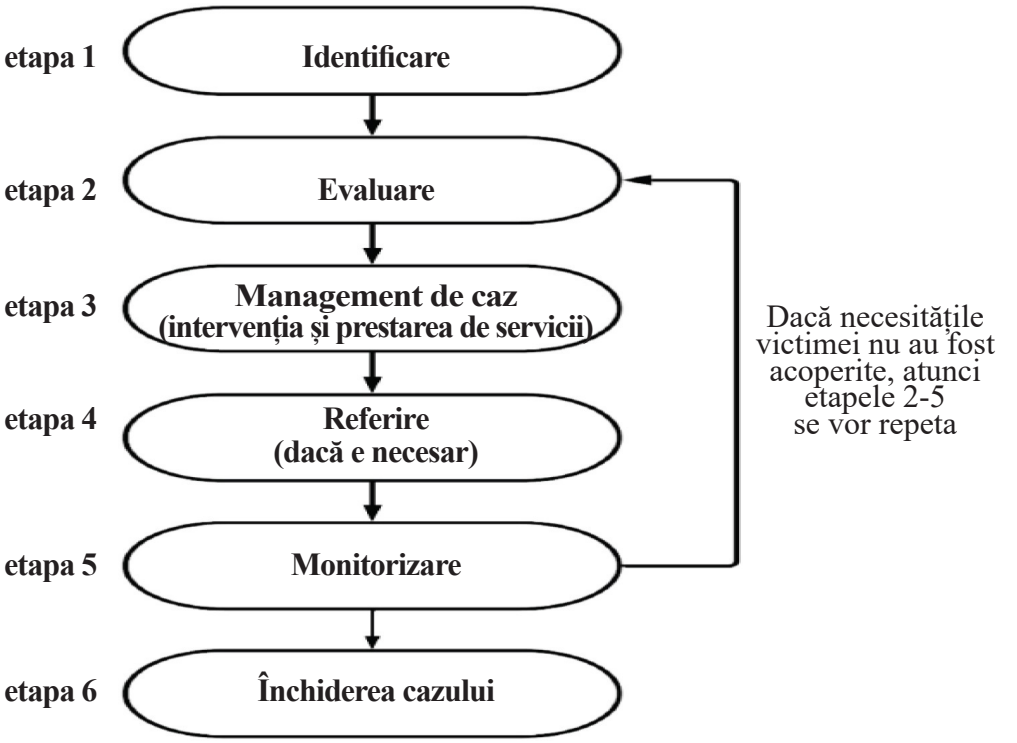


Fig.4.1. Etapele managementului de caz

Identificarea

Primul pas în răspunsul la violență este recunoașterea/identificarea victimei și inițierea intervenției. Identificarea victimelor violenței în familie se realizează în scopul asigurării accesului persoanelor la protecția și asistența necesare pentru restabilirea și asigurarea respectării drepturilor acestora. Accesul victimei la protecția și asistența necesară nu este condiționat de dorința acesteia de a colabora cu organele de drept în procesul de desfășurare a procesului contravențional sau de urmărire penală a agresorilor.

În procesul de identificare a victimelor violenței în familie, asistenții sociali aplică metode active și pasive. Metodele active de identificare a victimelor se realizează prin interacțiunea asistenților sociali cu membrii comunității, reprezentând o atribuție funcțională în procesul de prevenire și combatere

a violenței în familie. Astfel, în procesul de interacțiune cu membrii comunității, asistenții sociali trebuie să atragă atenția asupra semnelor de violență (*Caseta 4.1.*). Dacă asistenții sociali identifică semne ale violenței sau au suspiciuni rezonabile că interacționează cu o victimă a violenței în familie, aceștia vor iniția o discuție cu privire la problemele cu care se confruntă victima, încurajând-o să raporteze cazul. Discuțiile cu victima trebuie să se desfășoare în condiții sigure, care să asigure intimitatea și confidențialitatea informațiilor. Securitatea victimei derivă din confidențialitatea datelor. Acest pas include obținerea consimțământului informat pentru serviciile de management al cazului sau pentru referirea la alți prestatori de servicii.

Caseta 4.1. Semnele care pot contribui la recunoașterea victimelor violenței în familie

1. anxietate, complexe, fobii, frica/teama față de agresor;
2. acceptarea controlului impus de agresor;
3. raportarea în permanență agresorului despre locul aflării sale și activitățile pe care le desfășoară;
4. recunoașterea geloziei, posesivității și controlului permanent din partea agresorului;
5. prezența semnelor de vătămare corporală explicată prin faptul că au avut loc „accidente" (de exemplu: „am căzut de pe scări", „m-am lovit cu ușa" etc.);
6. absența frecventă de la muncă, studii sau alte evenimente sociale fără explicații;
7. preferința pentru haine care pot ascunde urme de vânătăi sau răni (de exemplu: poartă haine cu mâneci lungi vara și ochelari de soare în cameră);
8. agitație, nervozitate;
9. stima de sine foarte scăzută, chiar dacă în trecut au fost persoane de succes;
10. stări depresive, agresivitate, dependență de alcool, droguri și uneori gânduri suicidale, dificultăți de concentrare;
11. izolarea și limitarea contactului cu familia și prietenii (rareori merg în public fără partener) etc.

Abordarea necesităților medicale care ar pune în pericol viața sau integritatea victimei trebuie să fie prioritară. Victimele cu vătămări grave care le pun viața în pericol trebuie să fie imediat îndrumate pentru tratament de urgență, înainte de orice sprijin psihosocial.

Metodele pasive de identificare a victimelor violenței în familie constau în crearea unor premise și condiții favorabile pentru ca acestea, rudele și apropiații lor să se adreseze, din proprie inițiativă, pentru asistență și protecție la asistenți sociali, serviciile de specialitate sau la alte instituții/organizații cu competențe în domeniu. În acest sens, asistenții sociali vor

participa cu regularitate la activitățile de informare a populației cu privire la cauzele, consecințele și mecanismul de soluționare a actelor de violență în familie.

Semnele generale pe care agresorul le prezintă în relația sa cu victima violenței în familie pot contribui, de asemenea, la recunoașterea diferitelor forme de violență. Astfel, printre cele mai importante semne privind agresorul evidențiem: (i) însoțește victima și insistă să fie prezent și să răspundă la întrebări în locul ei; (ii) intimidează victima în așa măsură încât aceasta să nu dorească să vorbească în prezența lui; (iii) neagă sau minimizează adesea leziunile aplicate; (iv) manifestă un comportament de gelozie sau posesivitate exagerată.

Eșecul de a identifica victimele cu dizabilități este un factor major pentru care acestea nu accesează servicii. Asistenții sociali și prestatorii de servicii sociale trebuie să înțeleagă responsabilitatea lor de a identifica persoanele cu dizabilități care se confruntă cu violența în familie și să efectueze referirea acestora spre serviciile necesare. Asistenții sociali trebuie să reflecte asupra propriilor prejudecăți față de persoanele cu dizabilități și asupra stereotipurilor conform cărora femeile cu dizabilități nu au relații intime sau că îngrijitorii acestora au întotdeauna intenții bune. Astfel, sunt necesare întrebări personalizate de identificare a victimelor violenței în familie cu dizabilități (*Caseta 4.2.*).

Caseta 4.2. Exemple de întrebări pentru identificarea victimelor violenței în familie cu dizabilități

1. Trebuie să știu ceva despre tine pentru a putea oferi cele mai bune servicii posibile?

2. Acum când am descris serviciile noastre, ai îngrijorări sau ezitări cu privire la utilizarea serviciilor?

3. Îți controlează cineva comunicarea cu ceilalți sau îți schimbă ceea ce încerci să spui?

4. A luat cineva sau a rupt ceva de care ai nevoie pentru a fi independent? De exemplu: bastonul, mersul, scaunul cu rotile, aparatul respirator sau dispozitivul de comunicare?

5. Are cineva control legal asupra banilor tăi sau a deciziilor tale? Ce se întâmplă dacă nu ești de acord cu ei în ceea ce privește deciziile lor?

6. Te împiedică cineva să folosești resursele și sprijinul de care ai nevoie pentru a fi independent?

Identificarea cazurilor de violență în familie se poate face și pe baza plângerilor, denunțurilor, sesizărilor, autosesizărilor cu privire la acte de violență și pot fi adresate de către: (i) victimă; (ii) membrii familiei; (iii) profesioniști

și persoane cu funcție de răspundere care intră în contact cu familia; (iv) orice persoană care este martoră la acte de violență sau care are suspiciuni rezonabile că astfel de acțiuni au fost comise sau că sunt posibile acte de violență; (v) consilieri de la Telefonul de Încredere pentru Femei etc.

Consimțământul informat se referă la acordarea aprobării de către victimă pentru a facilita prestarea de servicii. Consimțământul informat al victimei trebuie să ghideze toate deciziile și acțiunile cu privire la îngrijirea acesteia (cu excepțiile prevăzute de cadrul normativ). Asistenții sociali trebuie să utilizeze formularul de consimțământ în cadrul managementului de caz sau atunci când referă victima către servicii specializate. Consimțământul informat este un pas crucial în prestarea serviciilor de calitate victimelor violenței și recunoașterea dreptului fundamental al persoanei de a avea grijă de propria viață. Consimțământul informat trebuie luat înainte de următorii pași în acordarea asistenței și protecției acesteia: (i) înainte de a discuta cu victima sau de a efectua o evaluare a nevoilor; (ii) înainte de a întreprinde orice acțiune și de a presta servicii; (iii) înainte ca orice informație despre victimă să fie oferită altor instituții/prestatori.

Raportarea obligatorie a violenței în familie către poliție sau sistemul juridic nu este recomandată, deoarece poate intra în conflict cu principiile directoare – respectarea confidențialității și respectarea autonomiei victimei. În unele țări, legislația include prevederi pentru raportarea obligatorie a persoanelor sau a prestatorilor de servicii (de obicei, către poliție sau sistemul juridic) cu privire la orice incident sau chiar suspiciuni dezvăluite privind violența în familie. În Republica Moldova, raportarea obligatorie (în 24 de ore) se aplică în cazurile de abuz asupra copiilor și maltratării minorilor, dar s-a extins și asupra raportării violenței din partea partenerului intim, în cazurile de vătămare gravă a integrității corporale sau a sănătății, utilizare a armelor, atunci când victimele sunt deosebit de vulnerabile din cauza dizabilității sau abilităților intelectuale reduse.

Evaluarea

Deschiderea dosarului și planificarea managementului de caz pentru situația de violență în familie începe ca urmare a semnării acordului între victimă și asistentul social.[30] După identificarea victimei violenței în familie și primirea consimțământului informat, asistentul social va trece la etapa de evaluare. Scopul evaluării constă în obținerea și analiza informației

[30] Un model de acord între victimă și asistentul social este prezentat în Anexa nr.8 la Ordinul nr.903 din 29.07.2019 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, prin care a fost aprobată *Instrucțiunea privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie*.

despre sănătatea fizică și psihică a victimei, viața socială etc. care să-l ajute pe asistentul social să stabilească cea mai potrivită intervenție, conform necesităților și resurselor disponibile. Evaluarea se referă la obținerea și analizarea următoarelor informații despre victimă: (i) condiții de sănătate fizică și psihică; (ii) vârstă, sex, reședință, stare civilă, ocupație, etnie etc.; (iii) incidente de violență: locația, momentul, frecvența oricăror incidente anterioare, identificarea și relația cu agresorul, recidiva agresorului, natura violenței, inclusiv orice utilizare a armelor, alte circumstanțe relevante, inclusiv consumul de alcool/droguri; (iv) factori de risc existenți/potențiali; (v) nevoi.

Asistentul social sprijină victima să identifice și să articuleze nevoile. Informațiile furnizate de victimă cu privire la incidentul/incidențele de violență trebuie considerate valide și suficiente. Nu este rolul asistenților sociali să verifice sau să afle de ce a avut loc violența. Căutarea dovezilor incidentului, inclusiv prin intervievarea unor persoane terțe, în afară de prestatorii de servicii anteriori relevanți, riscă să submineze în mod critic încrederea victimei și le pune în pericol siguranța și bunăstarea pe termen lung. Victimele trebuie crezute și sprijinite pentru a-și exprima propriile nevoi.

Ca parte a etapei de evaluare, asistenții sociali trebuie să: (i) ofere informații adecvate pentru consimțământul informat și să ofere informați cu privire la posibilele implicații ale schimbului de informații despre cazul său cu alte instituții/organizații; (ii) explice dacă este necesară raportarea legală obligatorie a cazului către alte instituții; (iii) asigure victima că este asistată fără careva prejudecăți, într-un mod plin de compasiune și că se vor depune toate eforturile pentru a o ajuta; (iv) evalueze nivelul de risc și să stabilească unele reguli de autoprotecție; (v) discute despre familia de origine a victimei; (vi) discute despre rețelele sociale primare și secundare; (vii) întrebe despre eforturile anterioare de a aborda situația violentă, strategiile de combatere; (viii) discute despre așteptările și dorințele victimei și despre ceea ce o motivează să caute ajutor.

Intervenția/prestarea serviciilor

Asistentul social oferă victimei informații relevante, exacte și actualizate despre serviciile pe care le poate oferi, inclusiv serviciile specializate disponibile. Asistentul social trebuie să fie sincer cu privire la serviciile disponibile pentru a gestiona așteptările victimelor.

Fiecare caz de violență în familie trebuie documentat de asistentul social. Colectarea datelor presupune informații care să ajute la monitorizarea și evaluarea progresului în cazul de violență în familie, să ofere o viziune clară asupra nevoilor identificate, asistența oferită, referirea către alte instituții/prestatori de servicii, să ajute la evaluarea funcționalității răspunsului sectorial și intersectorial la violența în familie (riscuri, tendințe). Fiecare asistent

social, manager de caz trebuie să-și păstreze propriile dosare. Fiecare victimă trebuie să dețină un dosar de caz separat care să conțină toate formularele relevante managementului de caz. Elementele dosarului cazului de violență în familie sunt prezentate în *Caseta 4.3*.

Caseta 4.3. Elementele dosarului cazului de violență în familie

1. Formularul privind Consimțământul informat;
2. Acordul de colaborare semnat de părți;
3. Chestionarul de evaluare a riscului;
4. Planul Individual de Siguranță;
5. Nota de informare privind drepturile victimei;
6. Evaluarea inițială;
7. Evaluarea complexă (după caz);
8. Planul Individual de Asistență;
9. Fișa de raportare către alte instituții/organizații (după caz);
9. Fișa de referire (după caz);
10. Datele monitorizării cazului;
11. Datele evaluării finale și închiderii cazului.[31]

Procesul de documentare a cazului de violență în familie de către asistentul social include următoarele acțiuni: (i) înregistrarea cazului în Registrul de evidență a cazurilor de violență în familie[32]; (ii) realizarea evaluării riscului; (iii) elaborarea Planului Individual de Siguranță; (iv) informarea victimei cu privire la drepturile acesteia; (v) elaborarea Planului Individual de Asistență.

Pentru asigurarea evidenței datelor administrative, asistenții sociali, manageri de caz, raportează anual specialistului responsabil de domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie din cadrul structurii teritoriale de asistență socială cazurile de violență în familie în conformitate cu Formularul statistic anual „Violența în familie". Obiectivul documentării și analizei datelor din Formularul statistic „Violența în familie" este de a genera date pentru luarea deciziilor la diferite niveluri (local, regional, național) pentru: (i) evaluarea funcționării operaționale a răspunsului la violența în familie la toate nivelurile; (ii) monitorizarea și controlul funcționării răspunsului la violența în familie la diferite niveluri; (iii) planificarea mai eficientă a activităților. De menționat că sistemul de documentare nu este un studiu de cercetare, dar o modalitate de a obține în mod continuu date referitoare

[31] Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr.903 din 29.07.2019. *Instrucțiunea privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie*.

[32] Anexa 4 la Ordinul nr.903 din 29.07.2019 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, prin care a fost aprobată *Instrucțiunea privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie*.

la violența în familie în mod sistematic și dinamic. Astfel, raportul anual „Violența în familie", elaborat în baza formularelor statistice recepționate din toate unitățile administrativ-teritoriale, oferă o situație exactă și actualizată a identificării, adresării și oferirii de asistență socială victimelor violenței în familie.

Asistentul social asigură efectuarea **evaluării și managementului riscului** în toate cazurile de violență în familie înregistrate. Evaluarea riscului se realizează în procesul de discuție cu victima prin întrebări cu privire la factorii de risc care generează violența în familie și/sau pot favoriza escaladarea actelor de violență (*Caseta 4.4.*).[33] În cazul evaluării riscului, asistentul social trebuie: (i) să informeze victima că scopul întrebărilor este de a o proteja pe ea și pe copii (dacă are copii); (ii) să explice că evaluarea are loc pentru a evalua riscul iminent de violență în familie; (iii) să nu comenteze răspunsurile. Cu cât mai mulți factori de risc sunt identificați și asociați cu un caz de violență în familie, cu atât mai mare este riscul la care este expusă victima.

Caseta 4.4. Lista factorilor de risc pentru repetarea și escaladarea violenței

1. Acte/incidente anterioare de violență în familie. Istoricul abuzului, formele și modelele de violență folosite, fostele condamnări sau sesizări la poliție, armele folosite.
2. Comportament violent al agresorului în afara familiei.
3. Separarea și divorțul.
4. Coaliția altor membri ai familiei cu agresorul.
5. Deținerea și/sau folosirea legală sau ilegală de arme sau amenințarea cu folosirea armelor.
6. Consumul de alcool sau droguri.
7. Amenințările, în special amenințările cu moartea, trebuie luate în serios.
8. Gelozie și posesivitate extremă.
9. Concepte și atitudini extrem de patriarhale.
10. Persecutarea și teroarea psihologică (stalking).
11. Nerespectarea Ordinului/ordinelor de restricție de urgență stabilite de poliție.
12. Nerespectarea Ordonanței/ordonanțelor de protecție stabilite de instanța de judecată.
13. Izolarea, controlul și limitarea accesului la orice formă de sprijin pentru victime cu dizabilități.
14. Instituționalizarea sau amenințarea cu instituționalizarea victimelor cu dizabilități.

[33] Anexa 5 la Ordinul nr.903 din 29.07.2019 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, prin care a fost aprobată *Instrucțiunea privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie*.

Procesul de evaluare a riscurilor va avea în vedere: (i) existența unor informații relevante (furnizate de victimă sau de alți specialiști) care ar putea crește nivelul de risc; (ii) situația victimei în ceea ce privește vulnerabilitatea acesteia, cum ar fi dizabilitatea, vârsta, nevoile de sănătate mintală, barierele culturale sau lingvistice; (iii) profilul social și psihoemoțional al agresorului; (iv) statutul profesional și social al agresorului; (v) accesul la arme al agresorului; (vi) situația în care victima nu este dispusă să coopereze și să accepte intervenția poliției; (vii) principalele priorități ale victimei în ceea ce privește siguranța acesteia.

Dacă se stabilește un **nivel scăzut de risc** ca urmare a evaluării riscului:

1. Victima este informată cu privire la drepturile privind prevenirea și combaterea violenței în familie, inclusiv dreptul de a beneficia de servicii de asistență și protecție (Ordin de restricție de urgență, Ordonanță de protecție), dreptul de a acorda consimțământ limitat și de a alege informațiile care pot fi divulgate și cele care trebuie păstrate confidențial, inclusiv cu privire la posibila partajare a informațiilor despre caz cu alte instituții/servicii.

2. În cazul în care victima și-a dat acordul pentru colaborare și și-a manifestat disponibilitatea de a beneficia de servicii de asistență socială, i se va acorda asistența corespunzătoare.

3. Cu acordul victimei, va fi informată poliția pentru a asigura intervenția conform responsabilităților funcționale.

În cazurile de **risc moderat sau sever** (vătămare a integrității corporale sau a sănătății, în cazurile de folosire a armei), asistentul social este obligat să raporteze cazul la poliție.

Dacă evaluarea riscului relevă un **risc iminent/ridicat** pentru viața sau sănătatea victimei sau dacă victima solicită asistență, se află într-o stare de criză emoțională (isterie, plâns, furie, insensibilitate etc.) sau are leziuni corporale: (i) victimei i se va acorda suport emoțional; (ii) se va solicita intervenția serviciului de asistentă medicală urgentă; (iii) victima va fi informată cu privire la drepturile ei în conformitate cu legislația; (iv) în caz de violență fizică sau sexuală, victima va fi informată despre posibilitatea obținerii raportului medico-legal.

În cazul identificării cazurilor suspectate de violență la copii, asistentul social se va baza pe protecția specială a copiilor aflați în situații de risc.[34]

Planul Individual de Siguranță face parte din intervenția cazului pentru a preveni viitoarele incidente violente sau pentru a evita escaladarea

[34] Hotărârea Guvernului nr.270 din 08.04.2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2014, nr.92-98.

sau expunerea la situații extreme.[35] Planul Individual de Siguranță trebuie elaborat, luându-se în considerare factorii de risc și resursele disponibile. La elaborarea Planului de Siguranță, asistentul social trebuie să ia în considerare deciziile luate de victimă: va continua să locuiască cu agresorul sau îl va părăsi pe agresor.

Asistentul social trebuie să abiliteze victima: (i) să solicite Ordinul de restricție de urgență și/sau Ordonanța de protecție; (ii) să enumere persoanele (prieteni, vecini) care ar putea fi chemate în caz de urgență sau să ofere adăpost pentru câteva zile; (iii) să identifice unul sau mai mulți vecini cărora victima le poate spune despre violență și care vor putea cere ajutor dacă aud o tulburare în casa ei; (iv) să exerseze cum să iasă din casă în siguranță; (v) să împacheteze o geantă de siguranță și să o pună într-un loc de unde poate fi luată rapid în caz de urgență; (vi) să se bazeze pe instincte, dacă situația este periculoasă, să ia în considerare să ofere agresorului ceea ce dorește pentru a-l calma etc.

Planul Individual de Asistență[36] al victimei se elaborează în baza nevoilor acesteia și a schimbărilor necesare pentru a o proteja sau pentru a responsabiliza agresorul. Nevoile fiecărei victime nu sunt acoperite de un singur sector. Pentru o intervenție eficientă, Planul Individual de Asistență trebuie elaborat de către asistentul social care este manager de caz împreună cu victima. Nu toate victimele violenței în familie doresc sau au nevoie de servicii specializate. Pentru unele, primul ajutor psihologic, serviciile de suport social vor fi benefice. În procesul de elaborare a Planului Individual de Asistență, asistentul social trebuie să răspundă la următoarele întrebări (*Caseta 4.5.*).

Caseta 4.5. Întrebările pentru elaborarea Planului Individual de Asistență

1. Care sunt scopul și obiectivele de atins?
2. Care sunt factorii de violență în familie care trebuie eliminați?
3. Ce strategie, acțiuni vor fi utilizate?
4. Ce fel de servicii și resurse sunt necesare pentru a aborda scopul și obiectivele stabilite?
5. Ce instituții/organizații/servicii specializate vor fi implicate?
6. Care este intervalul de timp?

[35] Anexa 6 la Ordinul nr.903 din 29.07.2019 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, prin care a fost aprobată *Instrucțiunea privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie*.

[36] Modelul de Plan Individual de Asistență a se vedea în: CHEIANU-ANDREI, D. *Psychosocial sector coordinated case management and referral in sexual and gender-based violence. Regional Standard Operating Procedures model for Central Asia*. UNFPA, 2022, p.39-41.

La elaborarea Planului Individual de Asistență pentru persoanele cu dizabilități, asistentul social trebuie să ia în considerare particularitățile dizabilității (deficiențe fizice, intelectuale, mentale, psihosociale, cognitive sau senzoriale etc.).

Implementarea Planului Individual de Asistență constă în transpunerea planului de intervenție în acțiuni și prestarea serviciilor sociale. Răspunsul la violența în familie implică o abordare holistică și coordonată menită să armonizeze și să coreleze programele și acțiunile dezvoltate și implementate de diverse instituții și actori. Într-o manieră intersectorială a managementului de caz, diferiți prestatori de servicii ar putea implementa o parte din acțiunile planului de asistență.

Asistenții sociali din comunitate ar trebui să devină manageri de caz și să coordoneze implementarea activităților din Planul Individual de Asistență. Funcția de coordonare este necesară atunci când serviciile de sprijin sunt oferite de doi sau mai mulți prestatori de servicii pentru a facilita accesul la servicii adecvate și eficiente. Coordonarea prestării serviciilor de asistență va încuraja implicarea judicioasă a profesioniștilor și a altor resurse necesare pentru realizarea tuturor acțiunilor de intervenție necesare. Acest lucru poate fi asigurat prin schimbul regulat de informații între prestatorii de servicii implicați în implementarea Planului Individual de Asistență.

Toți prestatorii de servicii care au contact direct cu victimele violenței în familie trebuie să cunoască principiile directoare și să le folosească în practică. A asculta cu atenție victimele și a le oferi informații complete și precise este responsabilitatea tuturor prestatorilor de servicii. Fiecare profesionist care întâlnește o victimă a violenței în familie trebuie să-i ofere sprijin psihosocial minim.

Succesul răspunsului la violența în familie este un efort pe termen lung, iar prestatorii de servicii pot evalua acest succes dintr-o perspectivă diferită. Este important fiecare pas care ajută victima să pună capăt situației de violență și să facă față traumei.

Serviciile sociale axate în mod special pe victimele violenței urmăresc asistarea femeilor și copiilor în recuperarea după violență, abilitarea acestora și prevenirea reapariției violenței și, în unele cazuri, lucrează cu o anumită parte a societății sau a comunității pentru a schimba atitudinea și percepțiile față de violență. Conform *Pachetului de servicii esențiale pentru femei și fete supuse violenței*, serviciile sociale esențiale pentru victimele violenței în bază de gen care pot face parte din intervenția de management al cazului, sunt: (i) Informațiile de criză; (ii) Consilierea în situație de criză/primul ajutor psihologic; (iii) Liniile telefonice de asistență; (iv) Adăpostul sigur; (v) Informarea juridică, inclusiv despre drepturi, consiliere și reprezentare,

precum și referirea spre serviciile juridice; (vi) Suportul și consilierea psihosocială; (vii) Alte servicii de suport (asistență materială și financiară; crearea, recuperarea, înlocuirea documentelor de identitate; suportul centrat pe femei; servicii pentru orice copil afectat de violență; informarea, promovarea educației și intervenției în comunitate; asistență pentru independența economică, recuperare și autonomie etc.).[37] Serviciile esențiale sociale sunt susținute de elemente fundamentale importante, incluzând: (i) referirea; (ii) evaluarea și managementul riscului; (iii) personal instruit în mod adecvat și dezvoltarea colaboratorilor; (iv) coordonarea și responsabilizarea sistemului.

Referirea

Sistemul de referire este un cadru instituțional care conectează diferite instituții/organizații, cu responsabilități bine definite și delimitate, într-o rețea de cooperare pentru a ajuta victimele violenței. Scopul procedurii de referire este de a răspunde la nevoile imediate și multiple ale victimei într-o modalitate care să asigure cel mai sigur și mai eficient mod de raportare și acordare a suportului pentru îngrijire și tratament. Astfel, în dependență de particularitățile cazului și consecințele suportate de victimă urmare a actelor de violență în familie, aceasta poate fi referită la următoarele autorități și prestatori de servicii: (i) poliție; (ii) instituții medico-sanitare; (iii) servicii medico-legale teritoriale; (iv) prestatori de servicii sociale specializate (centre de plasament, centre de zi etc.); (v) oficii teritoriale de asistență juridică garantată de stat; (vi) agenții teritoriale de ocupare a forței de muncă etc. Referirea constă într-o abordare coordonată a prestatorilor de servicii și a autorităților cu competențe în prevenirea și combaterea violenței. Aceștia trebuie să cunoască despre sistem și să poată activa referirile, fără a ține cont de faptul dacă sunt sau nu primul punct de contact pentru victimă. Un sistem de referire poate funcționa eficient dacă informațiile/detaliile despre instituții/organizații, prestatorii de servicii specializate și detaliile de contact sunt sistematizate și partajate între toate instituțiile/organizațiile relevante.

Referirea reprezintă un mecanism flexibil care ajută victimele să ajungă la serviciile care răspund nevoilor lor multiple și complexe. Nu există o cale unică pentru toate cazurile de violență în familie, acest mecanism trebuie adaptat pentru fiecare caz. Referirea se realizează pe baza consimțământului informat al victimei și este esențială pentru un răspuns intersectorial de

[37] *Pachetul serviciilor esențiale pentru femeile și fetele supuse violenței. Elemente de bază și instrucțiuni privind calitatea*. UN Women, UNFPA, WHO, UNDP, UNODC. Modulul 4, p.13-18.

calitate. Modalitățile de referire la nivel național, regional și local trebuie dezvoltate și actualizate în mod regulat pentru a facilita trimiterile în timp util și de calitate.

În procesul de referire asistentul social trebuie: (i) să se conducă de nevoile victimei; (ii) să ofere informații despre prestatorii de servicii (sectoriali și intersectoriali); (iii) să țină cont de alegerea victimei; (iv) să încurajeze autonomia victimei etc. Asistentul social trebuie să ofere informații complete și corecte despre prestatorii de servicii, respectând schema celor 3 întrebări:

CINE? – care instituție/organizație oferă servicii victimelor violenței în familie, informația de contact a persoanei (nume, număr de telefon) care poate fi contactată ca punct de intrare în serviciul respectiv;

CE? – ce fel de asistență ar putea primi din partea prestatorului de servicii, informații despre costurile legate de acest serviciu;

UNDE? – unde exact este localizat serviciul recomandat (adresa exactă).[38]

Subliniem că noua *Lege de ocupare a forței de muncă*[39] prevede, în articolul 23, categorii specifice de șomeri care necesită suport suplimentar pe piața forței de muncă. În aceste categorii se încadrează și victimele violenței în familie. Astfel, în cazul necesității de facilitare a integrării în câmpul muncii, victima urmează să fie referită către subdiviziunile teritoriale ale Agenției Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă în conformitate cu prevederile Circularei metodologice privind mecanismul de referire a beneficiarilor către Agențiile Teritoriale de Ocupare a Forței de Muncă[40] și cu Demersul de referire pentru șomeri care necesită suport suplimentar pe piața muncii.[41]

Monitorizarea

Asistentul social care este manager de caz trebuie să monitorizeze și să revizuiască Planul Individual de Asistență pentru a se asigura că victimele violenței în familie primesc ajutorul și serviciile de care au nevoie.

[38] Anexa 9 la Ordinul nr.903 din 29.07.2019 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, prin care a fost aprobată *Instrucțiunea privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie*.

[39] Legea cu privire la promovarea ocupării forței de muncă și asigurarea de șomaj, nr.105 din 14.07.2018. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2018, nr.295-308.

[40] Ordinul nr.12/1942 din 04.07.2019 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, prin care a fost aprobată *Circulara metodologică privind mecanismul de referire a beneficiarilor către Agențiile Teritoriale de Ocupare a Forței de Muncă*.

[41] Anexa 10 la Ordinul nr.903 din 29.07.2019 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, prin care a fost aprobată *Instrucțiunea privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie*.

Monitorizarea este o procedură de evaluare permanentă a cazului de violență. Periodicitatea monitorizării depinde de nivelul de risc stabilit. Astfel, în cazurile de risc ridicat, monitorizarea se efectuează în mod prioritar cu o regularitate sporită, în dependență de factorii de risc identificați (nu mai puțin de o dată în săptămână).

În timpul sesiunilor de monitorizare, asistenții sociali trebuie să evalueze schimbările în situația victimei, eficacitatea strategiilor de prevenire și combatere a violenței, rezultatele acțiunilor întreprinse de victimă, dificultățile apărute și acordarea ajutorului pentru a le rezolva etc. La această etapă, asistentul social trebuie: (i) să contacteze și să se întâlnească cu victima conform acordului stabilit; (ii) să discute despre serviciile accesate de victimă, provocările și să identifice noile nevoi care au apărut; (iii) să documenteze rezultatele Planului Individual de Asistență și să programeze o altă întâlnire, dacă este necesar; (iv) să reevalueze starea psihosocială; (v) să revizuiască Planul Individual de Asistență; (vi) să reevalueze Planul Individual de Siguranță; (vii) să obțină consimțământul pentru orice noi recomandări (dacă este necesar); (viii) să contacteze membrii echipelor multidisciplinare comunitare și/sau raionale care au tangență cu serviciile către care a fost referită victima violenței în familie. Perioada de monitorizare a cazului variază în funcție de rezultatul atingerii obiectivelor stabilite în Planul Individual de Asistență.

Închiderea cazului

Închiderea cazului reprezintă o procedură dependentă de mai mulți factori, în mod special de: (i) realizarea Planului Individual de Asistență; (ii) durata obținerii asistenței specializate necesare; (iii) decizia luată prin consultare cu specialistul responsabil de domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie; (iv) la solicitarea victimei care refuză colaborarea. La această etapă, asistentul social trebuie să documenteze închiderea cazului printr-un raport cu privire la progresul înregistrat și decizia de închidere a cazului[42]; să asigure păstrarea în siguranță a dosarului cazului închis.

Oferirea protecției și a unor servicii sociale de calitate victimelor violenței în familie constituie o componentă vitală a intervenției asistentului social. Serviciile sociale sunt critice pentru susținerea drepturilor, siguranței și bunăstării persoanelor care suferă de violență. Totodată, în cazurile de violență în familie o abordare multidisciplinară coordonată este importantă, deoarece este mai efectivă pentru asigurarea siguranței victimelor violenței

[42] Anexa 5 la Ordinul Ministerului Muncii, Protecției Sociale, Familiei și Copilului nr.71 din 03.10.2008.

și tragerea la răspundere a agresorilor, în comparație cu abordările sectoriale care intervin izolat. Coordonarea oferă beneficii pentru victime, dar și pentru instituțiile care oferă servicii victimelor violenței în familie și comunitățile din care acestea fac parte.



***Întrebări de recapitulare*:**

1. Prezentați diferențele conceptelor: „violență în bază de gen", „violență împotriva femeilor și fetelor", „violență în familie" „victimă", „supraviețuitoare".
2. Evaluați gradul de corespundere a contextului legal, instituțional și de politici în domeniul violenței în familie, în Republica Moldova, cu *Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie*.
3. Explicați particularitățile intervenției sectoriale și intersectoriale în cazurile de violență în familie.
4. Analizați principiile intervenției asistentului social în cazurile de violență în familie.
5. Analizați provocările/riscurile care pot apărea în procesul de identificare și asigurare a protecției și asistenței victimelor violenței în familie. Identificați acțiuni pentru înlăturarea fiecărui risc constatat.
6. Explicați punctele comune și cele diferite în intervenția în cazurile de violență a copiilor, violență a femeilor și violență a persoanelor cu dizabilități. Argumentați particularitățile managementului de caz pentru categoriile diferențiate.



***Sarcini de lucru individual*:**

1. Analizați un caz de violență în familie pe care îl cunoașteți din perspectiva:
   (i) tipurilor de violență în familie;
   (ii) chestionarului de evaluare a riscului;
   (iii) necesității de raportare;
   (iv) necesității de referire;
   (v) serviciilor necesare victimei/victimelor violenței în familie.
2. Pentru cazul de violență analizat:
   (i) efectuați înregistrarea în Registrul de evidență a cazurilor de violență în familie;
   (ii) elaborați Planul Individual de Siguranță;
   (iii) elaborați Planul Individual de Asistență.



Bibliografie selectivă:

1. *Prestarea serviciilor psihosociale, parte a răspunsului multisectorial în cazurile de violență în bază de gen. Proceduri Standard de operare*. România:UNFPA, EEIRH, 2015. ISBN 978-973-87875-9-9
2. *Pachetul serviciilor esențiale pentru femeile și fetele supuse violenței. Elemente de bază și instrucțiuni privind calitatea*. UN Women, UNFPA, WHO, UNDP, UNODC. Disponibil: https://www.undp.org/ro/moldova/publications/serviciile-esen%C8%9Biale-pentru-femeile-%C8%99i-fetele-supuse-violen%C8%9Bei [Accesat: 02.06.2022]
3. *Raportul de estimare a costurilor violenței în familie și a violenței împotriva femeilor în Moldova*. WHO, ADC, Un Women. Chișinău, 2016. Disponibil: https://moldova.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Moldova/Attachments/Publications/2016/Raport%20Costing%20of%20Violence%20-%20RO.pdf [Accesat: 01.05.2022]
4. BUZDUCEA, D. (coord.), *Asistența socială a grupurilor de risc*. Iași: Polirom, 2010. ISBN 978-973-46-0277-3
5. CHEIANU-ANDREI, D. *Psychosocial sector coordinated case management and referral in sexual and gender-based violence. Regional Standard Operating Procedures model for Central Asia*. UNFPA, EEIRH, 2022.
6. CHEIANU-ANDREI, D. BAYRAM, N. *Asigurarea accesului victimelor violenței sexuale la protecție legală și socială adecvată*. La Strada, SocioPolis, 2015. Disponibil: https://sociopolis.md/asigurarea-accesului-victimelor-violentei-sexuale-la-protectia-legala-si-sociala-adecvata-in-republica-moldova [Accesat: 03.06.2022]
7. PEREVOZNIC, I. *Monitorizarea proceselor de judecată pe cauze de violență în familie, violență sexuală și trafic de ființe umane*. Chișinău: Bons Offices, 2018. ISBN 978-9975-87-420-5
8. *Global status report on violence preventon 2014*. WHO, 2014. ISBN 978-92-4-156479-3. Disponibil: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793 [Accesat: 01.06.2022]
9. *Raportul pentru anul 2020 cu privire la violența în familie și violența față de femei*. MSMPS. Chișinău, 2021. Disponibil: https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2021/04/Raport-2020-privind-violen%C8%9Ba-%C3%AEn-familie-%C8%99i-fa%C8%9B%C4%83-de-femei.pdf [Accesat: 01.06.2022]
10. Convenția ONU asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei din 18.12.1979. În: Ediție specială „*Tratate internaționale*”,

1998, vol.1, p.114. (În vigoare pentru Republica Moldova din 31.07.1994). Disponibil: https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom19 [Accesat: 02.06.2022]
11. United Nations General Assembly resolution A/RES/48/104. *Declaration on the elimination of violence against women*. New York: United Nations; 1993. Disponibil: https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women [Accesat: 02.06.2022]
12. *Convenția privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și violenței domestice*, CETS, nr.210, 2011. Disponibil: https://rm.coe.int/168046253e [Accesat: 03.06.2022]
13. Rezoluția Adunării Generale nr.34/180. Disponibil: https://anes.gov.ro/wp-content/uploads/2018/07/Conventia-asupra-eliminarii-tuturor-formelor-de-discriminare-fata-de-femei-cedaw.pdf [Accesat: 03.06.2022]
14. Rezoluția Adunării Generale nr.44/25. Disponibil: https://www.unicef.org/moldova/rapoarte/conven%C5%A3ia-cu-privire-la-drepturile-copilului-0 [Accesat: 03.06.2022]
15. Rezoluția Adunării Generale nr.48/104. Disponibil: https://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/femm/re/791/791135/791135ro.pdf [Accesat: 03.06.2022]
16. Raportul celei de-a patra Conferințe Mondiale cu privire la femei, Beijing, 4-15 septembrie 1995 (publicație ONU, nr.E.96.IV.13), capitolul I, rezoluția 1, anexa I și anexa II. Disponibil: https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:348E:0011:0014:RO:PDF [Accesat: 03.06.2022]
17. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. A/RES/70/1 Disponibil: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf [Accesat: 04.06.2022]
18. Report of the 57 session of Commission of the Status of Women. E/2013/27. Disponibil: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N13/277/44/PDF/N1327744.pdf?OpenElement [Accesat: 04.06.2022]
19. Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie, nr.45 din 01.03.2007. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2008, nr.55-56.
20. Legea cu privire la promovarea ocupării forței de muncă și asigurarea de șomaj, nr.105 din 14.07.2018. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2018, nr.295-308.
21. Legea pentru modificarea unor acte normative, nr.113 din 09.09.2020. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2020, nr.199-204.
22. Legea cu privire la ratificarea Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței

în familie, nr.144 din 14.10.2021. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2021, nr.256-260.
23. Hotărârea Guvernului nr.228 din 28.03.2014 cu privire la aprobarea Regulamentului de activitate a echipelor multidisciplinare teritoriale din cadrul Sistemului național de referire. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2014, nr.80-85.
24. Hotărârea Guvernului nr.270 din 08.04.2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2014, nr.92-98.
25. Hotărârea Guvernului nr.281 din 03.04.2018 cu privire la aprobarea Strategiei naționale de prevenire și combatere a violenței față de femei și a violenței în familie pe anii 2018-2023 și a Planului de acțiuni pentru anii 2018-2020 privind implementarea acesteia. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2018, nr.121-125.
26. Ordinul nr.71 din 03.10.2008 al Ministerului Muncii, Protecției Sociale, Familiei și Copilului privind *Raportul cu privire la progresul înregistrat și decizia de închidere a cazului*.
27. Ordinul nr.53 din 16.01.2019 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale privind aprobarea Formularului statistic anual „Violența în familie".
28. Ordinul nr.12/1942 din 04.07.2019 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, prin care a fost aprobată *Circulara metodologică privind mecanismul de referire a beneficiarilor către Agențiile Teritoriale de Ocupare a Forței de Muncă*.
29. Ordinul nr.903 din 29.07.2019 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale privind aprobarea *Instrucțiunii privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie*.
30. Ordinul comun a 5 instituții cu responsabilități în domeniul dat: Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Sănătății, Ministerul Justiției și Consiliul Național pentru Asistență Juridică Garantată de Stat privind aprobarea la 25.05.2022 a *Instrucțiunii privind mecanismul de cooperare intersectorială în cazurile de violență în familie*.

CAPITOLUL V.

ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR CU RISC SUICIDAR

***Conținuturi*:**

1. **Suicid, parasuicid, eutanasie: precizări conceptuale**
2. **Caracteristicile suicidului: funcții, mijloace de realizare, etape şi faze**
3. **Riscul suicidar. Tipologia factorilor de risc suicidar**
4. **Metodologii de evaluare a riscului suicidar**
5. **Terapia persoanelor cu risc suicidar**



***Obiective de referință*:**

– să identifice caracteristicile, funcțiile și specificul mijloacelor de realizare a suicidului;
– să analizeze diferite etape și faze de declanșare a comportamentului suicidar;
– să facă distincție și să caracterizeze factorii de risc suicidar;
– să descrie etapele terapiei persoanelor cu risc suicidar în funcţie de psihopatologie și de vârstă;
– să caracterizeze specificul prevenţiei, intervenţiei în criză şi al postvenţiei comportamentului suicidar.

***Competențe*:**

- înțelegerea specificului activității profesionale a asistentului social în domeniul comportamentului suicidar;
- cunoașterea diferitor abordări, metode și programe de asistență a persoanelor cu risc suicidar;
- aplicarea în activități practice la nivel individual și de grup a metodelor și tehnicilor de asistență socială a persoanelor cu risc suicidar.

***Termeni-cheie*:** *suicid*, *parasuicid*, *eutanasie*, *autoagresiune*, *comportament suicidar*, *proces suicidar*, *risc suicidar*, *evaluarea riscului suicidar*, *terapia persoanelor cu risc suicidar*, *prevenţie*, *intervenţie în criză*, *postvenţie*.

5.1. Suicid, parasuicid, eutanasie: precizări conceptuale

Definiția suicidului nu este fixă și unanim acceptată într-o formă dată, fie din cauza aspectelor culturale, stigmatizării sociale sau a interferențelor religioase, fie din cauza dificultăților operaționale și logistice pentru a determina și raporta cauza unui deces. Postmortem persoana nu poate depune mărturie pentru adevărata intenție și pentru acțiunea sa, așa că de cele mai multe ori are loc un proces de deducție și interpretare de către terți, ceea ce nu întotdeauna este fiabil.

Suicidul este cel mai impresionat act din întreaga manifestare umană cu urmări nefaste. În acest sens, este destul de complicată definirea însăşi a conceptului de suicid. În accepţiunea sa generală, suicidul semnifică dorinţa persoanei de a nu mai trăi ziua de mâine. Sociologul francez E. Durkheim definea fenomenul suicidului astfel: „Termenul de suicid este aplicat oricărui caz, în care moartea rezultă direct sau indirect dintr-un act pozitiv sau negativ făcut de victima însăşi, care ştie că respectivul act îi va produce moartea”.[1] Însă această definiţie nu este suficient de cuprinzătoare, deoarece nu diferenţiază două tipuri absolut diferite de moarte. Nu pot fi atribuite unei şi aceleiaşi categorii şi nu pot fi examinate din acelaşi punct de vedere moartea unui om, care suferă de halucinaţii şi care sare de la ultimul etaj, crezând că se află la nivelul pământului, şi moartea unui om sănătos psihic, care se sinucide în mod absolut conştient. Esenţial este faptul că omul sănătos psihic nu mai preţuieşte viaţa, ceea ce înseamnă că această atitudine este determinată de *ceva*. Şi acest „*ceva*” se află nu doar în interiorul lui, ci în preajma, în exteriorul lui; prin urmare, şi în preajma noastră. Astfel, suicidul este un act social ce vizează nu doar individul care îl comite, ci societatea în întregime şi trebuie examinat din acest punct de vedere. Suicidul este actul de autodistrugere globală,

[1] DURKHEIM, E. *Despre sinucidere*. Iaşi, 1993.

de suprimare bruscă a propriei vieţi în mod intenţionat, voit şi conştient. Aşa deci, actul suicidar este actul prin care un individ caută să se autodistrugă fizic, cu intenţia mai mult sau mai puţin autentică de a-şi pierde viaţa.

Cercetătorul american J.D. Douglas a relevat prezenţa a şase criterii în definirea corectă a suicidului[2]:

1) iniţierea actului;
2) actul, care duce la moarte;
3) dorinţa / intenţia de autodistrugere;
4) pierderea voinţei;
5) motivaţia de a muri;
6) conştiinţa potenţialului fatal al actului.

O definiţie simplă prezintă ediţia din 1973 a Enciclopediei Britanice: „Suicidul este actul intenţionat, realizat de către fiinţa umană în vederea încetării existenţei sale". În definiţia adoptată de OMS se precizează: „Suicidul este actul prin care un individ caută să se autodistrugă fizic, cu intenţia mai mult sau mai puţin autentică de a-şi pierde viaţa, fiind conştient mai mult sau mai puţin de motivele sale".

Astfel, putem conchide că suicidul este actul de autoprivaţiune conştientă de viaţă a individului. La o analiză minuţioasă a acestei dereglări sociale, constatăm că suicidul poate interfera cu accidentele şi cu omorurile. Aceste trei tipuri de privaţiune de viaţă a omului au simptome similare şi se raportează la moartea violentă. De exemplu, nu poate fi considerată suicid autoprivaţiunea de viaţă a unui individ aflat în stare de inconştienţă. Nu este suicid nici moartea cauzată de lipsa de atenţie a victimei. Sunt situaţii când individul comite anumite acţiuni autoagresive ce demonstrează suicidul, prevăzând posibilitatea morţii, dar nu are intenţii să moară, sperând că va rămâne viu. Aceste acte constituie aşa-numitul tip de suicide „demonstrative". Dacă în asemenea cazuri se înregistrează caz letal, faptul urmează să fie interpretat nu drept suicid, ci ca pierdere a vieţii din lipsă de precauţie în situaţii specifice. Toate aceste aspecte urmează să fie luate în considerare de statisticienii care duc evidenţa şi clasifică cazurile de moarte violentă.

În practica medico-legală suicidul implică două tipuri de probleme de diagnostic diferenţial:

1) ***Diagnosticul diferenţial între crimă şi suicid.*** În favoarea suicidului pledează:

– locul leziunilor: pentru folosirea cuţitului este mai frecvent aleasă regiunea precordială sau gâtul, pentru armele de foc este ţintit capul, cu preponderenţă regiunea temporală dreaptă sau urechea, de către dreptaci;

[2] DOUGLAS, J.D. (ed.). *Understanding eueryday life. Towuard the reconstruction of sociological knowledge*. London, 1973, p.57-79.

– absenţa leziunilor de violenţă externă, mai ales în absenţa echimozelor. Se caută leziuni de violenţă şi de luptă în zonele de agresiune (gât, craniu, zone genitale) sau de apărare (antebraţ, încheieturi);
– cicatricile unor tentative anterioare de suicid;
– starea îmbrăcămintei (cel mai frecvent ordonată, în caz de suicid);
– acte sau scrisori disperate, dar nu foarte explicite, mărturia anturajului, conjunctura defavorabilă în care se afla sinucigaşul;
– metoda folosită: spânzurarea este cea mai puţin bănuită de ascunderea unei crime, căci în practică este foarte dificil de a agăţa un corp la o înălţime fără a provoca echimoze. În schimb, strangularea este aproape întotdeauna o crimă. Imersia, înecul cadavrului, este practicată destul de frecvent, pentru a ascunde crima în spatele supoziţiei de suicid.

2) ***Diagnosticul diferenţial între suicid şi accident.*** Accidentele de vânătoare creează uneori astfel de probleme, în momentul în care se presupune şi o descărcare întâmplătoare a armei de foc. În aceste cazuri anchetarea aparţinătorilor constituie o veritabilă „autopsie psihologică", intenţionalitatea morţii fiind deseori discutabilă. Psihanaliştii au descris în acest sens desenele subintenţionale sau echivalentele suicidare.

În discuţia privitoare la terminologia comportamentul autodistructiv se ridică problema definirii tentativelor de suicid. În 1970 Norman Kreitman în monografia „*Parasuicide*" a introdus termenul *parasuicid*.[3] Prin parasuicid înţelegem „orice lezare non-fatală sau ingerare de substanţe în exces sau chiar de medicamente prescrise, în exces". Din calcul se exclude intoxicaţia acută cu alcool.

Introducerea termenului „*parasuicid*" restrânge la maximum aria termenului „tentativă de suicid", acesta rămânând rezervat unor cazuri extrem de rare. Se presupune că un episod parasuicidar serveşte la desemnarea unui individ ce prezintă mecanisme reduse de inhibiţie a autoagresiunii, fiind astfel capabil să acţioneze în sensul oricăror impulsuri suicidare care pot surveni. Se cunoaşte că parasuicidarii care ajung să comită suicid sunt persoane care au acumulat un număr mare de episoade parasuicidare înainte de moarte, deşi ocazional acestea au o evoluţie clară de severitate crescândă. Un studiu comparativ al suicidului şi parasuicidului, după Kreitman, este prezentat în Tabelul 5.1.

Suntem obişnuiţi cu termenii: *viaţa*, *a trăi*, *moarte*, pe care îi folosim curent, dându-le sensul lor de bază. Aceşti termeni devin astăzi din ce în ce mai greu de definit exact, mai ales atunci când decizia asupra vieţii şi morţii este luată de către oameni. În acest context, problema *eutanasiei* ridică multe întrebări, la care deseori este greu de răspuns, mai ales dacă acest răspuns trebuie să ţină cont în acelaşi timp de considerente morale, sociale, religioase şi economice.

[3] KREITMAN, N. *Parasuicide*. London, 1977.

Asemenea realităţi tragice, apărute frecvent în practica medicală, au dus la definirea eutanasiei. Eutanasia este o metodă de provocare de către medic a unei morţi precoce, nedureroase, unui bolnav incurabil, pentru a-i curma o suferinţă grea și prelungită. Termenul provine din grecescul *euthanasia* (*eu*: bine, *thanatas*: moarte) care semnifică „moarte uşoară”. Eutanasia este de două feluri: *activă* și *pasivă*. Eutanasia *activă* se face la cererea pacientului muribund sau a persoanei care îl reprezintă legal. Ea implică o acţiune deliberată care produce moartea. Eutanasia *pasivă* se manifestă prin abţinerea de la a face anumite gesturi terapeutice care ar putea preveni moartea imediată sau ar prelungi viaţa celui aflat în suferinţă.

Tabelul 5.1.

Caracteristicile suicidului şi ale parasuicidului (după Kreitman)

Criterii	Parasuicid	Suicid
Incidenţa	de 20-30 de ori mai frecvent crescut în ultimii 20 de ani	Rate relativ stabile
Variaţii sezoniere	Neconcludente	Crescute în aprilie, mai
Vârsta	Tineri > Bătrâni	Bătrâni > Tineri
Sex	Femei > Bărbaţi	Bărbaţi > Femei
Clase sociale	Joasă > Medie > Înaltă	Înaltă > Joasă > Medie
Stare maritală	Crescut la divorţaţi şi solitari	Crescut la divorţaţi, văduvi, solitari
Izolare	Neasociată	Asociată
Urban / Rural	Crescut în oraşe, asociat cu sărăcia	Crescut în oraşe, asociat cu dezorganizarea socială
Metode	Aproape toţi folosesc medicamente benzodiazepine şi analgetice	Autootrăvire cu barbiturice, metode violente
Boli mintale	Mai puţin directă asociaţie cu depresia	Strânsă legătură cu depresia
Alcool	Asociaţie	Asociaţie
Personalitate	Sociopatie	Sociopatie, ciclotimie

Sursa: D. Cosman. *Sinuciderea*. *Studiu în perspectivă biopsihosocială*. Cluj-Napoca, 1999, p.26.

În diferitele etape de dezvoltare a civilizaţiei eutanasia a fost acceptată legal şi moral în forme variate. În Grecia și în Roma antică existau situaţii când era permis să ajuţi pe cineva să moară. Scriitorul grec Plutarh menţionează că, în Sparta, pruncuciderea era practicată asupra copiilor care nu erau suficient de „sănătoşi şi viguroşi”. Pe de altă parte, atât Socrate, cât şi Platon au sancţionat

eutanasia, deşi în Atena magiștrii vremii păstrau o rezervă de otravă pentru oricine dorea să moară. Ei spuneau: „Dacă viaţa a fost odioasă cu tine, mai bine să mori; dacă ai fost distrus de soartă, mai bine să bei otravă". Eutanasia voluntară la cei vârstnici a fost un obicei aprobat la mai multe civilizaţii antice.

Impunerea Bisericii pe plan social a făcut ca eutanasia să fie oficial interzisă. Creştinismul, iudaismul şi islamismul consideră, fiecare în felul său, viaţa ca fiind sacră, condamnând eutanasia sub orice formă. Urmând principiile tradiţionale religioase, legislaţia multor ţări consideră şi astăzi actul de a ajuta pe cineva să moară drept omucidere supusă sancţiunii penale. Chiar şi eutanasia pasivă a fost de multe ori condamnată. Ea însă a existat, nedeclarat, chiar şi acolo unde a fost declarată ilegală. Este frecvent întâlnită, de altfel, externarea unor bolnavi la cererea familiei sau la sugestia medicilor, atunci când starea acestor bolnavi este considerată deasupra posibilităţilor actuale de tratament, situaţie care este amiabilă pentru ambele părţi:

– *familie* – pentru că evită complicaţiile şi cheltuielile presupuse de autopsie, transport, formalităţi de natură administrativă;

– *asistenţa medicală* – pentru că reduce cheltuielile, eliberează un pat de spital şi nu alterează indicii statistici ai spitalului prin creşterea mortalităţii.

În anii '30 al secolului al XX-lea au apărut mai multe organizaţii care au susţinut legalizarea eutanasiei. În SUA în 1938 a apărut *Euthanasia Society of America*, organizaţie care considera că „ţinând cont de precauţiile necesare, poate fi legal a permite bolnavilor incurabili să aleagă imediat să moară decât să trăiască în agonie". În 1979, societatea EXIT din Marea Britanie a publicat primul ghid cu „prescripţii în vederea sinuciderii", în care erau prezentate date, detalii privitoare la modalităţile de sinucidere. El a fost urmat de o altă carte, intitulată „*Lasă-mă să mor înainte de a mă trezi*". Aceste organizaţii au câştigat un anumit suport de la o parte a opiniei publice, dar nu au fost în stare să se impună în întreaga lume. În ultimele decenii, legile contra eutanasiei pasive şi voluntare au devenit mai permisive, dar au rămas încă multiple întrebări de ordin moral și legal.

În SUA există o adevărată mişcare *pro-eutanasie*, care promovează dreptul de a muri „cu demnitate" și care a primit o încurajare considerabilă prin includerea în legislaţia unor state (California din 1982, Washington din 1981, Oregon din 1994) a recunoaşterii dreptului legal al unei persoane de a lua singură „decizia de a trăi". Aceasta permite împuternicirea medicului curant să nu efectueze niciun act medical care ar prelungi viaţa unui bolnav aflat într-un stadiu terminal de evoluţie a unei boli incurabile. În 1989, prestigioasa revistă medicală *New England Journal of Medicine* afirmă că „nu este imoral pentru un medic de a asista într-un mod raţional sinuciderea unui bolnav aflat în stadiul terminal al unei boli incurabile". În Olanda, ţară în care eutanasia este legiferată

din 1985, anual au loc în jur de 5000 de cazuri de eutanasie activă. Ea este făcută în următoarele condiţii:

– pacientul este conştient şi îşi dă acordul liber, explicit şi repetat;

– atât pacientul, cât şi medicul sunt de acord împreună că suferinţa este extrem de greu tolerabilă;

– alte posibilităţi terapeutice au fost epuizate;

– există acordul unui alt medic, complet neimplicat în acel caz;

– există o decizie judecătorească individuală dată în acest scop.

Însă procedura completă este destul de complicată şi necesită mult timp pentru a se putea finaliza. De aceea, aici ca şi în alte părţi se întâlneşte aşa-numitul „*hrivate killing"*, o eutanasie activă discretă în care cauza oficială a decesului este stopul respirator. El este însă determinat de o doză masivă de narcotice, care, evident, nu este declarată şi care creează impresia unei morţi naturale.

Există şi o altă latură a problemei în cauză. Progresele rapide pe care le face medicina, îndeosebi în transplantele de organe, pot conduce la abuzuri în ceea ce priveşte eutanasia, ştiut fiind faptul că marea majoritate a organelor transplantate sunt recoltate de la bolnavi consideraţi fără nicio şansă de supravieţuire, al căror creier este complet mort (fapt demonstrat prin criterii de stabilire a morţii creierului bine standardizate), dar la care activitatea celorlalte organe este menţinută artificial, prin mijloace medicale a căror întrerupere duce imediat la moartea biologică propriu-zisă. Interesul nedeclarat al celor care recoltează organele pentru transplantare este evident – acela de a avea cât mai mulţi donatori. Cu toate acestea, cel de la care s-a recoltat un organ pentru transplantare „trăieşte" într-un anumit fel în corpul celuilalt, are păstrată propria lui zestre genetică şi ajută un alt om să trăiască. Noile definiţii ale morţii, privite din punct de vedere medical şi legal, precum şi responsabilităţile medicale, încearcă să lămurească această nouă realitate. Majoritatea ţărilor au acceptat noţiunea de *moarte cerebrală* punctul în care cei mai importanţi centri nervoşi nu mai funcţionează – moment în care este sau poate deveni „legală" oprirea, cu permisiunea familiei, a unui aparat care menţine viaţa. În 1985, în SUA s-au adoptat aşa-numitele *Drepturi ale Bolnavului în Stadiul Terminal*. Acestea îi permit să opteze pentru eutanasie pasivă, dacă ia această hotărâre liber şi este informat de consecinţe. Controversele legate de eutanasia activă rămân încă deschise, datorită activităţii mişcărilor religioase şi a multor aparţinători ai profesiei medicale.

Un mare filozof şi medic al culturii iudaice, Maimonides (1135-1204), pe care contemporanii săi l-au supranumit „al doilea Moise" a scris: „*O persoană care este pe moarte trebuie să fie privită cu respectul ce i se cuvine unei persoane care este în viaţă*". Argumentele care vin în favoarea eutanasiei trebuie filtrate prin prisma următoarelor întrebări:

Dreptul de a alege trebuie respectat mai mult decât viaţa însăşi?

Cât este de obiectivă alegerea pacientului?

Nu este ea influenţată de faptul că el ar vrea să trăiască, dar ştie că va muri?

Teama de moarte este mai mare sau mai mică decât teama de suferinţă, de durere?

Este moartea un loc de evadare sau un loc de „parcare"?

Moartea este cel mai privat aspect al vieţii. Intimitatea ei este din ce în ce mai mult violată. Tehnologia medicală de astăzi a adus nu doar beneficii pacienţilor, dar şi schimbări etice, legale şi religioase, a creat dileme pentru bolnavi, pentru familiile acestora şi pentru personalul medical. La întrebarea: Este eutanasia o ultimă soluţie? , unicul răspuns este: Categoric, nu!

5.2. Caracteristicile suicidului: funcţii, mijloace de realizare, etape şi faze

Din multitudinea de aspecte ale suicidului în literatura de specialitate sunt prezentate 10 trăsături comune tuturor categoriilor de persoane luate în studiu pentru comiterea actului autolitic[4]:

1) *Scopul comun al suicidului este de a căuta o soluţie*. Suicidul nu este un act întâmplător, lipsit de scop. Suicidul are o logică intrinsecă. Prin el omul caută o cale de rezolvare a unei probleme, a unei dileme, a unei dificultăţi, a unei stări de criză. Comportamentul autodistructiv este un răspuns la întrebarea: „Cum să scap de această stare insuportabilă?". Îngustarea spectrului răspunsurilor posibile conduce spre această unică variantă;

2) *Rezultatul comun al suicidului este încetarea conştiinţei*. În mod ambivalent suicigaşul evoluează spre ţinte diferite în acelaşi timp. Pe de o parte, el doreşte rezolvarea problemei sale, dar concomitent tinde spre stoparea fluxului conştiinţei;

3) *Stimulul comun în suicid este durerea psihologică intolerabilă*. În mod normal, fiecare individ are tendinţa de a evita durerea, fie fizică, fie psihologică. Duşmanul vieţii este durerea, şi când ea nu provine din Soma, ci din Psyche, durerea psihologică devine o „metadurere", adică durerea de a resimţi durerea;

4) *Stresorul comun în suicid este reprezentat de nevoile psihologice frustrate*. Fiecare suicigaş îşi consideră comportamentul suicidar ca fiind foarte logic, derivat din condiţionarea impusă de motivaţia subiacentă. Omul care se sinucide întrucât viaţa sa a luat pe un drum greşit nu acţionează pentru că îi este ameninţată existenţa biologică, ci el este împins de o quasimotivaţie, alimentată de nevoia psihologică simbolică a omului de a fi şi de a rămâne semnificativ;

5) *Sentimentul comun în suicid este de neajutorare – disperare*. Spre deosebire de începuturile vieţii, când prevalează stimularea, generată de curiozitate şi descoperire, vârsta adultă aduce după sine necesitatea găsirii unor soluţii de

[4] COSMAN, D. *Sinuciderea. Studiu în perspectivă biopsihosocială*. Cluj-Napoca, 1999, p.39-45.

viaţă, încărcate de responsabilitate. Apariţia sentimentului de neajutorare derivă din povara prea mare cu care această responsabilitate încarcă persoana în cauză. Formularea comună a acestui sentiment ar fi: „Nu pot să fac nimic, şi nu găsesc pe nimeni care să mă ajute”;

6) *Atitudinea interioară comună în suicid este ambivalenţa*. Freud spunea: „Noi putem concomitent să dorim şi să respingem un lucru”. Prototipul suicidului este acela în care individul îşi taie venele şi în acelaşi timp strigă după ajutor. Persoana suicigaşului reuneşte în sine cele două tendinţe: cea de autodistrugere şi cea de planificare a salvării;

7) *Statusul cognitiv comun în suicid este constricţia*. Suicidul poate fi înţeles şi ca o îngustare a afectului şi a cogniţiei. Se produce o „tunelizare”, o focalizare a spectrului de opţiuni disponibile în conştiinţa individului, atâta timp cât gândirea lui nu este captată de prăpastia dihotomică a rezolvării problemelor după lozinca: „Totul sau nimic!”;

8) *Acţiunea comună în suicid este evadarea*. Agresiunea este părăsirea intenţionată de către o persoană a unei situaţii stresante, care are o semnificaţie diferită de fugă, aceasta fiind o reacţie de apărare. Suicidul este agresiunea finală, stoparea funcţionării realului pentru persoana în cauză;

9) *Actul interpersonal comun este comunicarea intenţiei*. La aproape toate cazurile de deces prin suicid, „autopsia psihologică” a semnalat prezenţa indiciilor clare ale actelor ce urmau să se petreacă. Ambivalenţa suicigaşului îl determină să emită, conştient sau inconştient, semnale de disperare, de neajutorare, de panică etc.;

10) *Aspectul comun de consecvenţă în suicid este reprezentat de tiparele de reacţie habituale ale individului*. Comportamentul suicidar este în continuitatea trăsăturilor de personalitate ale suicigaşului. Se regăseşte la acest grup aceeaşi constanţă a inabilităţii rezolvării problemelor de viaţă, a obiceiurilor de a reacţiona la stres într-un mod distorsionat.

Caracterul controversat al fenomenului suicidar a ţesut în jurul său o adevărată „mitologie”. Aceasta s-a datorat nu doar naturii emoţionale, care caracterizează subiectul, dar şi faptului că din mai multe puncte de vedere cercetările de suicidologie sunt încă într-o fază de tatonare. Chiar şi în comunitatea ştiinţifică se întâlnesc frecvent multe idei bazate mai mult pe opinia publică, decât pe realităţile psihologice sau sociale. Aceste idei au perpetuat o serie de prejudecăţi referitoare la suicigaşi, influenţând negativ procesul de identificare şi prevenire a comportamentului suicidar. Dacă pentru public astfel de „mituri” sunt interesante, pentru specialiştii în domeniu ele sunt periculoase:

1) *Persoana care vrea să comită suicidul nu vorbeşte despre el*. Actul autodistructiv nu se produce imprevizibil. Numeroase studii au înregistrat, în medie, la 8 din 10 suicigaşi anunţul anterior al intenţiei suicidare, în termeni deosebit de precişi;

2) *Ameliorarea simptomatologiei după trecerea „crizei" semnifică anularea riscului suicidar*. Constatarea faptică a creşterii dramatice a proporţiei suicidelor după terminarea curei cu psihotrope sau psihoterapie generează o undă de pesimism terapeutic, care impune specialiştilor o atitudine de maximă circumspecţie chiar şi atunci când pericolul ar fi trecut;

3) *Sinucigaşii au acelaşi nivel de stres în viaţă ca şi non-suicigaşii*. Studiile recente au evidenţiat prezenţa stresurilor severe, ca fiind mai frecvente în viaţa persoanelor care au comis suicid;

4) *Suicidul este o trăsătură moştenită*. Niciun rezultat al cercetărilor genetice nu confirmă această părere, destul de des vehiculată în public;

5) *Dacă cineva a supravieţuit tentativei de suicid*, *semnificaţia acesteia a fost manipulată anturajului*. Este o reacţie des întâlnită faţă de parasuicid, având la bază ideea că persoana care doreşte cu adevărat să se omoare găseşte calea adecvată să o şi facă. În realitate, în spatele comportamentului suicidar se ascund o multitudine de motivaţii: autopedepsirea, strigătul după ajutor, manifestarea durerii sau ostilităţii;

6) *Nu este bine să i se amintească celui ce a făcut o tentativă despre problema suicidului*. Datorită ambivalenţei persoanei cu intenţii suicidare, oscilând între ascunderea intenţiei şi dorinţa de a fi salvată, abordarea directă a acestui subiect în cursul psihoterapiei este binevenită;

7) *Persoana care a uzat de o metodă „blândă" în parasuicid nu are risc suicidar crescut*. Este eronat a se confunda letalitatea cu intenţionalitatea suicidului, căci o leziune fizică minoră nu este identică cu lipsa dorinţei de a muri. Mulţi oameni au o înţelegere greşită sau sofisticată a propriului corp, a capacităţii de a suporta dozele de medicamente sau alte substanţe, astfel că intenţia persoanei interferează cu o serie de variabile aleatorii;

8) *Împărţirea strictă a celor ce au avut un parasuicid în două categorii*: *persoane cu intenţie serioasă de a muri şi persoane manipulatoare*. Practica demonstrează că cel ce a făcut una sau mai multe tentative de suicid prezintă dorinţe contradictorii referitoare la viitorul său. Chiar şi depresivii, cu delir micromanic păstrează în adâncul sufletului dorinţa de a fi salvaţi.

Finalitatea suicidului are ca scop punerea în evidenţă a intenţionalităţii gestului autoagresiv. În acest context evidenţiem următoarele **funcţii ale suicidului**[5]:

– *Funcţia „suicid"*. Intenţia autolitică, deşi întotdeauna prezentă, apare uneori într-un mod ascuns. Din această cauză unii autori nu recunosc drept tentativă de suicid „adevărată", decât pe aceea la care intenţia autoagresivă este clar exprimată;

– *Funcţia hetero-agresivă*. Cercetările psihanalitice au constatat faptul că actul suicidar implică o agresivitate îndreptată împotriva cuiva:

[5] COSMAN, D. *Sinuciderea. Studiu în perspectivă biopsihosocială*. Cluj-Napoca, 1999, p.53-56.

răzbunarea, dorinţa de a crea neplăceri persoanei care reprezintă obiectul agresiunii, atragerea reprobării celorlalţi asupra acestei persoane, provocarea de remuşcări. Sintagma: „Mie moartea, ţie doliul" exprimă acest amalgam de hetero- şi autoagresivitate;

– *Funcţia de apel* este cea mai importantă pentru parasuicid. Suicigaşul se simte incapabil de a face faţă singur unei situaţii percepute ca fiind de nesuportat. Frecvenţa acestei funcţii de apel a determinat crearea anumitor organizaţii care se ocupă cu prelucrarea mesajelor telefonice ale celor ce lansează un „cry for help". Noţiunea de apel atrage atenţia asupra unei trăsături de demonstrativitate din personalitatea acestor indivizi, care destul de des fac parte din categoria personalităţilor de tip histrionic;

– *Funcţia ordalică*. Ritualul ordalic din antichitate constă dintr-o încercare-test, la care individul era supus sau se supunea singur de bunăvoie în faţa comunităţii şi a cărui rezultat era considerat ca o judecată din partea zeilor. La fel, anumiţi suicigaşi se puneau în asemenea condiţii, încât gestul lor putea fi mortal sau nu, potrivit intervenţiei sau neintervenţiei unor factori aleatori;

– *Funcţia catastrofică*. Tentativa de suicid se poate prezenta şi ca o reacţie dezadaptată, necontrolată, exprimând o deznădejde, o stare de panică în faţa unei situaţii intolerabile. Astfel de manifestări fac parte din categoria „reacţiilor catastrofice" de tip „scurt-circuit", fiind o reacţie imprevizibilă atât pentru individ, cât şi pentru cei din familie. Actul nu are nici scop, nici finalitate, nici intenţionalitate. După tentativa de suicid comisă printr-un astfel de mecanism nu se înregistrează diminuarea tensiunii emoţionale;

– *Funcţia şantaj* intervine frecvent în cazurile de tentativă de suicid. Individul caută, în mod conştient sau inconştient, un beneficiu secundar consecutiv actului său, formulând gratificaţia dorită în cazul renunţării la actul fatal. Această funcţie este apropiată de funcţia apel şi se întâlneşte frecvent în parasuicid feminin;

– *Funcţia de fugă* exprimă neputinţa individului de a face faţă unui pericol, unei ameninţări, unei situaţii insuportabile. Individul alege moartea în locul înfruntării situaţiei psihotraumatizante, semnificând o fugă din faţa propriului *Eu*;

– *Funcţia ludică*. În orice agresiune există o tentă de joc, de pariu cu moartea. Întrecerea cu moartea poate părea unora deosebit de provocatoare. Mai există şi un aspect de dezvăluire a forţelor „obscure", care pot susţine individul în efortul de a-şi continua viaţa.

Dintre cele opt funcţii descrise, cele mai importante sunt: funcţia de fugă, de apel, de şantaj. În concordanţă cu aceste trei funcţii majore sunt evidenţiate trei categorii tipologice ale indivizilor cu un comportament suicidar:

– indivizii caracterizaţi printr-o mare autoagresivitate, mecanism care se exprimă prin funcţia de fugă a suicidului;

– indivizii a căror agresivitate este orientată spre exterior, gestul autolitic având la bază funcţia şantaj;

– indivizii „apelanţi", care sunt în acelaşi timp atât autoagresivi, cât şi heteroagresivi.

Referindu-ne la **mijloacele de realizare a autoagresiunii**, vom menţiona că acestea se împart în trei categorii[6]:

– ***procedee traumatice***: arme albe (cuţite, lame etc.), arme de foc (revolver, puşcă, exploziv), precipitare (defenestrare, plonjare), zdrobire (tren, automobil), ardere, caustice (sodă, acizi etc.);

– ***procedee asfixice***: spânzurare, strangulare, sufocare, înec, vapori de carbon, gaz, electrocutare;

– ***procedee toxice***: otrăvuri (săruri arsenicale, stricnină, cianuri, beladonă etc.), produse medicamentoase (barbiturice, tranchilizante etc.).

Există diferenţe culturale în privinţa preferinţei în alegerea mijloacelor de autoagresiune. Spre exemplu, în Franţa o treime din suicide se efectuează prin spânzurare, un sfert – prin înec şi o cincime – prin arme de foc. În schimb, în ţările nordice (Suedia, Norvegia, Danemarca) a fost remarcată raritatea înecului. China domină prin frecvenţa intoxicaţiilor cu opiu şi săruri de arsenic. În Japonia suicidul tradiţional – *hara kiri* – tot mai des este înlocuit de folosirea armelor de foc. Există şi variaţii sezoniere în folosirea cu preponderenţă a unei metode anume: iarna – intoxicaţiile, vara – înecul. În unele ţări s-au înregistrat chiar diferenţieri regionale. Determinismul geografic indică un număr crescut de suicide în localităţile mari faţă de cele mici şi mai frecvent în regiunile de şes decât în cele de munte.

În privinţa spaţiului ales pentru executarea actului distructiv, statisticile arată că 44% se realizează la domiciliu, urmând locurile publice frecventate, la hotel sau la locul de muncă etc. Literatura de specialitate remarcă rolul complex pe care îl deţin evenimentele politice, sociale şi economice în determinismul fenomenului suicidar. Uneori sinucigaşii care suferă de o boală somatică folosesc procedee care ating regiunea în care se presupune că este localizată boala: lovituri de cuţit în abdomen, în caz de dureri – în sfera digestivă, în caz de cefalee – glonţ în cap.

Alegerea mijlocului de autoagresiune depinde de numeroşi factori. Imitaţia, fie că este un exemplu citit, auzit sau observat nemijlocit, joacă un rol important. De asemenea, şi facilitarea execuţiei actului poate fi imitativă, deşi de obicei cei mai mulţi utilizează ceea ce este disponibil imediat, ceea ce este uşor de procurat. Dar, mai există şi modalităţi de suicid foarte neobişnuite, cum ar fi: folosirea dinamitei, prin autoaprindere, pătrunderea în cuşca unor animale feroce din grădina zoologică etc.

[6] COSMAN, D. *Sinuciderea*. *Studiu în perspectivă biopsihosocială*. Cluj-Napoca, 1999, p.31-36.

Tentativele de suicid au o serie întreagă de trăsături specifice în ceea ce priveşte tehnicile de autoagresiune folosite şi circumstanţele de desfăşurare a gestului autolitic. Tehnicile sunt la fel de diferite ca în suicid. Se impune totuşi faptul că un sfert din cazuri folosesc mijloace medicamentoase, utilizate în marea majoritate a cazurilor de către femei. În cazul adolescentelor proporţia este şi mai mare. Medicamentele cel mai frecvent folosite sunt barbituricele, singure sau asociate, tranchilizantele, neurolepticele, hipnoticele nebarbiturice, antialgicele, ganglioplegicele etc. Pe primul loc în cadrul mijloacelor fizice şi chimice se situează oxidul de carbon, uneori asociat şi cu un tranchilizant, apoi urmează imersiunea. Mai puţin reprezentative sunt metodele agresive fizice (ex.: venesecţia, spânzurarea, armele de foc, defenestrarea) sau cele chimice (ex.: cianura). Cel mai frecvent, metodele sunt asociate: barbiturice cu alte tipuri de medicamente şi chiar cu oxid de carbon sau cu alcool. Cu toate acestea, decesul nu se produce, întrucât de cele mai multe ori riscul real al mijlocului folosit nu este cunoscut pe deplin de către subiect. Pe de altă parte, progresele reanimării moderne reuşesc să combată şi cei mai periculoşi agenţi agresori, folosiţi cu intenţia de provocare a decesului.

Circumstanţele sau factorii declanşatori joacă un rol de precipitare a gestului autolitic. Aceştia sunt reprezentaţi fie de fapte obiective deosebit de traumatizante pentru viaţa subiectului, fie, din contra, de întâmplări derizorii, departe de a fi proporţionale cu gravitatea gestului pe care îl declanşează. La o investigaţie mai prelungită se poate evidenţia faptul că factorul invocat în prima instanţă „acoperă" o motivaţie mult mai profundă şi mai puţin circumstanţială. Aceşti factori declanşatori servesc adesea drept raţionalizări de care se foloseşte subiectul pentru a da o explicaţie cât de cât satisfăcătoare gestului său. Printre aceştia sunt citaţi: doliul cert, graviditatea nedorită sau nelegitimă, ameninţările politice etc. „Patologia locativă" joacă un rol deloc neglijabil: mutare recentă sau viitoare, ameninţarea cu evacuarea, spaţiu insuficient, supraaglomerat. Frecvent, tentativa de suicid este declanşată de o ceartă cu un colocatar: părinte, proprietar, vecin. Conflictele intrafamiliale, în special certurile între soţi, declanşează tentativa de suicid, ca expresie a unor discordii conjugale cronice. La celibatari un conflict sentimental are un răsunet puternic, declanşând gestul suicidar ca o răzbunare.

Ora aleasă pentru tentativa de suicid are particularităţile sale. În mai multe cazuri sunt alese orele după amiază şi seara. Tentativele de suicid frecvente în timpul weekend-ului sau de sărbători tradiţionale au fost

explicate de sociologi prin contrastul cu atmosfera de *loisir*, care adânceşte şi mai mult sentimentele de frustrare şi de izolare socială pe care le resimte sinucigaşul. Se mai impune şi analiza tentativei de suicid din punctul de vedere al posibilităţii / probabilităţii de descoperire a subiectului în timp util. Este un factor important în aprecierea ulterioară a sincerităţii gestului, deci a gradului de intenţionalitate şi letalitate a autoagresiunii.

În literatura de specialitate sunt prezentate următoarele **etape ale procesului suicidar**[7]:

– ***Trecerea de la idee la act.*** Această etapă depinde de procesele *de favorizare*, *de inhibiţie sau de derivare*. *Favorizarea* se produce prin sumarea unor evenimente de viaţă psihotraumatizante, prin convergenţa stărilor psihopatologice cu factorii de stres, prin contrastul cu bucuria celorlalţi, prin rolul emoţional al unor aniversări etc. *Inhibiţia* trecerii la realizarea actului suicidar poate fi datorată unor convingeri morale sau religioase, prin autocontrol, prin eşecul unei tentative anterioare. *Derivarea* se obţine prin proiectarea agresiunii pe altă persoană sau prin investiţia energiei pulsionale în opere de binefacere, creaţii artistice, ştiinţifice, sociale;

– ***Procesul defensiv*** conferă suicidului valoarea unei reacţii de apărare a individului în raport cu situaţia vitală, psihologică sau socială în care se află. Într-o formă mai particulară, dorinţa de moarte este o reacţie de apărare şi de răzbunare hipercompensatoare a unui sentiment de inferioritate;

– ***Procesul punitiv*** corespunde unui sentiment de vinovăţie şi unei conduite de ispăşire. În acelaşi timp şi judecător şi acuzat, suicigaşul se supune unor imperative morale şi sociale. Procesul poate fi subconştient, corespunzând unei conduite nevrotice de eşec;

– ***Procesul agresiv*** poate ocupa primul plan. În opinia psihanaliştilor (Freud, Stenkel), suicidul este echivalentul subconştient al morţii altcuiva, printr-o identificare cu „obiectul" şi reîntoarcerea agresivităţii asupra propriei persoane;

– ***Procesul oblativ*** determină la suicigaş un ritual de sacrificiu. Se spune că oblativitatea aparţine fie celor slabi, fie celor puternici;

– ***Procesul ludic*** este determinat de jocul cu propria viaţă. O conştiinţă ludică („Jocul cu moartea") se observă mai ales la copii şi adolescenţi;

– ***Dominaţia instinctului morţii*** contrazice instinctului de conservare. Scăderea elanului vital, abolirea instinctului de conservare sub influenţa proceselor psihopatologice sunt explicaţiile cele mai des întâlnite.

[7] COSMAN, D. *Compendiu de suicidologie*. Ediţia a II-a adăugită. Cluj-Napoca, 2008, p.26.

Fazele suicidului

Suicidologia evidenţiază în evoluţia suicidului trei faze distincte şi obligatorii[8]:

1) Suicidaţia este faza de incubaţie, faza mintală de cercetare a motivaţiei, în cursul căreia subiectul îşi pune problema morţii şi a necesităţii de a muri. Această fază este declanşată de una sau mai multe cauze, spre exemplu, de ordin patologic, şi anume: dificultăţi de adaptare socială, slăbirea sau accentuarea coeziunii grupului social. Cauzele acestea determină pe plan intrapsihic formarea unei atitudini motivaţionale corespunzătoare pregătirii actului suicidar;

2) Suicidarea este o fază de trecere de la imaginile abstracte, conflictuale la etapa pregătirilor succesive concrete prin căutarea formelor şi metodelor de conduită autodistructivă. Această fază este influenţată de anumite circumstanţe, care depind de individ sau de întreaga societate:

– *psihopatologice* (etilism cronic, narcomanii, psihopatii, stări reactive etc.);

– *somatogene* (malformaţii congenitale, infirmităţi, boli somatice grave, incurabile etc.);

– *sociogene* (prozelitismul, conflictele social-juridice, sociopatiile etc.).

În cursul acestei faze asistăm la o creştere progresivă a stării de tensiune intrapsihică, care „explodează" sub forma unei reacţii psihogene, moment în care individul adoptă „decizia" înfăptuirii suicidului. Altfel spus, este momentul „exploziei autodistructive";

3) Traumatizaţia este faza de punere în practică a modalităţilor autodistructive preconcepute, urmate sau nu de reuşită, adică de moarte. În această etapă a conduitei suicidare sunt importante metodele folosite şi efectul lor. Efectele pot fi psihopatologice (suicidul realizat, tentativa de suicid, şantajul suicidar) şi sociale (suicidul egoist, altruist, fatalist, anomic).

5.3. Riscul suicidar. Tipologia factorilor de risc suicidar

Riscul suicidar este definit ca o stare care apare atât la persoane sănătoase, cât şi la cele bolnave, caracterizată prin îngustare dinamică progresivă, înhibare a heteroagresiunii, refugiu într-o lume imaginară. O serie de autori evidenţiază următorii factori de risc suicidar[9]:

Factorii biologici

Până în prezent cercetările asupra suicidului s-au axat în mare măsură asupra problemelor psihologice şi sociale ca cauze ale comportamentului autolitic. Factorii biologici au fost foarte rar consideraţi ca având vreo importanţă. Recent,

[8] COSMAN, D. *Compendiu de suicidologie*. Ediţia a II-a adăugită. Cluj-Napoca, 2008, p.20.

[9] COSMAN, D. *Sinuciderea*. *Studiu în perspectivă biopsihosocială*. Cluj-Napoca, 1999, p.63-82.

unele direcţii de studiu au sugerat corelaţia posibilă între comportamentul autolitic şi factorii biologici, şi anume:

• *Rolul serotoninei*. În încercarea de a găsi corelaţii clinice între concentraţia scăzută de acid 5-hidroxiindolacetic (5-HIAA) în LCR la pacienţii depresivi, Asberg și colaboratorii au descoperit o evidentă incidenţă a tentativelor de suicid în subgrupul cu 5-HIAA scăzut: 40%. Mai mult, în cazul acestui subgrup tentativele au avut un caracter mult mai categoric, dovedind o preferinţă pentru metodele violente comparativ cu cele din subgrupul cu 5-HIAA normal, care au preferat intoxicaţia medicamentoasă;

• *Rolul dopaminei*. Concentraţia metabolitului dopaminei, acidul homovanilic (HVA) în LCR este redusă în depresie într-o măsură chiar mai mare decât concentraţia 5-HIAA, de care, de fapt, este legat. Dar totuşi, încă nu se cunoaşte dacă aceşti doi metaboliţi sunt corelaţi datorită mecanismului de transport comun sau datorită unor conexiuni funcţionale între aminele lor precursoare;

• *Suicidul şi axul hipotalamo-hipofizo-adrenal*. În 1965 Bunney şi Fawcett au raportat că pacienţii care intenţionau în mod serios să se sinucidă aveau o înaltă excreţie a metaboliţilor cortizolului înainte de actul respectiv. În studiile ulterioare s-a demonstrat relaţia între concentraţiile sangvine mari ale cortizolului şi suicidul realizat.

Factorii genetici

Ipotezele ce sugerează influenţa factorului genetic au fost destul de rar propuse şi inadecvat examinate. Deşi au fost cunoscute şi prezentate în literatura de specialitate cazurile familiilor cu o înaltă rată a suicidului, acest fapt a fost explicat pe baza aspectelor culturale şi psihologice ale acestor familii, fără a se invoca factorul genetic. Specialiştii în domeniu au observat un risc semnificativ mai mare de comportament suicidar în familiile pacienţilor care au comis suicid decât la rudele celor care nu au avut astfel de antecedente. Astfel, reiese că există un factor genetic ce favorizează suicidul şi care operează independent sau adiţional faţă de depresie sau alte psihoze majore. Este o posibilitate interesantă ca predispoziţia genetică spre suicid să reprezinte o tendinţă spre un comportament impulsiv, în care suicidul să reprezinte o primă modalitate de manifestare. Nu se poate neglija posibilitatea ca factorul genetic din cadrul suicidului să fie reprezentat de o incapacitate de a controla comportamentul impulsiv, în timp ce depresia şi alte boli psihice, precum şi mediul înconjurător, servesc ca mecanisme ce potenţează acest comportament, acţionând ca un „trigger” al său şi direcţionându-l spre o acţiune suicidară.

Factorii psihologici

Până în prezent nu s-a putut defini o constituţie „suicidogenă” specială. Toate variaţiile trăsăturilor de personalitate se întâlnesc în rândul sinucigaşilor, şi anume: emotivitatea, impulsivitatea, labilitatea, dominanţa afectivităţii, balanţa înclină în favoarea comportamentului suicidar.

Factorii sociali

Familia. Cercetările empirice au constatat că frecvenţa suicidului este mai mare la celibatari decât la căsătoriţi, la văduvi faţă de cei căsătoriţi şi mai mare la persoanele căsătorite fără copii decât la cele cu copii. S-au raportat corelaţii semnificative între suicid şi rata divorţurilor în diverse ţări şi în diferite regiuni ale aceleiaşi ţări.

Profesia. Profesia intervine în măsura în care ea implică un anumit nivel intelectual, precum şi un anumit mod de viaţă. Astfel, în Anglia se produc mai multe suicide în clasele superioare şi medii decât în cele inferioare. În SUA există o rată foarte ridicată a suicidului în rândul medicilor: 38,5 la 100.000 de locuitori faţă de 13-16 la 100.000, cât reprezintă rata pentru populaţia generală. Alte studii arată că la militari rata suicidului este cu cel puţin 25% mai ridicată decât la civili.

Evenimentele din viaţă. Cercetătorii americani Holmes şi Rahe au publicat în 1964 lista celor mai importante evenimente din viaţă, ordonându-le după gradul de afectare prin stres a vieţii persoanei, cu care a interferat evenimentul. Autorii au cuantificat fiecare eveniment din viaţă cuprins în această scală, astfel că au reuşit să calculeze impactul cumulativ al mai multor evenimente ce survin într-o perioadă bine determinată de timp (un an). Astfel, dacă doar un eveniment negativ intervine pe parcursul unui an, efectul acestuia este cu mult mai redus decât dacă două evenimente de aceeaşi magnitudine survin în acelaşi an. Valorile acordate evenimentelor din viaţă, sub formă de puncte, au primit denumirea de *Life Change Units* (LCU's). Scala Holmes şi Rahe (*Social Readjustement Rating Scale – SRRS*) permite calcularea valorii stresului determinat de evenimentele din viaţă din ultimele 12 sau 24 de luni.

Scala Holmes & Rahe (*Social Readjustement Rating Scale – SRRS*)

Nr. d/o	Evenimentul din viaţă	Valoarea convenţională
1	**2**	**3**
1.	Moartea partenerului	100
2.	Divorţul	73
3.	Separarea conjugală	65
4.	Detenţia	63
5.	Moartea unui membru de familie	63
6.	Afectarea personală / boală	53
7.	Căsătoria	50
8.	Concedierea de la locul de muncă	47
9.	Reconcilierea conjugală	45
10.	Pensionarea	45

1	2	3
11.	Schimbarea/înrăutățirea stării de sănătate a unui membru al familiei	44
12.	Sarcina	40
13.	Dificultăţi sexuale	39
14.	Apariţia unui nou membru în familie	39
15.	Schimbări în afaceri	39
16.	Schimbare în statusul financiar	38
17.	Moartea unui prieten apropiat	37
18.	Schimbarea locului de muncă	36
19.	Frecvente contradicţii cu partenerul	35
20.	Datorii mari (peste 10.000 USD)	31
21.	Schimbarea responsabilităţilor la serviciu	30
22	Părăsirea căminului de către unul dintre copii	29
23	Probleme cu familia partenerului	29
24.	Împlinire personală deosebită	28
25.	Intrarea sau ieşirea din serviciu a soţiei (soţului)	26
26.	Începutul sau absolvirea şcolii	26
27.	Schimbări în condiţiile de viaţă	25
28	Revizuirea obiceiurilor personale	24
29.	Probleme cu şeful	23
30.	Schimbări în orarul sau condiţiile de lucru	20
31.	Schimbarea reşedinţei	20
32.	Schimbarea şcolii	20
33.	Schimbări în modul de recreare	19
34.	Schimbări în cadrul activităţilor religioase	19
35.	Schimbări în cadrul activităţilor sociale	18
36.	Datorii sub 10.000 USD	17
37.	Schimbări în ritmul somn-veghe	16
38.	Schimbări în numărul membrilor menajului	15
39.	Schimbări în obiceiurile alimentare	15
40.	Vacanţă	13
41.	Crăciunul	12
42.	Violări minore ale legii	11

Scorurile cuprinse între 150 și 199 puncte LCU's sunt considerate că reprezintă o „criză uşoară de viaţă". Scorurile situate între 200 și 299 puncte LCU′s denumesc „criza moderată de viaţă", iar scorurile mai mari

de 300 de puncte LCU's arată că persoana trăieşte un mare stres, definit ca „criza majoră de viaţă".

Stresul. Stresul este un răspuns specific, pe care îl elaborează organismul la oricare dintre solicitările nespecifice. Stresul nu este impus doar de solicitări externe, ci poate fi generat şi din interior de către speranţe, aspiraţii, temeri şi credinţe. Indiferent de situaţie, când solicitarea la care este supusă fiinţa umană îi depăşeşte resursele acesteia de „coping", de învingere cu succes a situaţiei-problemă, persoana se simte copleşită şi recunoaşte că nu are suficiente resurse pentru a depăşi situaţia stresantă. În general, echilibrul rezultat din interacţiunea a patru componente, şi anume: solicitări exterioare, nevoi şi valori interioare, resurse proprii de „coping", resurse de sprijin extern, determină dacă o anumită situaţie va fi stresantă sau nu. Odată ce o situaţie a fost considerată ca solicitantă sau frustrantă, va antrena un răspuns psihologic comprehensiv, care are componente cognitive, emoţionale, somatice şi comportamentale. Astfel, definiţia stresului este extrem de complexă, ea depinzând de răspunsul individual al fiecărei persoane faţă de infinitatea de întâmplări / evenimente potenţiale cu care se poate întâlni în decursul vieţii sale.

Cercetătorul C. Patel împarte stresurile în trei categorii după domeniile vieţii în care acestea se manifestă:

1. Stres domestic:

– familie cu un singur părinte, divorţ, lipsă de comunicare între soţi, dificultăţi sexuale între parteneri, infidelitate, gelozie iraţională, soţ (soţie) alcoolic sau dependent de toxice, separare prelungită, boală gravă sau cronică a unuia dintre parteneri, diferenţe de valori şi de priorităţi;

– copil / copii: bolnavi, cu tulburări de comportament, cu handicap, cu performanţe şcolare foarte slabe, copil / copii vitregi, timp insuficient pentru educarea copiilor, graviditate neplanificată;

– conflicte intergeneraţionale;

– probleme financiare repetate;

– rude cu pretenţii nerezonabile / coabitarea cu rude;

– vecini dificili etc.

2. Stres ocupaţional:

– recompense inadecvate (salarii scăzute, perspective slabe), frecvente schimburi de noapte, muncă fără sens, multă muncă în unitatea de timp, schimbări în muncă, cerând noi abilităţi, puţin timp pentru efectuarea unui lucru de calitate, puţine ocazii de a învăţa lucruri noi, prea multe şedinţe, colegi de muncă incompetenţi;

– conducere autocratică, şef cu stil dur de comunicare, deficienţă în conducere pe timp de criză, subordonări multiple, descriere imprecisă a responsabilităţilor şi a procesului de muncă, situaţii conflictuale cu şeful, situaţii conflictuale cu colegii;

– lipsă de intimitate;

– clienţi ostili;

– factori de mediu (toxice, frig, temperatură ridicată) etc.

3. Stresuri economice, politice, sociale, culturale:

– inflaţie, şomaj, sărăcie;

– greve;

– dictatură, revoluţie, mişcări de stradă;

– violarea drepturilor omului;

– discriminare rasială şi a minorităţilor;

– război sau ameninţarea unui război;

– influenţa mass-media etc.

Stresurile din ultima grupă menţionată joacă un rol complex în viaţa indivizilor. Statistica a demonstrat că revoluţiile nu modifică cu nimic proporţia suicidelor, în schimb războaiele determină o descreştere notabilă a ratei suicidelor în toate timpurile.

5.4. Metodologii de evaluare a riscului suicidar

Asistenţa pacienţilor cu un risc suicidar potenţial necesită o mulţime de informaţii din domenii extrem de variate. Şcoala americană de psihoterapie, sub conducerea lui Aaron Beck, a dezvoltat un model de decizie care integrează şi formalizează treptele unei judecăţi raţionale în ceea ce priveşte riscul suicidar pentru fiecare subiect în individualitatea sa. Adaptând şi completând acest model de decizie, organizând algoritmul de aplicare a acestuia asupra persoanelor cu risc suicidar, vom prezenta un algoritm cu 7 etape care se parcurg în secvenţe bine precizate, în următoarea ordine:

– informaţii demografice;

– indicatorii clinici;

– evaluarea iniţială;

– evaluarea directă a riscului suicidar;

– determinarea nivelului de risc;

– determinarea iminenţei comportamentului autoagresiv (predicţia periculozităţii);

– introducerea strategilor de tratament.

Descrierea treptelor de decizie în abordarea unui subiect cu probabilitatea de declanşare a unui comportament suicidar

Informaţii demografice

Vârsta, sexul, rasa, starea civilă, mediul de viaţă sunt consideraţi factori relevanţi pentru determinarea grupei de risc suicidar în care poate fi încadrat subiectul. Totuşi, aceste informaţii sunt destul de vagi, întrucât marchează doar în termeni generali dacă subiectul se încadrează într-o grupă cu risc crescut sau cu risc scăzut (a se vedea *Tabelul 5.2.*).

Tabelul 5.2.

Indicatorii demografici ai riscului suicidar

		Nivel de risc	
		Scăzut	**Crescut**
Sex	Bărbaţi		+
	Femei	+	
Vârsta	Bărbaţi 0 – 45	+	
	> 45		+
	Femei 0 – 34	+	
	> 66		
	35 – 45		+
Starea civilă	Căsătoriţi	+	
	Celibatari, divorţaţi, văduvi		+
Mediul de viaţă	Familie + prieteni	+	
	Izolare		+
Mediul de proveniență	Rural	+	
	Urban		+
Încadrarea în câmpul muncii	Angajat	+	
	Şomer		+

În concluzie: variabilele demografice au o utilitate practică destul de restrânsă în depistarea precoce a riscului suicidar în cazul unui individ anume. Sexul sau rasa individului nu se schimbă pe durata vieţii, de aceea acest tip de informaţii nu furnizează datele necesare judecării iminenţei comportamentului autoagresiv. Totuşi, aceste informaţii de bază se regăsesc în toate statisticile mondiale şi îşi dovedesc utilitatea în predicţia pe termen lung.

Indicatorii clinici

În cursul dialogului cu persoana presupusă a dori să comită suicidul se aplică o matrice de întrebări, care investighează indicatorii istorico-situaţionali și psihologici.

a) ***indicatorii istorico-situaţionali*** (a se vedea *Tabelul 5.3.*)

– *Funcţionarea zilnică*: un individ cu activităţi zilnice bine organizate, capabil să menţină relaţii adecvate socioprofesionale şi familiale, prezintă un risc suicidar scăzut în comparaţie cu o altă persoană, a cărei activitate este instabilă, inadecvată, dezorganizată şi care are capacităţi şi resurse scăzute în ceea ce priveşte integrarea socială;

– *Stilul de viaţă*: un stil de viaţă stabil este conceput în următorii termeni: ocupaţie stabilă, relaţii constante cu un grup de prieteni şi de rudenii, scopuri şi sensuri personale şi familiale bine conturate;

– *Abilităţi şi resurse de adaptare* (*„coping ability”*): o persoană care este capabilă să facă faţă la diferitele schimbări pe care viața i le-a scos în cale se situează pe o poziţie de risc suicidar scăzut. Ea şi-a dovedit prin propria experienţă de viaţă că este în stare să depăşească singură dificultăţile şi dramele unei situaţii existenţiale neplăcute. Această persoană, care a trecut cu bine de o criză, dobândește abilităţi superioare de a face faţă altor situaţii de criză;

– *Istoric medical*: subiecţii care din punct de vedere fizic sunt sănătoşi prezintă un risc suicidar scăzut decât persoanele care sunt nevoite să lupte cu o boală cronică sau incurabilă (în special pacienţii cu cancer, cu SIDA sau cei care sunt HIV pozitivi se situează pe un nivel de risc deosebit de crescut) (Marzuk);

– *Istoric psihiatric*: un individ cu un istoric încărcat cu tulburări psihiatrice va prezenta un risc suicidar crescut. Toţi autorii indică cel mai ridicat risc suicidar la persoanele care au fost diagnosticate cu tulburări afective, schizofrenie, alcoolism, tulburări de personalitate;

– *Istoric suicidar în familie*: subiecţii cu un istoric familial încărcat din acest punct de vedere îşi modelează imaginaţia după exemplele anterioare încă din cei mai fragezi ani ai copilăriei, în acest fel crescând probabilitatea ca un alt membru al acestei familii să recurgă la suicid sau parasuicid;

– *Tentativa de sinucidere anterioară*: dacă o persoană a prezentat un comportament autoagresiv cel puţin o dată, riscul de deces prin suicid se situează la 10-15% pentru toată durata vieţii (Murphy, 1985; Kreitman, 1982), 1-2% dintre cei cu tentativă de sinucidere reuşesc să se omoare în decursul anului următor parasuicidului.

Tabelul 5.3.

Factorii istorico-situaţionali de risc suicidar

	scăzut	**moderat**	**crescut**
1	**2**	**3**	**4**
1. Funcţionarea zilnică	În general bună în toate activităţile	Destul de bună	Denivelarea randamentului
2. Stilul de viaţă	Stabil	Câteva schimbări	Instabil
3. Stilul de „coping”	Resurse adecvate	Resurse medii	Modalităţi inadecvate
4. Suport social	Multiple relaţii cu persoanele din jur	Puţine relaţii	Relaţie singulară sau izolare
5. Istoric medical	Sănătos	Probleme moderate	Boala cronică
6. Istoric psihiatric	Absent	Tratament anterior	Necooperant la tratament
7. Istoric familial de sinucidere	Absent	Comportament parasuicidar	Comportament suicidar
8. Parasuicid anterior	Absent	Una / mai multe tentative	Parasuicid cu letalitate

b) ***indicatorii psihologici***

Aceşti indicatori vor fi prezentaţi într-o ordine crescătoare a riscului suicidar sau a importanţei pentru un comportament autoagresiv iminent, astfel că prezenţa unui cumul de 2-3 factori de la începutul listei este mai puţin importantă decât prezenţa unei scrisori sau a unor aranjamente finale în vederea decesului, situate la sfârşitul listei. Totuşi, experienţa clinicianului şi judecata sa de valoare sunt absolut necesare pentru includerea sau excluderea subiectului din grupul cu risc suicidar crescut:

– *Pierderi recente*. O persoană fără pierderi recente în viaţă se situează pe un nivel de risc suicidar scăzut, comparativ cu o persoană care se află în situaţia unei pierderi majore (moartea soţului/soţiei, a copilului, divorţ, pierderea angajamentului profesional). Pierderile recente aparţin evenimentelor legate de mediul înconjurător, dar ele determină o criză situaţională care schimbă sau diminuează resursele de coping ale persoanei;

– *Depresie-anxietate*. Trăirile subiective de disperare, panică, angoasă, disconfort psihic creează o motivaţie pentru persoanele sinucigaşe. Conform lui Murphy (1985), 80% dintre persoanele care au decedat prin suicid erau depresive în momentul comiterii actului;

– *Izolare*. Un individ care continuă să aibă contacte sociale ample şi repetate îşi menţine integrarea socială, acest lucru constituind un factor de scădere a riscului suicidar. Izolatul social se simte nesemnificativ pentru ceilalţi, iar în situaţia de criză îi lipseşte suportul social cu ajutorul căruia să-şi rezolve problemele imediate;

– *Ostilitate*. Persoanele cu un istoric anterior de ură şi ostilitate exprimată vis-à-vis de alte persoane, de mediul familial, profesional sau social sunt considerate de către Cull şi Gill, conform experienţei Centrului de Prevenţie din Los Angeles, ca persoane cu risc suicidar sever, acestea trebuind să fie luate în considerare într-o profilaxie imediată a suicidului;

– *Disperarea*. Persoanele care îşi exprimă lipsa de speranţă în legătură cu viitorul prezintă un risc suicidar crescut. Lipsa de speranţă (hopolessness) nu este sinonimă cu depresia, manifestându-se ca o percepţie pesimistă a viitorului şi ca o lipsă de curaj şi încredere pentru posibilitatea ca evenimentele viitoare să aducă schimbări benefice pentru propria existenţă (Beck, Brown şi Steer, 1989);

– *Dezorientare-dezorganizare*. Risc suicidar scăzut prezintă persoanele care îşi trăiesc viaţa conform principiului realităţii, fără distorsionarea sau denivelarea proceselor de raţionlizare. Din contra, persoanele care au dificultăţi de a menţine contactul cu realitatea şi prezintă tulburări ale proceselor gândirii (episoade psihotice, halucinaţii imperative) se situează în categoria acelora care pot prezenta un răspuns suicidar sau homicidar. De asemenea, posibilitatea raţionalizării situaţiei exestenţiale scade capacitatea de control şi evaluare a periculozităţii reale a evenimentului întâmplat. În această categorie se includ mai ales persoanele cu schizofrenie, tulburări mintale organice etc.;

– *Abuzul de alcool sau de substanţe psihoactive*. Adicţia faţă de alcool sau alte droguri scade controlul emoţional şi comportamental, ceea ce creează posibilităţi sporite de propensiune spre un act autolitic. Adiţional, dependenţa de alcool / droguri creează asocierea nefastă cu alte tipuri de frustrări, cum ar fi: pierderea locului de muncă, pierderea suportului familial, izolarea socială, lipsuri băneşti. Robins (1985) raportează că alcoolismul cronic asociat cu depresia face parte din cele două diagnostice psihiatrice care în mod predominant se găsesc în cazuistica deceselor prin sinucidere;

– *Modificări în evoluţia clinică*. Numeroşi autori au descris uimitoare îmbunătăţiri spontane în starea clinică a depresivilor, cu puţine zile sau ore înainte de comiterea actului fatal. Această schimbare pozitivă a fost explicată ulterior ca fiind datorată instalării calmului sufletesc în momentul suicidului. Această decizie rezolvă ambivalenţa şi disconfortul care există în stările de criză sau în tulburările depresive şi anxioase. De asemenea, un risc suicidar crescut se întâlneşte în faza terminală a unui episod depresiv major şi în momentul în care simptomatologia clinică a depresiei atinge intensitatea maximă (Kreitman, 1986);

– *Planificarea comportamentului suicidar*. Cuprinde decizia în ceea ce priveşte alegerea metodei, posibilitatea de aplicare a acesteia, alegerea timpului şi spaţiului pentru punerea în practică şi letalitatea generală a planului. De obicei, persoanele indecise în ceea ce priveşte metoda de autosuprimare, precum şi a timpului şi a spaţiului specific şi optim pentru a-şi duce la îndeplinire planul, se situează la un nivel de risc suicidar scăzut. Cu cât planul este mai specific, premeditat, iar metoda este la îndemâna subiectului, cu atât acea persoană are posibilitatea să realizeze suicidul;

– *Aranjamente finale*. Pregătirea sinuciderii se poate observa din împărţirea posesiunilor, realizarea testamentului sau, mai simplu, prin declanşarea dorinţelor ultime în scrisori, note, înscrisuri. Toate acestea impun luarea unor măsuri de urgenţă pentru împiedicarea declanşării comportamentului autoagresiv.

Acumulând informaţiile descrise anterior, starea persoanei atât din punct de vedre emoţional, cât şi clinic trebuie judecată în mod global şi sintetic. Motto (1979) menționa: „Numitorul comun al tuturor factorilor care generează suicidul este durerea psihică şi deoarece fiecare persoană experimentează întâmplarea de viaţă într-un mod unic, este necesar în primul rând să se determine „nivelul de durere" creat de eveniment, iar în mod secundar să se judece relaţia acestui nivel cu limita de toleranţă a individului în cauză, pentru că s-a observat că sinucigaş a devenit şi un individ cu stres moderat, pe când alte persoane nu au recurs la acest comportament chiar în prezenţa unui stres sever sau a unei tragedii personale".

Evaluarea iniţială

Bazaţi pe informaţiile demografice caracteristice treptei 1, combinate cu cunoştinţele despre caracteristicile istoriei de viaţă şi trăsăturile psihologice ale subiectului evaluat, specialistul ajunge la o primă decizie – aceea de a hotărî dacă se află în faţa unui individ cu risc suicidar potenţial sau nu, şi, drept consecinţă, dacă recomandă iniţierea unor măsuri profilactice. Dacă informaţiile demografice şi indicatorii clinici nu furnizează elemente de risc, atunci tratamentul sau măsurile preventive vizează alte arii de interes.

Din contră, dacă se sugerează riscul suicidar prin profilul demografic sau prin simptomele clinice şi istoricul de viaţă, atunci se trece la treapta următoare, cea a **evaluării directe a riscului suicidar**.

Evaluarea directă a riscului suicidar

În această treaptă am aplicat două metode: ***interviul direct*** şi ***aplicarea scalelor de autoapreciere*:**

Interviul direct este esenţial pentru un dialog direct cu persoana potenţial sinucigaşă. Discutarea posibilităţii unui comportament suicidar nu înseamnă

neapărat că subiectul va recurge la act. Din contra, de multe ori persoanele cu ideaţie suicidară se simt extrem de uşurate, dacă au ocazia să-şi împărtăşească gândurile disperate unei persoane specializate. Terapeutul trebuie să abordeze aceste probleme delicate într-o manieră empatică (neinvazivă) şi neîncriminatorie. Problema intenţionalităţii suicidului se pune cu tact şi tactică, în mod progresiv, de la situaţii/stări generale până la problemele specifice, chiar intime. În ultimă instanţă terapeutul trebuie, totuşi, să folosească întrebarea în mod direct, folosind cuvântul „sinucidere" sau „suicid" şi să nu uzeze de eufemisme ca: „sfârşitul de toate", „călătorie din urmă" etc. Se pare că nu este oportun ca termenul „sinucidere" să fie înlocuit cu exprimări poetice sau metaforice. Interviul direct poate fi efectuat atât ambulator, cât şi în condiţii de spitalizare.

Exemplu de interviu structurat pe probleme de risc suicidar:

1. Te-ai simţit vreodată depresiv mai multe zile în şir?
2. În acel interval, te-ai gândit să te omori?
3. Când au apărut aceste gânduri?
4. Ce te-ai gândit să-ţi produci?
5. Ai acţionat potrivit propriilor gânduri?
6. Cât de frecvent apar aceste gânduri?
7. Când ai avut ultima dată aceste gânduri?
8. Te-ai gândit să agresionezi şi pe altcineva?
9. Cât de des au apărut astfel de gânduri?
10. Ce te-ai gândit să-i faci celeilalte persoane?
11. Care ar fi beneficiul acţiunii tale pentru cealaltă persoană?
12. Când apar astfel de gânduri?
13. Mai recent, ce te-ai gândit să faci cu propria persoană?
14. Ai făcut careva paşi pe calea procurării de pilule, puşcă sau altele de acest fel?
15. Te-ai gândit când ai dori să o faci?
16. Te-ai gândit unde ai dori să o faci?
17. Te-ai gândit la efectul pe care l-ar produce moartea ta asupra familiei?
18. Te-ai gândit la efectul pe care l-ar produce moartea ta asupra prietenilor?
19. Eşti ambivalent în legătură cu acest plan. Care au fost gândurile care te-au reţinut să-ţi îndeplineşti planul?
20. În câteva cuvinte, care sunt concepţiile tale despre religie, sinucidere, Dumnezeu?
21. Care sunt opiniile tale despre responsabilitatea faţă de familie, copii?
22. Care este motivaţia ta pentru a rămâne în viaţă?
23. Ce fel de ajutor te-ar sprijini cel mai mult să faci faţă gândurilor şi planurilor tale?

24. Ţi-ai făcut planuri în legătură cu împărţirea bunurilor sau ai lăsat vreo notiţă în legătură cu aceste probleme?

25. Cum te simţi acum, discutând aceste probleme?

Astfel, parcurgând în mod progresiv nivelurile unui interviu structurat pe probleme de risc suicidar, se trece de la o categorie de întrebări generale la unele din ce în ce mai specifice, datele obţinute putând să furnizeze informaţii suficiente pentru încadrarea persoanei fie în grupa de risc demografic crescut, fie în cea cu risc demografic scăzut. În faza a doua, situaţia relevantă, din punct de vedere psihologic şi existenţial, a subiectului concentrează şi mai mult aria de investigaţie, astfel că se obţin date suficiente pentru încadrarea persoanei într-una dintre cele patru grupe de risc:

– niciun risc / risc minim;
– risc scăzut;
– risc moderat;
– risc crescut.

Interviul clinic aplicat direct de specialist investighează câmpul gândirii, obţinând informaţii despre ideația şi intenţionalitatea suicidară, precum şi despre planurile specifice de punere în practică a acestei ideaţii, inclusiv timpul şi spaţiul preconizat. Pe de altă parte, unele întrebări din interviu relevă raţiunea pacientului de a rămâne în viaţă, precum şi atitudinea acestuia în momentul în care i se oferă sprijin şi ajutor. Acest interviu direct al clinicianului trebuie neapărat să fie completat cu instrumente de autoevaluare (scale de autoevaluare), mai ales atunci când informaţiile iniţiale sunt ambigue şi au încadrat subiectul doar într-o grupă cu risc scăzut sau moderat, dar clinicianul sesizează posibilitatea încadrării lui într-o grupă cu risc crescut.

Aplicarea scalelor de autoapreciere

Cel mai des aplicate scale de autoapreciere sunt:

1. Inventarul de depresie Beck (BDI);
2. Scala disperării (Hopelessness Scale);
3. Scala de probabilitate a suicidului;
4. Interviul motivaţiei pentru viaţă (Reasons for Living Inventory).

Instrumentele de autoevaluare sunt utile pentru starea funcţiilor cognitive şi afective ale pacienţilor. De asemenea, sunt evidenţiaţi şi factorii direcţi de risc suicidar, cum ar fi: depresia, disperarea şi ostilitatea. Aceste instrumente nu pot fi aplicate de sine stătător, fără un interviu prealabil din partea clinicianului, care este singurul în măsură să judece specificitatea și convergenţa informaţiilor în ceea ce priveşte riscul suicidar. În anumite cazuri, autoevaluarea (*self report*-ul) poate fi administrată şi verbal (pacienţi în vârstă, cu deficienţe de vedere, neşcolarizaţi).

1. Inventarul de depresie Beck.[10] BDI a fost desemnat ca o scală de autoevaluare pentru a semnala prezenţa şi severitatea simptomelor depresive. Scala este formată din grupe de itemi care corespund caracteristicilor cognitive, motivaţionale şi afective ale depresiei. Inventarul posedă o bună corelaţie cu alte tipuri de aprecieri (măsurători ale depresiei), fiind aplicat la o mare varietate de populaţie. De asemenea, sensibilitatea inventarului merge până la sesizarea schimbărilor în simptomatologia depresiei în cursul şi după terminarea tratamentului.

Posibilitatea de cuantificare are ca limite scoruri cuprinse între 0 și 63 puncte. Astfel:

0 – 9 – stare normală
10 – 15 – depresie uşoară
16 – 23 – depresie moderată
24 – 60 – depresie severă.

Shaw și colab. sugerează următoarele interpretări ale scorului BDI după tratament:

0 – 9 – depresie în remisie
10 – 15 – remisie parţială
16 – 63 – simptome neinfluenţate de tratament.

BDI este foarte folositor în evaluarea clinică a simptomelor depresive care conduc spre un comportament suicidar.

2. Scala disperării (Hopelessness Scale) după Beck[11] este rezultatul cercetărilor extensive asupra corelaţiei depresie-sinucidere de către Beck, Kovacs, Weissman (1979). Disperarea (lipsa de speranţă) este un simptom care se întâlnește într-un mod caracteristic în cele două situaţii psihopatologice amintite. Beck chiar subliniază că acest simptom se corelează mai bine cu ideația suicidară decât cu depresia. Scala conţine 20 de itemi ai unei autoevaluări privind expectaţia propriei persoane în ceea ce priveşte viitorul și se foloseşte pentru a evalua aşteptările negative ale persoanei. Beck, Steer, Kovacs şi Garrison au efectuat un studiu în care au demonstrat că un scor de 9 sau mai mult indică cu o precizie de 91-94% suicidul eventual la pacienţii spitalizaţi.

Scorul total este interpretat în felul următor:

0 – 2 – fără sau cu disperare minimă
3 – 5 – disperare uşoară
6 – 8 – disperare modernă
9 – disperare severă.

Scala poate fi folosită ca o parte a evaluării iniţiale, dar, de asemenea, şi în cursul tratamentului pentru sesizarea diminuării riscului suicidar.

[10] COSMAN, D. *Sinuciderea*. *Studiu în perspectivă biopsihosocială*. Cluj-Napoca, 1999.
[11] *Ibidem.*

Corelaţia semnificativă între disperare şi ideaţia suicidară trebuie să fie luată în considerare de către clinician ca o dimensiune clinică specifică pentru evaluarea riscului suicidar.

3. Scala de probabilitate a suicidului[12] a fost compusă de Cull şi Gill în 1982, pentru a facilita predicţia comportamentului autoagresiv la adulţi şi adolescenţi. Scala constă din 36 de itemi, colectând 4 categorii de simptome: disperarea (12 itemi), ideaţia suicidară (12 itemi), autoevaluare negativă (9 itemi) şi ostilitate (7 itemi). Scorul total (t-score) obţinut din sumarea scorurilor furnizate de cele 4 subscale furnizează informaţii relevante pentru clinician în aplicarea unei metode eficiente de intervenţie în caz de risc. El se împarte astfel:

0 – 24 – risc subclinic
25 – 49 – risc scăzut
50 – 74 – risc moderat
75 – 100 – risc sever.

***4. Inventarul pentru motivaţia de viaţă* (*Reasons for Living Inventory*)**[13] dă posibilitate clinicianului să evalueze un aspect al ideaţiei suicidare care deseori este neluat în seamă. Investigând cogniția şi sistemul de credinţe şi valori ale pacientului, inventarul investighează raţiunile pentru care persoana consideră că ar merita să rămână în viaţă. Subiectul trebuie să completeze 48 de itemi, fiecare indicând câtă importanţă conţine pentru decizia subiectului de a nu se sinucide. Răspunsul la itemi este cotat de la 1 la 6, 1 reprezentând fără importanţă şi 6 foarte important. Acești itemi pot fi împărțiți în 6 categorii, după problematica abordată:

– supraviețuire şi coping (24 itemi);
– responsabilitate faţă de familie (7 itemi);
– preocupări legate de copii (3 itemi);
– frică de sinucidere (7 itemi);
– frică de dezaprobare socială (3 itemi);
– obiecţii morale legate de sinucidere (4 itemi).

Scorul poate fi considerat şi în total, şi pe subscale. În 1985, Linnehann a completat această scală cu informaţii de aplicare a acesteia în funcţie de faptul dacă subiecţii erau internaţi sau ambulatorii. Absenţa unor raţiuni puternice de a rămâne în viaţă constituie un semnal de alarmă pentru producerea în viitor a unui comportament suicidar. Acest inventar de autoevaluare îşi concentrează atenţia pe evaluarea aspectelor adaptative ale persoanei, informaţii care ulterior pot fi folosite şi în organizarea planului terapeutic de prevenţie secundară a sinuciderii.

În concluzie, aceste instrumente standardizate de apreciere a riscului suicidar pot fi folosite în mod adiţional la celelalte date colectate anterior (informaţii

[12] COSMAN, D. *Sinuciderea*. *Studiu în perspectivă biopsihosocială*. Cluj-Napoca, 1999.
[13] *Ibidem.*

demografice, simptome clinice). Dimensiunile clinice cele mai importante sunt: depresia, disperarea şi ostilitatea. Inventarul de depresie Beck, Scala de disperare şi Scala de probabilitate a suicidului oferă o varietate de informaţii foarte utile ulterior în etapa terapeutică şi de prevenţie secundară. În Tabelul 5.4. sunt sumarizate gradele de risc suicidar consecutive ale scorurilor obţinute cu aceste scale de autoevaluare.

Tabelel 5.4.

Gradele de risc suicidar consecutive

Scala de autoevaluare	Nivelul de risc suicidar			
	Fără	**Scăzut**	**Moderat**	**Crescut**
BDI	0-9	10-15	16-23	24-63
Hopelessness Scale	0-2	3-5	6-8	9
Scala de probabilitate a suicidului	0-24	25-49	50-74	75-100

5.5. Terapia persoanelor cu risc suicidar

Există o diferenţă majoră între măsurile terapeutice care se aplică în momentul crizei suicidare şi cele care se aplică după ce criza a trecut. După ce criza a trecut, terapia se orientează fie spre tratarea unei afecţiuni psihice (mai ales din grupul tulburărilor afective, schizofreniei, dependenţei de substanţe psihoactive etc.), fie continuă cu o psihoterapie specifică de rezolvare a problemelor. Este bine ca atât pacientul cu parasuicid, cât și familia acestuia, persoanele care alcătuiesc suportul social să fie informate despre faptul că persoanele cu risc suicidar nu trebuie să fie doar supravegheate pentru a nu mai face încercări de sinucidere, ci aceste persoane necesită tratament cu susţinere emoţională pe o lungă durată de timp.

Organizarea tratamentului persoanei cu intenţii suicidare se desfăşoară în două etape:

• *Prima etapă* coincide cu măsurile de intervenţie în criză. Întreg ansamblul de măsuri şi mijloace aplicate, cu scopul înlăturării crizei, se cuprind sub denumirea de *managementul crizei*.

• *A doua etapă* cuprinde tratamentul cel mai adecvat persoanei care a comis parasuicidul şi va cuprinde, dacă este nevoie, atât tratamente biologice (de ex., administrarea de psihotrope), cât şi alte măsuri de îngrijire, fie prin spitalizare, fie ambulatoriu.

La abordarea cazului de parasuicid se mai ţine cont şi de gravitatea comportamentului autoagresiv (letalitatea mijloacelor utilizare, a circumstanţelor

de producere, prezenţa unei boli psihice, alţi factori de mediu), evaluarea prognosticului fiind necesară în vederea aplicării imediate a măsurilor de prevenţie secundară.

Spitalizarea cazurilor cu comportament suicidar

Prima măsură terapeutică acordată celui cu parasuicid se aplică fie la locul faptei (măsuri de resuscitare), fie în spital, în cadrul secţiei de reanimare sau de urgenţă. Dacă persoana rămâne la domiciliu, probabil că nu va consulta medicul de familie sau cel de specialitate psihiatrică pentru a-şi anunţa conduita autoagresivă. Este un lucru obişnuit ca după un asemenea act petrecut în sânul familiei atât persoana cu parasuicid, cât şi familia acestuia să urmărească regăsirea unui echilibru interior, punând în joc o serie de mecanisme de apărare, dintre care cele mai obişnuite sunt cele de ascundere sau de minimalizare a faptei.

În general, măsurile terapeutice aplicate după efectuarea unui parasuicid este indicat să se aplice în condiţii de spitalizare. Însuşi gestul suicidar semnifică o dorinţă de desprindere de ceilalţi, astfel că despărţirea de mediul familial are în sine o valoare de simbol – viaţa acelei persoane nu va mai continua, cel puţin pentru o perioadă scurtă, ca în zilele precedente parasuicidului.

Organizarea tratamentului în spital pentru prevenirea riscului suicidar, fie în mod primar, fie în mod secundar la pacienţii cu tulburări psihice grave, se bazează în primul rând pe o observaţie continuă, dar non-obstructivă. Echipa terapeutică trebuie să adopte o strategie clară şi sigură, care să ducă la îndepărtarea posibilităţii de producere a suicidului în secţiile de spital. E bine ca aceşti pacienţi să fie internaţi la parter, în saloane ale căror ferestre se pot deschide doar parţial. Este preferabil să fie evitată prezenţa corzilor, sforilor, protuberanţelor, metalelor tăietoare sau chiar a obiectelor ascuţite. Toaletele trebuie să fie sigure, cu posibilităţi de acces direct al personalului.

Se ştie că suicidul unor pacienţi internaţi produce o tendinţă de imitare şi din partea altora. Deci, în cazul unei întâmplări tragice, soldate cu un deces în secţie, este indicat să nu se facă publicitatea acesteia faţă de ceilalţi pacienţi. Perioadele de weekend trebuie să fie asigurate cu personal suficient, iar atenţia acestuia acordată pacienţilor cu risc suicidar crescut să fie considerabil sporită. Se indică o observare atentă a dispoziţiei şi conduitei pacientului, căci orice schimbare poate indica intenţia repetării gestului autolitic.

Două momente sunt importante: dacă în mediul social obişnuit pacienţii vârstnici au risc suicidar crescut, aceştia se situează pe ultimele locuri în cadrul suicidului comis în instituţii. A doua observaţie se referă la categoria de pacienţi care au comis autoliza în cadrul instituţional: s-a observat că aceştia fac parte dintre subiecţii cu relaţii foarte tensionate cu personalul medical, aparţinând categoriei „pacienţilor dificili" sau „non-complianţi" terapeutic.

Prima întrevedere cu persoana care a fost internată pentru parasuicid va avea ca principal scop stabilirea gradului de severitate a riscului suicidar, pe baza examenului psihiatric, dar şi pe baza criteriilor de apreciere a riscului suicidar. Abordarea pacientului se va face într-o manieră obiectivă, dar discuţia nu va duce la o catalogare şi admonestare verbală a gestului comis, pentru ca întâlnirea cu medicul să nu fie resimţită ca o rejecţie sau ca un motiv de anxietate. După încadrarea într-o grupă diagnostică (în cazul suicidului patologic) se vor aplica măsurile terapeutice, specifice bolii de bază, dar şi cele specifice riscului suicidar.

La externare, după ce s-a înregistrat o dispariţie a ideaţiei suicidare, se va informa familia în legătură cu continuarea şi specificul tratamentului, dar şi cu controlul şi evaluarea periodică a măsurilor terapeutice indicate.

Tratamentul cazurilor cu parasuicid în funcţie de psihopatologie

Stările depresive

Sinuciderea constituie principala complicaţie a episodului depresiv. Nivelul anual al sinuciderilor este de cca 3-4 ori mai ridicat decât cel pentru celelalte boli psihice şi de la 22 până la 36 de ori mai ridicat faţă de cel al sinuciderilor în populaţia generală. De aceea, apariţia unui parasuicid la un depresiv diagnosticat anterior sau în prezent impune aplicarea măsurilor terapeutice psihofarmacologice (medicaţie antidepresivă, neuroleptică, anxiolitică etc.), completate, dacă gravitatea cazului o impune, cu terapie electroconvulsivantă.

Legătura dintre apariţia unui episod depresiv şi dereglarea metabolismului aminelor cerebrale face ca ori de câte ori este posibil să se intervină cu medicaţie antidepresivă, care poate scădea riscul suicidar, dacă este aplicată la timp şi urmărită cu precizie de către clinician.

Tulburările de personalitate (*în special cele de tip borderline*)

Intervenţia terapeutică este complexă, datorită psihopatologiei acestor cazuri, psihopatologie centrată în primul rând pe tulburările de control ale impulsurilor, pe egofilie şi narcisism, instabilitate. Din această grupă diagnostică se observă că provin cu mai mare frecvenţă cei cu parasuicid în repetiţie, asociat sau nu cu automutilarea.

Psihozele

Tentativa de sinucidere se întâlneşte în diferitele faze evolutive ale psihozelor: fie la debutul lor, fie în cursul evoluţiei psihozei (mai ales în cazul non-complianţei faţă de tratamentul cu neuroleptice), fie în cazul apariţiei unei comorbidităţi cu depresia. Tratamentul psihozei se efectuează în spital sau în regim de dispensarizare activă.

Dependenţa de alcool sau de alte substanţe

Refuzul pacienţilor cu dependenţă de a urma tratamentul prescris este bine cunoscut. Cu toate acestea, normativele sociale nu-l scutesc de situaţii existenţiale extrem de frustrante, la care acţionează deseori prin comportamente autoagresive. Gestul autolitic poate constitui debutul întâlnirilor cu terapia psihiatrică, terapie care este privită ca inoportună şi chiar inutilă. De fapt, non-complianţa la tratament a acestor pacienţi este în acord cu conduita autodistructivă la care se supun aproape în fiecare zi, prin folosirea toxicelor. Indicaţiile terapeutice vor viza într-o primă fază tratamentul episodului depresiv reactiv sau endogen, cauzator al parasuicidului, şi apoi (în urma obţinerii acordului) se va proceda la organizarea unui program terapeutic ţintit pe problema dependenţei faţă de alcool sau alte toxice.

Tratamentul cazurilor cu parasuicid în funcţie de vârstă

Parasuicidul la adolescenţi

Gestul parasuicidar al adolescentului destul de des se interpretează ca fiind generat doar de dificultăţi existenţiale sau de „obişnuita" criză de creştere şi dezvoltare. Din păcate, tentativa sau parasuicidul este primul indicator al unei patologii psihice subiacente, cel mai frecvent reprezentată de debutul unei psihoze.

Spitalizarea unui adolescent impune o atitudine terapeutică foarte atentă, intervenind şi pericolul unei amplificări a reacţiei depresive iniţiatoare a gestului autolitic, sau pericolul apariiei dublei depresii.

Parasuicidul la persoanele în vârstă

Internarea unei persoane care a făcut la bătrîneţe o tentativă de sinucidere este un eveniment alertant, deoarece toate statisicile demonstrează că bătrânii se sinucid cel mai frecvent. Este necesară investigaţia amănunţită a cazului pentru diagnosticarea corectă şi în timp util a episodului depresiv (de cele mai multe ori sever şi de intensitate psihotică) şi aplicarea cât mai rapid posibil a măsurilor terapeutice biologice. De asemenea, se poate lua în considerare şi existenţa unei depresii mascate sau a unei comorbidităţi cu depresia, în cazul unor suferinţe somatice neelucidate.

Psihoterapia cazurilor cu parasuicid

Deutsch şi Farber consideră clientul cu potenţial suicidar ca unul dinte cele mai stresante aspecte ale psihoterapiei. Suicidul fiind un fenomen multidimensional, strategiile psihoterapeutice de combatere a acestuia sunt extrem de diverse. Amintim psihoterapiile de tip psihanalitic, pe cele de orientare comportamentală, abordările de tip umanist / existenţial, psihoterapiile centrate pe client şi, nu în ultimul rînd, în ordinea importanţei, psihoterapia cognitivă. În cele ce urmează vor fi expuse doar psihoterapiile

de orientare cognitivă, fiind în fapt dovedit că psihoterapia de tip cognitiv a demonstrat cea mai mare eficienţă în problematica suicidară. Numeroşi autori, precum Beck, Linehan (1981), Clum (1985), Ellis (1986), au depus eforturi de a îmbunătăţi terapia subiecţilor cu parasuicid în antecedente prin tehnici specifice. Redăm în continuare ghidul de tratament şi prevenţie a sinuciderii propus de Linehan.

Terapia persoanelor cu risc suicidar (Linehan, 1987)

***Măsuri generale*:**

1. Discută despre suicid în mod deschis şi obiectiv.
2. Evită explicaţiile peiorative despre suicid sau motivaţia acestuia.
3. Prezintă o teorie a rezolvării problemelor în legătură cu comportamentul suicidar şi prezintă-l ca pe o soluţie maladaptivă la problematica specifică vieţii subiectului.
4. Include şi alte persoane semnificative în actul de consiliere, inclusiv alţi psihoterapeuţi.
5. Programează şedinţe suficient de frecvent şi menţine o disciplină a lor, în aşa fel încât să fie alocat timp şi pentru scopurile tratamentului de lungă durată.
6. Evită să te consideri responsabil pentru comportamentul suicidar al pacientului.
7. Menţine consultul profesional cu alţi colegi.
8. Menţine contactul ocazional şi cu persoanele care refuză terapia.

***Proceduri de menţinere a terapiei*:**

1. Nu forţa pacientul să se reîntoarcă la discuţiile sau ideile despre suicid cu scopul de a-i capta atenţia.
2. Exprimă-ţi grija în mod deschis; manifestă o căldură empatică şi o atenţie obiectivă.
3. Clarifică şi întăreşte răspunsul non-suicidar la probleme.
4. Identifică pentru pacient răspunsul terapeutului chiar în cazul extrem al comiterii suicidului; dacă pacientul moare, terapeutul va fi supărat, dar îşi va continua viaţa.
5. Asigură-te că pacientul are păreri realiste despre răspunsul celorlalţi privitor la un eventual comportament suicidar.

***Planificarea procedurilor de criză*:**

1. Anticipează riscul de criză.
2. Evaluează în mod continuu riscul de suicid şi parasuicid.
3. Fii accesibil.

4. Foloseşte serviciile locale de salvare / paramedici / centre de criză / de apel telefonic.

5. Scrie pentru pacient o „carte de vizită pentru criză" cu: numărul de telefon al terapeutului, salvarea, spitalul de urgenţă, alte servicii de importanţă vitală.

6. Alcătuieşte o listă cu numerele de telefon de la care poate fi contactat pacientul şi înmâneaz-o unei persoane semnificative pentru pacient.

7. Stabileşte un contact antisuicid (în scris), pe termen scurt, şi reînnoieşte-l la timp.

8. Contactează medicul generalist al pacientului, în legătură cu riscul prescrierii unei supradoze de medicamente.

Aplicarea psihoterapiei cognitive în tratamentul şi prevenţia suicidului[14]

Psihoterapia cognitivă a devenit o forţă în tratamentul tulburărilor emoţionale şi comportamentale. Teoreticienii cei mai de seamă ai acestui tip de psihoterapie sunt: Beck, Ellis, Dryden, Vleichenbaum. Cu toate diferenţierile între teoriile şi tehnicile psihoterapeutice ale acestor autori, în general cu toţii susţin ideea că tulburările psihologice se datorează în mare parte unor experienţe individuale anterioare. Astfel, Seligman (1984) explică depresia prin teoria evenimentelor psihotraumatizante, Ellis – prin credinţele iraţionale, iar Beck explică depresia prin distorsiunile cognitive şi schematele negative. O altă idee a acestor autori este cea conform căreia defectele în cogniţie sunt relativ accesibile şi modificabile. A treia idee se referă la faptul observat că prin corectarea defectelor de cogniţie se obţine o ameliorare în simptomele ţintă asociate (Seligman, Murphy).

Dintre aceşti autori, Beck a lucrat cel mai mult în domeniul psihoterapiei cognitive aplicate la tulburările specifice. A elaborat astfel o psihoterapie cognitivă de scurtă durată pentru depresie şi pentru tulburările anxioase. Alţi autori (Garner, 1986) au elaborat tehnici specifice pentru anorexia mintală, Meichenbaum şi Jaremko (1983) – pentru durerea cronică, iar Borkovec (1982) – pentru insomnie.

Indiferent că afecţiunea psihică este prezentă sau absentă, prezenţa riscului suicidar se asociază cu o mare varietate de sindrome clinice. Se pot aminti câteva tipologii de persoane cu caracteristici de vulnerabilitate, care generează un „specific suicidar":

– depresie pesimism;

– tulburări de comunicare de control;

– psihotic delirant;

[14] DAVID, D. *Tratat de psihoterapii cognitiv-comportamentale*. Iaşi, 2012.

– alcoolic;
– tulburare mintală organică;
– suicid „raţional”;
– tipul mixt.

Din punct de vedere cognitiv, aceste persoane au următoarele trăsături:

a) *Rigiditatea cognitivă*. Persoanele cu risc suicidar crescut prezintă o remarcabilă inabilitate în găsirea unor alternative la situaţia stresantă şi constrictivă. Interpretată de către psihanalişti ca o „rezistenţă”, această inabilitate structurală poate să servească ca ţintă a psihoterapiei;

b) *Gândirea dihotomică*. Se mai numeşte şi gândire „în negru şi alb”, referindu-se la tipul de gândire care are tendinţa de a aprecia situaţia doar prin polarizare la cele două extremităţi (pozitiv şi negativ). Pentru aceste persoane lumea este bună sau demonică, deşteaptă sau stupidă, de dorit sau indezirabilă;

c) *Deteriorarea abilităţii de rezolvare a problemelor*. Cu toate că aceasta este o trăsătură găsită şi la pacienţii cu depresie, indivizii cu risc suicidar crescut prezintă într-o şi mai mare măsură această vulnerabilitate. Se remarcă prezenţa acesteia încă din vârsta copilăriei şi adolescenţei;

d) *Lipsa de speranţă***.** Reprezintă o culminare a rigidităţii cognitive, a gândirii dihotomice, a deficienţei de rezolvare a problemei, realizând o punte de trecere între depresie şi tendinţa suicidară. Mulţi autori consideră apariţia acesteia ca un predictor al sinuciderii mai eficient decât severitatea depresiei;

e) *Credinţe iraţionale şi atitudini disfuncţionale*. Dorinţa excesivă a persoanelor suicidare de a fi aprobate şi de a avea succes creează calea spre trăiri afective negative de nefericire, insatisfacţie. Alţi autori (Williams şi Nickels, 1969) susţin că la persoanele suicidare „locus of control” este situat în exterior.

I. Plan psihoterapeutic pentru persoanele care şi-au exprimat intenţia suicidară

Subiecţilor cu risc suicidar crescut li se poate propune o terapie complexă atât pentru tulburările dispoziţionale, cât şi pentru tulburarea specifică riscului suicidar. Scopul psihoterapiei este de a găsi calea de schimbare a schematelor cognitive, dar şi a emoţiilor şi comportamentului subiectului. Într-un astfel de tratament nu doar cogniţia este importantă, ci şi celelalte aspecte ale personalităţii, astfel că tehnicile de psihoterapie cognitivă sunt „infuzate” de tehnici comportamentale şi analitice.

O terapie eficientă cere scopuri precise. Se au în vedere cel puţin 4 aspecte ale funcţionării psihismului:

1) Afectivitatea: prima tulburare afectivă care trebuie luată în considerare este depresia. Conform lui Beck și colab., există posibilitatea aplicării tehnicilor

de psihoterapie cognitivă sau se pot aplica adiţional tehnici comportamentale, de counseling, cu sau fără psihoterapie de grup.

Un alt scop al psihoterapiei este înlăturarea rolului furiei, al urii, care se declanşează interpersonal, dar la persoana suicidară se adresează şi proiectează specific pe propriul spaţiu corporal.

2) Comportamentul: deficienţa schematei de rezolvare a problemelor de viaţă este în strânsă legătură cu disperarea. Tehnicile de psihoterapie de tip rezolvare de probleme (D'Zurilla, 1986), precum şi cele de afirmare a personalităţii (Alberti şi Emmons, 1974) au demonstrat puterea lor de influenţă asupra stilului de viaţă al persoanelor care anterior comiseseră un parasuicid. Alte deficite comportamentale, cum ar fi: inactivitatea sau lenea, consumul excesiv de alcool, sunt abordate mai ales prin tehnici comportamentale.

3) Cogniţia: primul aspect cognitiv care trebuie să fie abordat în psihoterapia unui subiect suicidar este lipsa de speranţă (disperarea). Disperarea nu este doar un simptom ce ţine de afect, ci în egală măsură ţine de o viziune negativă asupra viitorului, incluzându-se astfel în sfera concepţiei ideaţiei despre viaţă. Disperarea, lipsa de speranţă rezultă astfel dintr-o suprageneralizare a evenimentelor negative de viaţă de tipul: „deoarece anumite lucruri merg rău, toată viaţa este rea", „deoarece lucrurile merg prost acum, totdeauna va fi la fel". Psihoterapia cognitivă tip Beck sau psihoterapia raţional-emotivă Ellis ameliorează tendinţa către rigiditatea gândirii şi gândirea în alb-negru.

4) Factorii situaţionali: schimbarea factorilor de mediu prin măsuri de socioterapie constituie o parte importantă în măsurile de îndepărtare a riscului suicidar. Acest scop este important mai ales pentru adolescenţi, întrucât la aceştia stresul situaţional este cel mai important predictor al suicidului.

Adiţional, învăţând subiecţii (fie prin tehnici cognitive, fie prin strategii comportamentale) căile cele mai eficiente de a produce schimbări situaţionale benefice, se rupe cercul vicios al rigidităţii cognitive care întreţine disperarea.

II. Psihoterapia cognitivă pentru categoria de persoane cu risc suicidar crescut cu caracteristica principală: depresie / disperare

Adiţional la scopurile psihoterapiei cognitive amintite mai sus, tratamentul include şi abordarea comprehensivă a problematicii pacientului depresiv. Procedurile de psihoterapie includ: corecţia gândurilor iraţionale (suprageneralizarea şi predicţia negativă) prin restructurarea schematelor negative de gândire. Beck accentuează deosebirile de tehnică cognitivă la cei cu depresie şi risc suicidar faţă de cei cu depresie dar fără risc suicidar.

Disperarea: Trexler recomandă psihoterapie suportivă, în schimb Beck și colab. aplică metode prin care pacientului i se arată că există puncte de vedere

mai puţin pesimiste privitoare la evaluarea situaţiei de viaţă, precum şi că există alternative la problemele curente. Alte tehnici se referă la facilitatea apariţiei speranţei pentru viitorul apropiat al pacientului.

Feank (1973) sublinia importanţa optimismului realist al psihoterapeutului, arătând că sincera convingere a psihoterapeutului în ceea ce priveşte posibilitatea de îmbunătăţire a stării pacientului constituie cel mai important antidot contra demoralizării. Pacienţii sunt învăţaţi să-şi construiască şi să folosească „filtre cognitive" împotriva depresiei, ca de exemplu: învăţarea ideii că „sentimentele nu sunt fapte", sentimentele de disperare nu înseamnă că situaţia este disperată.

Rigiditatea: Psihoterapia urmăreşte construirea unei alternative faţă de modul de percepţie a realităţii de către pacient. Astfel, se poate aborda şi tehnica jocului de roluri.

Gândirea dihotomică: Psihoterapeutul defineşte pentru pacientul său teritoriile „gri" între polii extremi ai gândiri acestuia. Următorul pas este cel al dezvoltării unei exprimări mai puţin catastrofice. De exemplu: în loc de „faptul că am picat la examen demonstrează cât de prost sunt" se poate folosi „nu am fost în cea mai bună formă la examen".

Lipsa de abilitate în rezolvarea problemelor: Această parte a tratamentului urmăreşte implantarea ideii că persoana în cauză nu doreşte, de fapt, să moară, ci să i se sfârşească suferinţa, suferinţă provenită din evenimentele din viaţă nefavorabile, care în momentul crizei par a fi insolubile şi chiar fără sfârşit. Se poate lucra şi cu adoptarea unui „set de rezolvări a problemelor", în care evenimentele nefavorabile sunt concepute ca o apariţie normală, probabilă în viaţă, dar în niciun caz ca o situaţie care nu ar fi trebuit să se producă.

Kiev (1975) a descris un program în acest sens. Acest program combină chimioterapia, psihoterapia suportivă, precum şi cea de învăţare a „strategiei de viaţă".

Concepţia despre suicid ca „o soluţie de dorit": Psihoterapeutul trebuie să fie deosebit de ferm în prezentarea listei de avantaje şi dezavantaje ale suicidului. Este bine ca şedinţele de psihoterapie să fie înregistrate, pentru ca terapeutul să sesizeze exact erorile de judecată. Pe parcursul psihoterapiei judecăţile iniţiale ale pacientului pot fi reascultate şi comentate chiar de către pacientul însuşi.

„Locus of control" în exterior: Ellis (1986) foloseşte o listă cu 10 puncte pentru depistarea ideilor (asumpţiilor) iraţionale. Redăm mai jos lista ideilor iraţionale.

Lista ideilor iraţionale:

– Trebuie să fiţi iubiţi şi să fiţi aprobaţi în toate mereu, de toată lumea.
– Trebuie să aveţi talentul şi să vă realizaţi într-un lucru important.
– Viaţa e o catastrofă, dacă lucrurile nu merg după cum vreţi.
– Cei care vă fac rău sunt răi şi trebuie blamaţi.

– Dacă lucrul e amenințător, trebuie să fii preocupat şi tulburat.
– Trebuie să găseşti soluţii pentru a-ţi îmbunătăţi viaţa. Mizeria interioară şi emoţională vine din presiuni exterioare şi aveţi puţine posibilităţi de a controla sentimentele voastre şi de a vă debarasa de depresie şi ostilitate.
– E mai bine să eviţi înfruntarea cu dificultăţile existenţei decât să încerci să întreprinzi activităţi fructuoase.
– Trecutul tău are o importanţă capitală şi pentru că un lucru ţi-a influenţat odată viaţa în mod negativ, acela trebuie să continue să-ţi guverneze sentimentele şi comportamentul actual.
– Poţi să aştepţi fericirea prin inerţie, inactivitate sau făcându-ţi plăcerile pasiv, fără angajament personal.

Pacienţii cu risc suicidar de obicei obţin scoruri înalte la punctele care atestă tendinţa lor de a crede că problemele emoţionale sunt cauzate de circumstanţele nefavorabile din viaţa lor. Psihoterapia urmăreşte schimbarea gândirii, care aduce după sine îmbunătăţirea stării emoţionale. Tehnica are mai multe etape care presupun realizarea feedback-ului între sistemul de idei, credinţe, valori şi viaţa afectivă.

III. Psihoterapia cognitivă pentru categoria persoanelor cu risc suicidar cu probleme de tip comunicare / control

În această categorie predomină diagnosticele de tip: tulburare de personalitate, bordeline, reacţii nevrotice. De asemenea, din această categorie fac parte mai ales femeile, adolescenţii şi adulţii tineri. Stările emotive cel mai frecvente sunt reprezentate de mânie şi ostilitate, în mai mare măsură decât depresia. De aceea, tentativa este mai mult impulsivă decât premeditată, cu letalitate scăzută.

Psihoterapeutul trebuie să fie atent când angajează o astfel de psihoterapie, întrucât aceşti subiecţi deseori îşi manipulează anturajul, inclusiv psihoterapeutul. Psihoterapia foloseşte următoarele metode:

Învăţarea strategiilor de rezolvare a problemelor interpersonale: principalele trăsături ale acestei categorii de pacienţi este lipsa de control şi răbdare în comunicare, astfel că aceştia se prezintă în faţa psihoterapeutului mai mult cu probleme situaţionale. Pornind de la ideea că parasuicidul a fost o soluţie tactică a pacientului în vederea schimbărilor relaţiilor interpersonale, terapeutul trebuie să sublinieze că această soluţie este distructivă şi inadecvată atât pentru cei din anturaj, cât şi pentru propria persoană. Metoda se poate asocia şi cu forma de psihoterapie maritală sau de grup. De altfel, aceasta este prima treaptă în terapia de schimbare a comportamentului neadaptativ al pacientului.

În treapta a doua terapeutul descrie o listă de comportamente alternative în cazul în care oamenii nu văd alte căi de a-şi atinge scopul (dorinţele). Se examinează avantajele şi dezavantajele comportamentului maladaptativ.

Treapta a treia a intervenţiei terapeutice identifică soluţiile posibile adecvate şi raţionale la problemele concrete.

Afectul excesiv: Întrucât această categorie de persoane reacţionează chiar şi la stresul minor prin trăiri afective intense, se încearcă, printr-o tehnică cognitivă descrisă de Linehan, punerea de acord a emoţiilor cu situaţia reală. Majoritatea pacienţilor au gânduri iraţionale care pot fi sintetizate în trei tipuri: „situaţia este oribilă" sau „nu mai pot să suport", sau „eu sunt o persoană distrusă, o epavă".

Restructurarea cognitivă foloseşte metodele care arată pacientului că lucrurile pot să fie neplăcute, dar nu oribile, sau situaţia este indezirabilă, dar acest lucru nu semnifică că este şi de nesuportat, sau ostilitatea poate să fie ocolită și situaţia poate fi rezolvată afectiv dacă se elimină tendinţa de a-i judeca pe ceilalţi. În general, psihoterapia cognitivă demonstrează pacientului în mod efectiv că acesta poate să supravieţuiască situaţiei frustrante.

Afirmarea de sine: Comportamentul autoagresiv poate fi folosit drept o cale de comunicare de către acele persoane care nu au abilităţi de a-şi exprima dorinţele şi sentimentele. Aceste persoane nu ştiu să-şi exprime emoţiile. De aceea, antrenamentul de afirmare de sine este eficient în majoritatea cazurilor. Psihoterapeutul trebuie să fie atent să nu devină şi el o persoană manipulată de către subiecţii cu tulburări de control şi exprimare a propriilor dorinţe. De asemenea, psihoterapeutul trebuie să-şi controleze mereu propriile gânduri cu privire la responsabilitatea personală. Este o mare greşeală, un gând iraţional acela de a te crede că ai putere de a-i da viaţă sau moarte cuiva. Riscul de preluare a unei astfel de responsabilităţi iraţionale cauzează psihoterapeutului o traumă excesivă în caz că se produce decesul pacientului cu intenţie suicidară.

O importanţă deosebită are problema prevenţiei, intervenţiei în criză şi postvenţia comportamentului suicidar. În literatura de specialitate sunt distinse două tipuri de *prevenţie***:** primară şi secundară. Prevenţia *primară* a suicidului trebuie să fie aplicată în primul rând de toate specialităţile medicale, întrucât este cunoscut faptul că mulţi indivizi care au ajuns la suicid au consultat un doctor cu puţin timp înainte de producerea actului fatal. Această constatare indică necesitatea deţinerii de informaţii de suicidologie de către toți medicii, indiferent de specialitate, pentru a identifica în mod corect pacienţii cu risc suicidar crescut. Prevenţia *secundară* în majoritatea cazurilor se referă la categoria bolnavilor psihici, care au avut o tentativă de suicid. Dar, în sistemul profilaxiei secundare pot fi admise şi persoanele care fac parte din categoria suicidanţilor raţionali, care au acceptat asistenţa psihoterapeutică şi socială. În practică prevenţia unei crize suicidare poate să se exercite prin intermediul unor centre de prevenţie a suicidului. În Europa şi SUA numărul şi varietatea unor asemenea centre este în creştere, ceea ce nicidecum nu se referă la Republica Moldova.

Modelul crizei explică de ce este posibil ca o persoană să dezvolte o stare psihologică aparte încărcată de emoţii, frustrări, pe când altă persoană

aflată în situaţie similară o rezolvă cu succes. Înţelegerea crizei depinde şi de înţelegerea mecanismului normal de „coping”, care se desfășoară în trei stadii:

1. Răspunsul imediat, caracterizat prin negarea realităţii.
2. Reacţia propriu-zisă: tulburare, furie, vinovăţie, regresie, depresie.
3. Rezoluţia: acceptarea situaţiei şi planificarea viitorului.

Procesul de „coping” are loc în patru categorii de situaţii de stres şi distres:

– probleme legate de sentimentul de pierdere;
– probleme legate de schimbare;
– probleme interpersonale;
– factorii din mediu.

Organizarea tratamentului persoanei cu intenţii suicidare se desfăşoară în două părţi:

1) prima parte se referă la intervenţia în criză, având următoarele caracteristici: este limitată în timp, implică familia persoanei în cauză, mobilizează propriile resurse, apreciază persoana în criză ca fiind o fiinţă normală în condiţii anormale;

2) partea a doua cuprinde strategii cognitive sau comportamentale, care se adresează persoanelor cu un pattern suicidar în personalitate.

O intervenţie reuşită în criză duce la obţinerea următoarelor beneficii:

– facilitarea comunicării;
– definirea corectă a problemei;
– ajută la exprimarea adecvată a sentimentelor;
– creşterea stimei de sine;
– mobilizarea sprijinului din partea altora;
– promovează rezolvarea efectivă a problemei.

Există următoarele *tehnici de intervenţie în criză*:

– *Abstracţia*: pe măsură ce individul rememorează evenimentele cu încărcătură emoţională mare, starea de tensiune scade, producându-se o „ventilaţie” a sentimentelor (ex.: „Spune-mi despre sentimentele pe care le-ai avut de când ai rămas corigent”);

– *Clarificarea*: încurajarea individului să-şi exprime mai clar relaţia dintre evenimentele din viaţa sa (ex.: „Am remarcat că după o ceartă cu prietenul tău te simţi rău şi nu te poţi da jos din pat”);

– *Sugestia*: influenţarea individului în acceptarea unor credinţe, în special referitoare la faptul că poate fi ajutat să se facă bine (ex.: „Multora, înaintea ta, le-a făcut bine să vorbească despre problemele lor şi cred că şi ţie ţi se va întâmpla la fel”);

– *Manipularea*: folosirea emoţiilor, dorinţelor şi principiilor individului în folosul procesului asistenţial (ex.: „Pari să-ţi pese foarte mult de relaţia

ta sentimentală şi cred că vei lupta pentru a obţine o relaţie cât mai trainică în final");

– *Reinvestirea pozitivă*: acordarea de răspunsuri pozitive individului la comportamentele adaptative reuşite (ex.: „Este prima oară când te aperi în faţa profesorului tău şi te-ai descurcat foarte bine. Sunt foarte mulţumit că ai reuşit acest lucru");

– *Sprijinirea mecanismelor eficiente de apărare*: mecanisme eficiente de apărare sunt comportamente care au rolul de a menţine integritatea *ego*-ului şi stima de sine (ex.: „Faptul că ai plecat la plimbare când erai furios a fost foarte bun, deoarece te-ai întors calmant şi ai putut discuta şi rezolva problema");

– *Creşterea stimei de sine*: ajutarea individului în recâştigarea sensului propriei existenţe şi asigurarea lui că este o persoană ce merită să fie ascultată şi ajutată (ex.: „Eşti o persoană puternică, care a reuşit să iasă din încurcături mari până acum. De ce nu ai reuşi şi acum?");

– *Explorarea soluţiilor*: examinarea tuturor alternativelor pentru rezolvarea problemei (ex.: „Ai în jurul tău colegi, prieteni, rude. Abordează-le şi poate cineva dintre ei te va ajuta să ieşi din încurcătură").

Postvenţia constă în activităţi care reduc psihotraumele din viaţa celor care au pierdut membri de familie prin suicid. Scopul postvenţiei este ajutorul acordat supravieţuitorilor de a-şi trăi viaţa mai „productiv" şi de a putea să înlăture, pe cât posibil, sursele de stres din existenţa lor.

În loc de concluzie, amintim spusele lui Shneidman (1986): „…problema suicidului este problema tuturor".



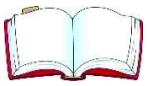
***Întrebări de recapitulare*:**

1. Care sunt caracteristicile și funcțiile suicidului şi ale parasuicidului?
2. Argumentați opiniile pro și contra eutanasiei.
3. Specificaţi mijloacele de realizare a autoagresiunii.
4. Nominalizaţi etapele şi fazele procesului suicidar.
5. Descrieţi factorii de risc suicidar.
6. Caracterizaţi metodologiile de evaluare a riscului suicidar.
7. Analizaţi metodele evaluării directe a riscului suicidar: interviul direct şi scalele de autoapreciere.
8. Descrieți etapele tratamentului persoanelor cu risc suicidar în funcţie de psihopatologie şi de vârstă.
9. Analizaţi planurile psihoterapeutice pentru persoane cu diferite tipuri de risc suicidar.
10. Descrieţi principalele tehnici de intervenţie în criză.



***Sarcini de lucru individual*:**

1. Analizați lucrarea lui E.Durkheim „Despre sinucidere” (Iași, 1993) din punctul de vedere al actualității legităților identificate în contextul realității sociale contemporane.



***Bibliografie selectivă*:**

1. BOUDON, R. *Tratat de sociologie*. Bucureşti: Humanitas, 1997. ISBN 973-28-0759-8
2. COSMAN, D. *Sinuciderea. Studiu în perspectivă biopsihosocială*. Cluj-Napoca: Risoprint, 1999. ISBN: 973-9298-82-6
3. COSMAN, D. *Compendiu de suicidologie*. Ediţia a II-a adăugită. Cluj-Napoca: Casa Cărţii de Ştiinţă, 2008. ISBN 973-686-821-4
4. DAVID, D. *Tratat de psihoterapii cognitiv-comportamentale*. Iași: Polirom, 2012.
5. DURKHEIM, E. *Despre sinucidere*. Iaşi: Institutul European, 1993. ISBN: 973-9148-13-1
6. Evaluări statistice şi studii de caz privind sinuciderea. În: *Revista română de sociologie*. 1996, nr.3-4. ISSN 1224-9262.
7. KREITMAN, N. *Parasuicide*. Published by John Wiley & Sons. London, 1977. ISBN 10: 0471994723; ISBN 13: 9780471994725
8. MIHAI, L. Servicii de asistență socială și intervenții pentru tinerii cu un comportament suicidar. În: Zamfir, E. (coord.). *Strategii antisărăcie și dezvoltare comunitară*. București: Expert, 2000. ISBN: 9789739282994, 9739282997
9. PARIS, J. Gestionarea crizelor suicidare la pacienții cu tulburări severe de personalitate. În: Luyn, B., Akhtar, S., Livesley, W-J.(coord.). *Tulburările severe de personalitate*. Iași: Polirom, 2009. ISBN: 978-973-46-1343-4
10. ROBU, V. Predictori ai riscului suicidar în rândul adolescenților. În: *Revista de Psihologie*, 2013, vol.59, nr.3. ISSN: 0034-8759
11. АМБРУМОВА, А.Г. *Диагностика суицидального поведения*: *Методические рекомендации*. Москва, Изд-во Московского НИИ Психиатрии, 1980.
12. АМБРУМОВА, А.Т., ПОСТОВАЛОВА, Л.И. Мотивы самоубийств. În: *СОЦИС*, 1987, №6.
13. ДАВЫДОВ, А.А. Самоубийства: пол и золотое сечение. În: *СОЦИС*, 1991, №5.

CAPITOLUL VI.

MONITORIZARE ȘI EVALUARE ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ

***Conținuturi*:**

1. Conceptualizarea monitorizării și evaluării
2. Evaluarea cazurilor în asistența socială
3. Monitorizarea cazului beneficiarilor de asistență socială



***Obiective de referință*:**

- să identifice particularitățile definiționale și tipurile de monitorizare și evaluare;
- să determine specificul evaluării inițiale și complexe în asistența socială;
- să determine utilitatea monitorizării și evaluării în domeniul asistenței sociale;
- să determine esența planului individual de asistență în monitorizarea și evaluarea cazului;
- să aplice metodologia managementului de caz.

Competențe:

- aplicarea managementului de caz la componenta evaluare și monitorizare;
- analiza complexă a instrumentelor aplicate în evaluarea și monitorizarea în domeniul asistenței sociale;
- elaborarea și aplicarea instrumentelor de evaluare a serviciilor sociale.

***Termeni-cheie*: *monitorizare*, *evaluare*, *standarde minime de calitate*, *management de caz*.**

6.1. Conceptualizarea monitorizării și evaluării

Monitorizarea și evaluarea este o combinație de colectare și analiză a datelor (monitorizare) și evaluarea măsurii în care un program sau intervenție și-a îndeplinit sau nu obiectivele (evaluare). Aceste două procese sunt aplicate în stabilirea performanței unui proiect, program sau inițiativă socială.

În domeniul social, **monitorizarea** reprezintă o activitate periodică și continuă de urmărire a procesului de implementare a unei intervenții sau strategii, a unui plan, program sau proiect. Din perspectiva asistenței sociale, monitorizarea definește procesul care se referă la furnizarea informațiilor cu privire la serviciile oferite și la beneficiari. Cercetătorul român Șt. Cojocaru menționează că monitorizarea serviciilor sociale constituie „culegerea unor informații legate de serviciile din comunitate, criteriile pe care trebuie să le îndeplinească potențialii beneficiari, verificarea permanentă a capacității acestor servicii și a gradului lor de ocupare”.[1] Conform acestei definiții, putem releva faptul că monitorizarea este o activitate administrativă, asigurând stabilirea funcționalității serviciului și respectarea criteriilor de eligibilitate pentru accederea în serviciu a beneficiarilor. Totuși, procesul de monitorizare depășește cadrul administrativ, fiind axat inclusiv pe aspecte subiective (gradul de satisfacție a beneficiarilor) și progresele înregistrate urmare a implementării unor decizii ale specialiștilor din domeniu.

Monitorizarea vizează, de regulă, trei direcții care corespund celor trei componente ale procesului de implementare a unei strategii, program, proiect etc.: activitățile desfășurate (proces), modul de utilizare a resurselor (input) și atingerea țintelor intermediare (output). Datele obținute prin monitorizare sunt utilizate ca o strategie conitnuă de a determina eficiența implementării.

Prin monitorizare se realizează observarea și înregistrarea regulată a activităților organizate în cadrul unui program/proiect. Acest fapt presupune un mecanism clar cu un sistem de tehnici de colectare sistematică și periodică de date, în vederea identificării schimbărilor care se produc. Finalitatea procesului

[1] COJOCARU, ȘT. *Metode apreciative în asistența socială*. *Ancheta*, *supervizarea și managementul de caz*. Iași, 2005, p.176.

de monitorizare constă în oferirea informațiilor detaliate cu privire la progres adresată donatorilor, partenerilor, beneficiarilor și altor persoane interesate. Având în vedere componentele programului care sunt supuse monitorizării, se disting câteva tipuri de monitorizare:

– *Monitorizarea rezultatelor* urmărește efectele și impactul. Aici monitorizarea se îmbină cu evaluarea pentru a determina dacă proiectul/programul este orientat corect spre rezultatele dorite (realizări, rezultate, impact) și dacă poate apărea vreun impact neintenționat (pozitiv sau negativ).

– *Monitorizarea procesului* (activității) urmărește utilizarea intrărilor (input) și resurselor, progresul activităților și livrarea rezultatelor. Aceasta examinează modul în care sunt realizate activitățile − eficiența în timp și resurse. Este adesea realizată împreună cu monitorizarea conformității și contribuie la evaluarea impactului.

– *Monitorizarea conformității* asigură concordanța implementării programului/proiectului cu reglementările donatorilor și rezultatele așteptate, cu cerințele privind granturile și contractele, cu reglementările și legile guvernamentale locale și standardele etice.

– *Monitorizarea contextului* urmărește cadrul în care funcționează proiectul/programul datorită ipotezelor și riscurilor presupuse că pot apărea, sau a altor factori neașteptați. Contextul monitorizării include domeniul, contextul politic, instituțional, de finanțare care afectează proiectul/programul.

– *Monitorizarea beneficiarului* urmărește percepțiile beneficiarului asupra unui proiect/program. Include satisfacția beneficiarului, reclamații, inclusiv implicarea acestuia, tratamentul, accesul la resurse și experiența lui generală despre schimbare. Aici trebuie să se țină cont și de grupurile de beneficiari indirecți ai proiectului/programului.

– *Monitorizarea financiară* contabilizează costurile pe input și activitate în cadrul unor categorii predefinite de cheltuieli. Este adesea realizat împreună cu monitorizarea conformității și a procesului.

– *Monitorizarea organizațională* urmărește sustenabilitatea, dezvoltarea instituțională și dezvoltarea capacităților în proiect/program și cu partenerii săi.

Ca urmare a celor menționate, putem conchide că monitorizarea poate fi desfășurată la nivel *individual* (pentru stabilirea modalităților de implementare a serviciilor prestate beneficiarului urmare a implementării planului individual de intervenție); *instituțional* (prin care se determină modul în care sunt prestate serviciile în cadrul unei autorități publice locale) și *central* (în cazul dat atribuția principală revine Ministerului Muncii și Protecției Sociale[2], care monitorizează calitatea politicilor publice și a actelor normative în domeniile de competență, inclusiv implementarea acestora).

[2] Regulamentul cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Muncii și Protecției Sociale, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.149/2021. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldov*a, 2021, nr.206-208, art.347.

O generalizare mai specifică a tipurilor de monitorizare este prezentată în Figura 6.1.

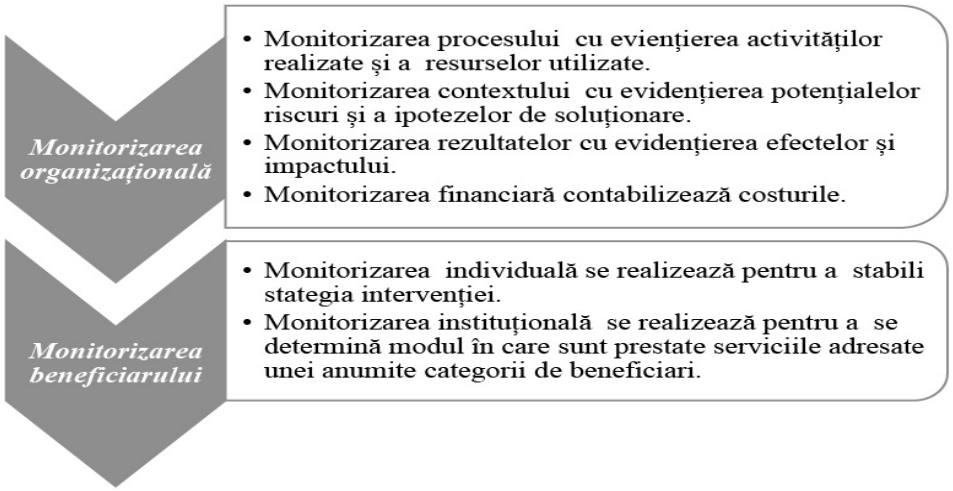


Fig.6.1. Tipuri de monitorizări

La nivel individual monitorizarea este realizată în corespundere cu metodologia managementului de caz (în subcapitolul 6.2. va fi abordat pe larg). În cazul serviciilor sociale putem identifica:

– *monitorizarea modului de furnizare a serviciului către beneficiar*, realizată de managerul de caz, în care montorizarea este procesul de verificare a indicatorilor determinați în planul individual de asistență sau pe baza unor întâlniri periodice prin care se stabilește evoluția cazului;

– *monitorizarea situației generale a serviciului social*, în cadrul căreia este determinată calitatea serviciilor prestate și evaluarea performanțelor în raport cu standardele din domeniu.[3]

În acest sens, monitorizarea are impact asupra îmbunătățirii calității vieții beneficiarilor prin asigurarea de servicii sociale de calitate.

În Republica Moldova monitorizarea și evaluarea serviciilor sociale este o sarcină a autorităților administrației publice locale de nivelul al doilea. Art.9 al Legii nr.123/2010 cu privire la serviciile sociale[4] stabilește că, în vederea prestării serviciilor sociale, autoritățile publice locale de nivelul al doilea „monitorizează procesul de prestare a serviciilor sociale şi organizează evaluarea calităţii acestor servicii acordate de prestatorii de servicii, indiferent de tipul de proprietate şi de forma juridică de organizare, în teritoriul administrat”, iar rezultatele acestor monitorizări și evaluări sunt prezentate Ministerului Muncii

[3] TRANDAFIR, L. *Monitorizare*. În: Neamțu, G. (coord.) *Enciclopedia asistenței sociale*. Iași, 2016, p.581.

[4] Legea nr.123/2010 cu privire la serviciile sociale. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2010, nr.155-158, art.541.

și Protecției Sociale pentru a fi utilizate în elaborarea/revizuirea cadrului normativ în domeniu. Totodată, monitorizarea și evaluarea serviciilor sociale acordate este realizată și de autoritățile administrației publice locale de nivelul întâi, rezultatele cărora sunt prezentate structurii teritoriale de asistență socială. Organizarea monitorizării și evaluării sistemului integrat de servicii sociale este responsabilitatea Ministerului Muncii și Protecției Sociale, prin elaborarea și aplicarea metodologiei specifice.

Cadrul normativ național evidențiază legătura dintre monitorizare și evaluare în domeniul serviciilor sociale. Totuși nu putem menționa că acestea sunt identice:

– monitorizarea serviciilor sociale reprezintă procesul de colectare continuă şi sistematizată a informaţiei în baza unor indicatori specifici, prin care se analizează dinamica progreselor privind realizarea activităţilor şi atingerea obiectivelor serviciilor sociale;

– evaluarea serviciilor sociale reprezintă procesul de analiză a datelor monitorizării şi a altor informaţii pentru a aprecia oportunitatea obiectivelor serviciilor sociale, realizarea serviciilor sociale, eficienţa, impactul şi durabilitatea acestora (Legea nr.123/2010, art.23).

Evaluarea ocupă un rol important în practica asistenței sociale, dat fiind faptul că marchează traseul acțiunii asistențiale de la începutul său, ce constă în culegerea informațiilor, analiza și interpretarea acestora, în baza cărora se stabilesc obiectivele și strategia de lucru cu beneficiarul, până la finalizarea intervenției și analiza rezultatelor obținute.

Profesioniștii din domeniul asistenței sociale se angajează în evaluarea practicii ca o problemă de responsabilitate. Aceștia sunt responsabili în fața beneficiarilor, a programelor, a finanțatorilor, a factorilor de decizie și a profesiei pentru asigurarea prestării celor mai bune servicii posibile, furnizării serviciilor care asigură obținerea beneficiilor și valorificarea eficientă a resurselor dedicate serviciilor. Acest fapt este abordat și de Codul de etică, care la standardul 5.02 accentuează faptul că asistenții sociali ar trebui să evalueze politicile, programele și intervențiile practice, precum și să faciliteze cercetarea care să contribuie la dezvoltarea cunoștințelor.[5]

Termenul *evaluare* provine din latinescul *evalesco*, *evalescere*, *evaliu* care se traduce prin: a se întări, a căpăta putere, a putea, a se dezvolta, a valora, a prevala.[6] Verbul *a evalua* se înrudește cu ale verbe, precum: a aprecia, a estima, a examina, a cântări, a judeca, a măsura, a nota, a valoriza, fără ca între ele să existe o sinonimie completă. Această paleta de echivalenți ai evaluării se datorează, în principal, diferitelor abordări și definiții ale termenului care au variat de-a lungul anilor. În vremuri mai vechi, evaluarea a fost asociată în

[5] The National Association of Social Workers (NASW). *Code of Ethics*, p.8. Disponibil: https://www.uaf.edu/socwork/student-information/checklist/(D)-NASW-Code-of-Ethics.pdf

[6] CLIPA, O. *Modalități de evaluare în învățământul universitar*. București, 2008, p.60.

mod obișnuit cu evaluarea performanțelor în raport cu obiective clar definite sau cu efectuarea de teste bazate pe norme, sau cu efectuarea de experimente controlate. În anii ’70 ai secolului al XX-lea evaluări-cheie erau considerate cele bazate pe raționamentul profesional. Ulterior, a existat o credință tot mai mare că evaluările utile sunt cele care oferă informații de calitate pentru luarea și evaluarea deciziilor. Acest fapt a favorizat existența mai multor accepțiuni ale noțiunii de evaluare în funcție de scopurile și obiectivele urmărite și metodologiile aplicate: evaluarea ca *nivel de atingere a obiectivelor programului*; evaluarea ca *instrument managerial și instrument de decizie*; evaluarea ca *modalitate de utilizare și îmbunătățire a programului/proiectului* și evaluarea ca *instrument de judecare și valorizare*. O definiție care integrează toate aceste accepțiuni susține că evaluarea constituie utilizarea procedurilor de cercetare socială pentru investigarea sistematică a eficacității programelor de intervenție socială, adaptată la mediul lor politic și organizațional și menită să informeze acțiunea socială în moduri care să îmbunătățească condițiile sociale.[7] Totodată, a evalua înseamnă a estima, a măsura şi a controla traseul parcurs, utilizând în acest scop anumite criterii şi grile de analiză.[8]

În literatura de specialitate, termenul *evaluare* este utilizat complementar celui de *diagnostic*, considerându-se ca având același sens; totuși, în demersul asistențial se recomandă utilizarea termenului „evaluare”.

Evaluarea reprezintă o examinare riguroasă și independentă, la un anumit moment, a unei intervenții în curs de implementare sau finalizate, pentru a determina măsura în care aceasta este capabilă să își atingă sau și-a atins obiectivele și rezultatele planificate sau dacă o schimbare poate fi atribuită acelei intervenții. În cazul serviciilor sociale, evaluarea reprezintă acțiunea de apreciere din punct de vedere calitativ și cantitativ a corespunderii serviciilor sociale prestate cu standardele de calitate din domeniu.[9]

O evaluare fundamentată ştiințific, realizată sistematic şi eficient, comportă următoarele caracteristici:

– centrarea pe identificarea problemei de rezolvat;

– este un proces continuu, dinamic şi provizoriu;

– este o construcție condiționată de subiectivitatea asistentului social, de contextul teoretic şi ideologic la care acesta se raportează;

– este confruntată cu perspectiva clientului asupra situației.

Evaluarea, ca demers operațional în funcție de care se proiectează intervenția socială, este necesar să se centreze pe *identificarea problemei de rezolvat*, care poate fi realizată prin colectarea şi analiza datelor necesare formulării corecte a problemei cu care se confruntă beneficiarul. Altfel, există riscul de a acumula

[7] MĂȚĂUAN, G. *Evaluarea programelor sociale*. București, 1999, p.61.

[8] HURUBEAN, A. *Tehnici de intervenție în asistența socială*. Iași, 2006, p.7.

[9] Legea nr.129/2012 privind acreditarea prestatorilor de servicii sociale. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2012, nr.181-184, art.593.

un volum prea mare de informații, care nu ar fi relevante pentru cazul dat, ceea ce ar face dificilă elaborarea diagnosticului psihosocial.

Totodată, evaluarea este un *proces continuu*, *dinamic şi provizoriu*, adaptat la dinamica realității socioumane şi având statutul de ipoteză de lucru, fapt ce permite revizuirea şi îmbogățirea ei constantă, în raport cu modificările ce apar în contextul vieții reale. Procesul continuu de evaluare constă în a reconstitui, într-o manieră cât mai coerentă şi comprehensibilă, o situație particulară plasată într-un context social concret. Acest demers presupune selectarea anumitor date considerate semnificative, capacitate empatică, invocarea unor referințe teoretice şi perspective de analiză diferite, motiv pentru care evaluarea poartă amprenta *subiectivității şi a formării profesionale a asistentului social*. Evaluarea reflectă sistemul normelor şi valorilor socialmente acceptate la un moment istoric dat, care sunt interiorizate de asistentul social.

Fiind o ipoteză de lucru, evaluarea va fi confirmată sau infirmată, fie prin confruntarea sa cu faptele şi cu evoluția ulterioară a situației, fie prin *raportarea la perspectiva beneficiarului asupra situației*. Împărtăşind beneficiarului propria evaluare, profesionistul urmăreşte să-şi verifice ipotezele de lucru şi să-l determine pe beneficiar să reflecte asupra propriei situații.[10]

Scopul evaluării constă în analiza informațiilor colectate prin sistemele de monitorizare și furnizarea de explicații pentru apariția unor eventuale inconsecvențe privind: atingerea obiectivelor, consumarea resurselor, schimbările generate de implementarea programului. Obiectivele evaluării sunt determinate de: oferirea suportului în luarea deciziilor cu privire la activitățile, politicile, strategia de realizare a proiectelor curente sau viitoare; demonstrarea angajamentului și responsabilității față de donatori, parteneri, beneficiari; obținerea informațiilor despre ce merge bine, ce nu merge și de ce; verificarea și îmbunătățirea calității proiectului; identificarea strategiilor de succes care ar putea fi extinse, multiplicate, repetate; modificarea strategiilor ineficiente; aprecierea efectelor/beneficiilor intervențiilor din cadrul proiectului; oferirea partenerilor și altor persoane interesate a oportunității de a se exprima asupra rezultatelor obținute și calității proiectului; justificarea/validarea proiectului în fața donatorilor, partenerilor etc.; elaborarea recomandărilor pentru îmbunătățirea programelor/proiectelor.[11]

Urmare a celor menționate, putem conchide că între monitorizare și evaluare există diferențe (a se vedea *Tabelul 6.1.*), rezultatele ambelor procese/activități asigură asistentul social de reușita intervenției.

[10] HURUBEAN, A. *Tehnici de intervenție în asistența socială*. Iași, 2006, p.7-8.

[11] *Monitorizarea și evaluarea activităților cu tinerii. Ghid pentru tineri și profesioniști care lucrează cu tinerii*. Chișinău, 2006, p.17. Disponibil: https://drepturilecopilului.md/files/publications/GHID_1profes_2006_FINAL_ New.pdf

Tabelul 6.1.

Diferențe dintre monitorizare și evaluare (în cazul unui proiect)

	Monitorizare	**Evaluare**
Întrebarea de bază	Ce se întâmplă în cadrul proiectului?	De ce se întâmplă ceva, care este calitatea și care sunt consecințele (rezultatele)?
Scopul realizării	– Pentru revizuirea progresului implementării proiectului	– Pentru a descrie și evalua progresul și rezultatele
	– Pentru a putea lua decizii bazate pe dovezi	– Pentru a formula concluzii și recomandări
	– Pentru a putea introduce anumite ajustări	
	– Pentru a oferi o bază pentru ulterioare analize (spre exemplu, pentru evaluarea proiectului)	
Persoanele implicate și modul de desfășurare	Desfășurată intern de către personalul angajat în proiect	Desfășurată intern sau extern
Momentul desfășurării	Continuu, pe parcursul implementării proiectului	În orice moment al proiectului, la sfârșitul acestuia sau după finalizarea lui
Nivelul modelului logic	Concentrarea pe intrări și ieșiri, rezultate ușor de măsurat	Concentrarea pe rezultate și impact

În contextul în care în ultima perioadă se discută tot mai des despre asigurarea calității în asistența socială, instituirea sistemelor de monitorizare și evaluare în cadrul structurilor de asistență socială este necesară. Totodată, dispunerea de instrumente aferente și cunoștințe în domeniu va contribui la implementarea standardelor în prestarea serviciilor sociale.

Sistemele solide de monitorizare și evaluare caracterizează și sprijină îmbunătățirea sistemelor de protecție socială. Sistemele date oferă instrumente eficiente pentru a evalua măsura în care programele de protecție socială își ating obiectivele principale, oferind în același timp îndrumări pentru îmbunătățirea performanței programelor și sistemelor. Procesele de monitorizare și evaluare servesc obiectivelor de învățare mai largi – stabilirea unei baze de cunoștințe, care să ofere dovezi cu privire la impactul protecției sociale. Datele de monitorizare și evaluare pot oferi dovezi care încurajează deciziile decidenților politici de a extinde și susține sistemele de protecție socială.[12]

În concluzie, monitorizarea este sistemul de avertizare timpurie pentru evoluții ulterioare neașteptate. În lipsa unei monitorizări nu se poate răspunde în

[12] *Monitoring and evaluating social protection systems*. OECD, 2019, p.5. Disponibil: https://www.oecd.org/dev/inclusive-societies-development/Lessons_learned_M-E.pdf

mod adecvat la abaterile de la planul inițial stabilit sau la alte evenimente/acțiuni neprevăzute. Spre deosebire de evaluarea la sfârșitul procesului, monitorizarea oferă o siguranță în atingerea rezultatelor.

6.2. Evaluarea cazurilor în asistența socială

Evaluarea în practica asistenței sociale este determinată de un complex de variabile (tipul problemei, caracteristicile beneficiarului, competența instituției sau serviciului de asistență socială, referințele teoretice etc.) care afectează neutralitatea şi obiectivitatea demersului evaluativ. Pentru realizarea unor diagnoze riguroase din punct de vedere științific se impune necesitatea respectării unui set de reguli: identificarea și valorificarea datelor direct observabile, consemnarea cât mai fidelă a acestora şi evitarea reconstituirii informațiilor din memorie, identificarea circumstanțelor în care a apărut un anumit tip de comportament, elaborarea instrumentelor de culegere a datelor şi de evaluare a problemelor (grile de evaluare).

În asistența socială evaluarea poate fi aplicată beneficiarului, serviciului sau programului/politicii. În cazul evaluării situației ***beneficiarului***, Legea nr.123/2010 cu privire la serviciile sociale stabilește două tipuri de evaluări: evaluarea inițială și evaluarea complexă. Legea stabilește faptul că prin intermediul evaluării inițiale se identifică necesitățile individuale ale persoanei sau familiei și se stabilește dreptul lor de a benefica de servicii sociale, iar prin intermediul evaluării complexe se realizează o analiză detaliată a cazului prin interacțiune cu rețeaua socială a beneficiarului și cu participarea specialiștilor cu scopul identificării necesităţilor persoanei/familiei, a resurselor disponibile în familie şi comunitate, recomandarea serviciilor sociale şi elaborarea planului individualizat de asistenţă socială.

Conform metodologiei managementului de caz,[13] ambele tipuri de evaluări sunt realizate în baza unor formulare standardizate pentru a determina situația copilului (evaluare inițială) și a familiei și copilului (evaluare complexă), fapt ce facilitează evaluarea. Formularele date pot fi extinse în funcție de nevoile de informații pentru a asigura o analiză exhaustivă a situației.

Evaluarea inițială este realizată de obicei de asistentul social comunitar și specialistul în protecția drepturilor copilului din cadrul APL de nivel I (în cazul în care este instituită această unitate), fiind posibilă în anumite cazuri implicarea și altor profesioniști. Informațiile colectate și analizate în procesul de evaluare se referă la următoarele aspecte[14]:

– date generale despre copil și familia în care crește și se educă;

– motivul desfășurării evaluării inițiale;

– date cu privire la persoanele care locuiesc împreună cu copilul la momentul evaluării, colectate prin discuții cu adultul/adulții și copilul;

[13] *Managementul de caz*. *Ghid de suport pentru aplicare practică*, aprobat prin ordinul Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei nr.96 din 18.05.2016.

[14] Anexa 1 la *Managementul de caz*.

– îngrijorările referitoare la domeniile de bunăstare a copilului (siguranță, sănătate, realizări, îngrijire cu afecțiune, activism, respect, responsabilitate, incluziune), stabilite în urma observațiilor și discuțiilor desfășurate cu adulții și copilul. Spre exemplu, poate fi atrasă atenția la vestimentația corespunzătoare anotimpului, frecventarea școlii în cazul copiilor de vârstă școlară, semne vizibile de violență etc.;

– alte comentarii, stabilite în baza informațiilor adiționale care nu s-au regasit la capitolele anterioare;

– concluzii și recomandări urmare a evaluării inițiale.

În cadrul evaluării inițiale se constată nu doar riscurile imediate la care se expune copilul și familia, dar sunt stabilite și punctele forte, resursele existente și intervențiile de protecție necesare. Astfel, datele evaluării inițiale fundamentează deciziile ulterioare.

Evaluarea complexă este realizată la fel de către asistentul social comunitar și specialistul în protecția drepturilor copilului din cadrul APL de nivelul 1, precum și de reprezentanții serviciilor sociale specializate de căre beneficiază copilul sau familia. Scopul acestei evaluări este analiza complexă și aprofundată a situației copilului și a familiei, depășind evaluarea necesităților fundamentale imediate ale copilului.

Acest tip de evaluare include evaluarea complexă a situației copilului (1) și a familiei (2):

1. *în cazul copilului* sunt analizate:

– date generale despre copil;

– date cu privire la contactul copilului cu serviciile universale (la care trebuie să aibă acces fiecare copil), prin solicitarea informației despre contactarea cu sectoarele de educație, sănătate, asistență socială, organele de ordine publică și alte organizații (ONG-uri, biserică etc.);

– domeniile de bunăstare a copilului, solicitându-se informații cu privire la cele opt domenii de bunăstare a copilului (siguranță, sănătate, realizare, îngrijire cu afecțiune, activism, respect, responsabilitate și incluziune[15]);

– constatări în rezultatul evaluării, care reprezintă cea mai importantă parte a evaluării situației copilului, cuprinzând formularea necesităților copilului pentru fiecare domeniu de bunăstare, îngrijorările cu privire la cele mai importante aspecte ale vieții copilului și măsurile întreprinse de familie, de serviciile universale, de comunitate până la evaluare și impactul acestora. În același timp, această parte conține informații cu privire la punctele forte (cunoștințe, abilități, capacități ale copilului; de exemplu: curajul, dorința de a reuși, capacități de stabilire a relațiilor cu semenii etc.) și punctele slabe (ceea ce nu cunoaște copilul, nu poate realiza, caracteristici lipsă sau care împiedică dezvoltarea etc.; de exemplu: frica de a vorbi drespre emoții și sentimente, experiențe traumatizante în copilărie etc.);

[15] Instrucțiunea cu privire la mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.143/2018. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2018, nr.48-57, art.168.

– viziunea copilului despre situația curentă, copilul fiind încurajat să vorbească și să participe în procesul de evaluare;

– viziunea părinților/îngrijitorilor despre situația curentă a copilului.

2. *în cazul familiei* se vor colecta informații, precum:

– date generale despre familia copilului (în cazul în care copilul nu locuiește în familia biologică se vor colecta date despre ambele familii), fiind descrise problemele cu care se confruntă familia;

– componența familiei;

– alte persoane relevante care contactează cu copilul, dar care nu locuiesc la moment cu acesta;

– condiții de locuit și bunăstarea familiei, în special indicându-se informații cu privire la tipul locului de trai, starea și condițiile spațiului de trai, veniturile familiei etc.;

– evaluarea factorilor protectori ai familiei în care crește și se dezvoltă copilul, prin care se oferă informație cu privire la cinci factori protectori ai familiei (reziliența parentală, rețeaua de suport a familiei, capacitatea parentală pentru îngrijirea și dezvoltarea copilului, sprijin concret la necesitate, capacitatea părinților/îngrijitorilor de a dezvolta la copil competențe emoționale și sociale). Consolidarea acestor factori va contribui la asigurarea bunăstării copilului.

În vederea evaluării situației copilului și familiei, este necesară parcurgerea a patru etape: (1) planificarea evaluării, prin care se stabilește momentul și modalitatea de desfășurare a evaluării, (2) culegerea informației, (3) verificarea informației, în situația în care informațiile sunt incomplete sau contradictorii, apelând la alte surse de informații și (4) analiza informației, prin care se determină măsura în care informația reflectă situația copilului și a familiei, necesitățile și riscurile existente.

Cercetătoarea A. Hurubean[16] a sintetizat o serie de tipuri de evaluare aplicate în asistența socială, în funcție de conținut și de poziția pe care o ocupă în cadrul acțiunii asistențiale (a se vedea *Figura 6.2.*).

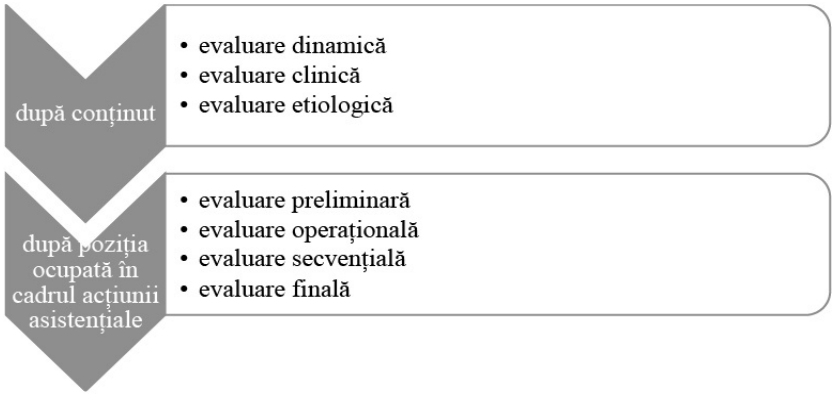


Fig.6.2. Tipuri de evaluări

[16] HURUBEAN, A. *Tehnici de intervenție în asistența socială*. Iași, 2006, p.9-10.

După **conținut**, evaluările pot fi:

a) evaluarea dinamică, denumită și de diagnostic descriptiv, se axează pe „dinamica prezentului", luându-se în considerare factorii implicați în relația persoana-problema-situația. Acest tip de evaluare este o sinteză descriptivă în care asistentul social corelează elementele de care dispune (de ordin material, afectiv, social etc.), pentru a înțelege dinamica lor;

b) evaluarea clinică rezidă în punerea diagnosticului de către psihiatru, pornind de la identificarea tulburărilor de personalitate şi a simptomelor specifice diferitelor maladii psihice;

c) evaluarea etiologică, denumită și diagnosticul cauzal, se axează pe stabilirea factorilor cauzali ai situației actuale a beneficiarului, ceea ce presupune o incursiune în istoria cazului respectiv.

După **poziția ocupată în cadrul acțiunii de asistare**, evaluările pot fi de următoarele tipuri:

a) evaluarea preliminară este o evaluare imediată, rapidă, efectuată chiar de la prima întâlnire cu beneficiarul. Acest tip de evaluare furnizează informații primare cu privire la situația beneficarului, fiind influențată de impresiile de moment şi de profesionalismul asistentului social. Evaluarea preliminară stă la baza deciziei instituției sau serviciului specializat cu privire la demararea procesului de asistare;

b) evaluarea operațională se desfășoară după ce asistentul social are toate informațiile necesare despre caz, putând astfel să stabilească tipul problemelor existente, cauzele acestora, persoanele implicate, resursele disponibile, obiectivele schimbării şi strategia de acțiune/intervenție. Acest tip de evaluare mai este denumit și diagnostic psihosocial, oferă o imagine completă asupra situației beneficiarului şi formulează principalele ipoteze de lucru. Diagnosticul psihosocial este flexibil, permite revizuiri şi ajustări ori de câte ori intervin modificări ale situației date;

c) evaluarea secvențială desemnează evaluările periodice efectuate pe parcursul derulării programului de intervenție. Acestea indică asupra realizării unor obiective şi sarcini specifice, care relevă încheierea anumitor etape de lucru;

d) evaluarea finală se centrează pe analiza rezultatelor intervenției şi se realizează din trei perspective: perspectiva beneficiarului se centrează pe analiza îndeplinirii obiectivelor propuse şi ameliorarea sau depăşirea situației problematice; perspectiva instituției asistențiale are în vedere raportul costuri-rezultate; perspectiva asistentului social analizează calitatea demersului său într-o manieră tehnică, strict profesională, având în vizor îmbunătățirea strategiilor de intervenție.

Începând cu anii ’60 ai secolului al XX-lea, au fost dezvoltate o multitudine de tipuri de **evaluare a programelor sociale** ca instrument al politicilor sociale, care pot fi grupate în corespundere cu următoarele criterii:

În funcție de componentele programului/proiectului evaluate, se disting:

– *Evaluarea procesului* – presupune un plan sistematic, concentrat pentru colectarea datelor, pentru a determina dacă modelul de program este implementat așa cum s-a intenționat inițial și, dacă nu, cum diferă operațiunile de cele planificate inițial. Acest cadru colectează, de asemenea, informații despre percepțiile părților interesate despre program.

– *Evaluarea rezultatelor* – examinează cât de bine un proiect a atins rezultatele pe care le-a stabilit la început. În general, este o evaluare sumativă a programului care poate fi utilizată pentru a face recomandări vizând îmbunătățirile viitoare ale programului.

– *Evaluarea impactului* – analizează efectul pe care un program l-a avut asupra participanților și părților interesate ale proiectului. Măsoară rezultatele, dar și schimbările care au rezultat din acele rezultate.

În funcție de momentul realizării evaluării proiectelor, programelor sau politicilor, se deosebesc:

– *Evaluarea ex-ante* – presupune un demers care analizează contextul în care urmează să se implementeze o intervenție. Se realizează în scopul de a obține o prognoză cu privire la modul în care un program va funcționa și va produce efectele dorite.

– *Evaluarea intermediară* – se desfășoară în timpul executării unui proiect/program. Ea are drept scop analiza procesului de implementare, în vederea îmbunătățirii sale, și utilizează în mod principal rezultatele monitorizării completând, dacă este cazul, cu date colectate suplimentar despre gradul de realizare a obiectivelor și atingerea rezultatelor pe termen scurt, modul de respectare a calendarului, încadrarea în buget, gradul de utilizare a celorlalte resurse, factorii care influențează implementarea. Acest tip de evaluare este vital pentru corecția și revizuirea în timp real a planului de acțiune și activităților.

– *Evaluarea finală* – se efectuează imediat după finalizarea implementării proiectului/programului. Ea vizează analiza proiectelor/programelor din perspectiva rezultatelor comparate cu obiectivele inițiale și urmărește cuantificarea rezultatelor acestora, analiza calitativă și cantitativă a performanțelor, însușirea unor lecții pentru îmbunătățirea managementului proiectelor, programelor sau politicilor.

– *Evaluarea ex-post* – este realizată la o anumită perioadă de timp după finalizarea proiectelor, programelor sau politicilor sociale. Ea se concentrează pe aprecierea impactului intervențiilor și a sustenabilității acestuia.

***În funcție de conținut*,** există două tipuri principale de evaluare:

– *Evaluare de proces* sau *evaluarea formativă* – este centrată în principal pe modul de implementare și de administrare a programului/proiectului. Are ca scop creșterea calității și perfecționarea programului evaluat și este asociată cu metode calitative de culegere și analiză a datelor.

– *Evaluarea de impact* sau *evaluarea sumativă* – urmărește consecințele programului/proiectului. Are ca scop aprecierea rezultatelor și impactul proiectului, pentru care utilizează metode cantitative de culegere și analiză a datelor.

În funcție de obiectivele evaluării, criteriile de evaluare și datele disponibile, pentru a evalua orice proiect, program sau politică publică pot fi aplicate două tipuri de evaluare: evaluarea bazată pe teoria schimbării și evaluarea contrafactuală.[17]

– *Evaluarea bazată pe teoria schimbării* – pornește de la ideea că orice intervenție planificată este determinată de teoria, explicită sau implicită, a schimbărilor pe care urmează să le producă, prin abordarea unor nevoi sau probleme, cu o serie de resurse și activități, într-un context dat, în vederea obținerii unor efecte și rezultate, dar și a unui impact durabil. În acest context, evaluarea bazată pe teoria schimbării testează legăturile logice și practice dintre elementele teoriei schimbării pentru intervenția evaluată: nevoi, resurse, activități, factori de sprijin și perturbatori, rezultate imediate și durabile. Metode de cercetare și evaluare calitative și cantitative sunt utilizate pentru acest demers, iar combinarea lor într-un mix metodologic este recomandabilă.

– *Evaluarea contrafactuală* – reprezintă o modalitate de evaluare a impactului prin aplicarea unor metode de cercetare experimentale sau cvasiexperimentale și utilizarea de instrumente econometrice și statistice.

Evaluarea programelor și/sau a serviciilor sociale este importantă pentru asigurarea unui management eficient al resurselor umane și financiare. Cercetătoarea N. Neamțu[18], citându-o pe E. Chelimsky, indică scopurile evaluării serviciilor sociale prestate de sectorul public sau privat:

– *formularea politicii*, evaluarea nevoii unui program nou și proiectarea acestuia astfel încât să răspundă nevoilor;

– *executarea politicii*, evaluarea asigură dacă programul este implementat în mod comptenet din punct de vedere tehnic;

– *responsabilitatea*, *răspunderea în luarea deciziilor publice*, evaluarea oferă suport în continuarea, modificarea sau finalziarea unui program.

În cazul serviciilor sau programelor sociale, ***evaluarea de impact*** este important de a fi cosndierată, dat fiind că prin intermediul acesteia se măsoară eficacitatea și eficiența acestora, fiind pus accentul pe rezultatele finale. Întrebările la care urmează să răspundă evaluarea de impact s-ar rezuma la următoarele aspecte:

[17] Raport final. *Dezvoltarea unei Comunități de Evaluare Profesioniste în România*. 2009. Disponibil: https://www.mfinante.gov.ro/static/10/Mfp/evaluare/Raport_final.pdf

[18] NEAMȚU, N. Dimensiunea managerială în asistența socială. În: Neamțu, G. (coord.) *Tratat de asistență socială*. Iași, 2003, p.389.

– definirea corespunzătoare a nevoilor sociale ale persoanelor beneficiare;
– stabilirea precisă și clară a grupului-țintă;
– disponibilitatea resurselor la un nivel suficient și adecvat pentru satisfacerea nevoilor;
– furnizarea serviciilor este realizată în corespundere cu standardele minime de calitate;
– corespondența serviciilor furnizate cu scopul, procedurile și standaredle în domeniu;
– satisfacerea nevoilor identificate;
– repartizarea resurselor în corespundere cu obiectivele instituției.

Din cele menționate anterior se poate conchide că elementele-cheie ale evaluării utilității unui program/serviciu social se referă la: obiective, grupul-țintă, resurse, proces, servicii, rezultate, eficiență și revizuirea programului.

Cadrul normativ național, în special Legea nr.129/2012, evidențiază faptul că evaluarea se realizează în baza standardelor minime de calitate, aceasta fiind o etapă a procedurii de acreditare. Standardele minime de calitate a serviciilor sociale sunt aprobate prin hotărâri de guvern.

6.3. Monitorizarea cazului beneficiarilor de asistență socială

Monitorizarea în asistența socială este o funcție vitală, care permite optimizarea continuă a programelor de asistență și a serviciilor de suport adresate beneficiarilor, astfel încât acestea să aibă un impact pozitiv. De menționat că informațiile colectate prin monitorizare relevă și lacunele sau problemele aferente, care necesită resurse pentru a le soluționa. Fără o monitorizare eficientă și coerentă nu este o claritate cu referire la domeniile prioritare de intervenție. În absența unei monotorizări constante, toate resursele ar putea fi irosite cu ușurință într-un domeniu care nu este sursa problemei. Monitorizarea și evaluarea ajută la prevenirea intervenției eronate sau care nu implică toate resursele beneficiarului și implicarea constantă a acestuia.

Monitorizarea este o etapă a managementului de caz, aplicat în domeniul asistenței sociale. Totodată, este procesul prin care asistentul social monitorizează acțiunile care se efectuează pe cazul dat. Monitorizarea este un proces de verificare permanentă a progreselor stabilite în cadrul planului individualizat de asistență, pentru a putea sesiza evoluția cazului. Acest lucru este foarte important pentru schimbarea intervenției și a metodelor de lucru asupra cazului, dacă nu se observă o schimbare pozitivă a situației beneficiarului, îmbunătățirea calității serviciilor și a impactului pe care acestea îl au. Monitorizarea presupune că asistentul social împreună cu beneficiarul urmează să evalueze în mod continuu succesul acțiunilor, pentru a urmări nivelul la care au fost atinse obiectivele. Profesionistul este responsabil pentru evidența cursului activității, măsurând validitatea, precizia și eficiența fiecărui pas în acordarea de ajutor, pe măsură ce acest

proces se desfășoară. Acest lucru poate fi realizat cu ajutorul fișei de monitorizare care cuprinde date concrete despre succesele și insuccesele înregistrate pe parcursul intervenției.

Tabelul 6.2.

***Exemplu* Fișă de monitorizare**

MONITORIZAREA SITUAȚIEI COPILULUI DIN PERSPECTIVA DOMENIILOR DE BUNĂSTARE		
Siguranță	Copilul se simte în siguranță acasă (nu este expus violenței sau neglijării din partea părinților/ reprezentantului legal)	☐ Da ☐ Nu (specificați)
	Locuința în care trăiește copilul este adecvată pentru creșterea și dezvoltarea lui	☐ Da ☐ Nu (indicați ce lipsește)
	Copilul se simte în siguranță în instituția de învățământ (nu este expus violenței și discriminării din partea semenilor sau adulților)	☐ Da (indicați)
		☐ Nu
Sănătate	Copilul este luat la evidența instituției medicale	☐ Da ☐ Nu (indicați cauza)
	Copilul are probleme de sănătate	☐ Da (indicați)
		☐ Nu
	Copilul beneficiază de tratament (se completează în situația în care copilul are probleme de sănătate)	☐ Da (indicați tipul – ambulatoriu, de staționar, de reabilitare, sanatorial)
		☐ Nu (indicați cauza)
	Copilul se alimentează corespunzător	☐ Da
		☐ Nu (indicați cauza)
	Copilul duce un mod sănătos de viață (nu consumă alcool, nu fumează, practică sportul etc.)	☐ Da (specificați)
		☐ Nu (specificați)

Realizări	Copilul frecventează sistematic instituția de învățământ	☐ Da
		☐ Nu (indicați cauza și numărul de absențe în ultima lună)
	Copilul are o reușită școlară	☐ Foarte bună ☐ Bună ☐ Satisfăcătoare
		☐ Nesatisfăcătoare (indicați cauzele nereușitei școlare)
	Copilul a înregistrat progrese (comparativ cu etapa la care a fost reintegrat)	☐ Da
		☐ Nu (indicați cauza)
	Copilul are aspirații pentru viitor (plan pentru continuarea studiilor etc.)	☐ Da (specificați)
		☐ Nu
Îngrijire cu afecțiune	Copilul este tratat cu afecțiune de cei apropiați	☐ Da
		☐ Nu (specificați)
	Copilul are aspect îngrijit (îmbrăcăminte curată și potrivită anotimpului, pieptănat, tuns)	☐ Da
		☐ Nu (specificați)
	Copilul este sociabil și pozitiv în relația cu cei din jur	☐ Da
		☐ Nu (specificați)
Activism	Copilul este implicat în activități de petrecere a timpului liber (odihnă, sport, dans, muzică etc.)	☐ Da (specificați) ☐ Nu (specificați)
	Părintele/reprezentantul legal încurajează participarea copilului la diverse activități	☐ Da (specificați)
		☐ Nu (indicați cauza)
Respect	Copilul se simte respectat, ascultat și luat în serios (în familie, școală, comunitate)	☐ Da
		☐ Nu (indicați cauza)
	Copilul îi respectă pe cei din jur și înțelege opinia altora, îi ajută pe alții	☐ Da
		☐ Nu (indicați cauza)

Responsabilitate	Copilul respectă reguli şi instrucțiuni – în familie, la școală și în comunitate	☐ Da
		☐ Nu (specificați)
	Copilul respectă reguli şi instrucțiuni – în familie, la școală și în comunitate	☐ Da
		☐ Nu (specificați)
Incluziune	Copilul are responsabilități adecvate vârstei și potențialului său, în familie, la școală și în comunitate	☐ Da
		☐ Nu (specificați)
	Copilul comunică cu semenii, simte că face parte dintr-un grup (prieteni, colegi, vecini, comunitate)	☐ Da
		☐ Nu (specificați)
	Copilul are cerințe educaționale speciale	☐ Da
		☐ Nu
	Forma de incluziune (pentru copiii cu CES)	☐ totală
		☐ parțială
		☐ ocazională
	Servicii de suport de care beneficiază copilul în instituția de învățământ.	☐ Cadru didactic de sprijin
		☐ Centru de Resurse pentru Educația Incluzivă
		☐ Asistență psihologică
		☐ Asistență logopedică
		☐ Suport în pregătirea temelor pentru acasă
		☐ Alt tip de suport (specificați)

Metodologia managementului de caz propune un exemplu de monitorizare a acțiunilor în implementarea PIA și la închiderea cazului, reflectate în Tabelul 6.3.

Tabelul 6.3.

Elemente componente ale Fișei de monitorizare în contextul aplicării managementului de caz

Monitorizarea implementării planului individual de asistență	*Monitorizarea situației copilului și familiei după închiderea cazului*
– data acțiunii de monitorizare, – acțiunea de monitorizare, – acțiunile preconizate în PIA, – termenul stabilit pentru acțiuni, – progresele sau lipsa acestora și motivul, concluzii, recomandări și necesități noi identificate	– data acțiunii de monitorizare, – acțiunea de monitorizare, – constatări, – concluzii și recomandări

Obiectivele monitorizării în asistența socială ar fi:
– adaptarea la schimbările apărute în mediu;
– determinarea problemelor și nevoilor;
– limitarea erorilor;
– conducerea activităţilor complexe;
– minimizarea costurilor.[19]

În literatura de specialitate, cercetătorii britanici L. Gosling și M. Edwards, identifică trei categorii de bază de monitorizare:
– monitorizare tehnică;
– monitorizare funcțională;
– monitorizarea proceselor.[20]

Acestea sunt prezentate în figura ce urmează. Aceste trei categorii au o ierarhie foarte clară.

[19] Evaluarea și intervenția în asistența socială. În: *Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova*. Chișinău, 2008, p.121.

[20] GOSLING, L., EDWARDS, M. *Toolkits*: *A practical guide to assessment*, *monitoring*, *review and evaluation*. *Development Manual 5*. Save the Children. London, UK. 1995. Disponibil: https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/toolkits-a-practical-guide-to-planning-monitoring-evaluation-and-impact-assessment2003.pdf/

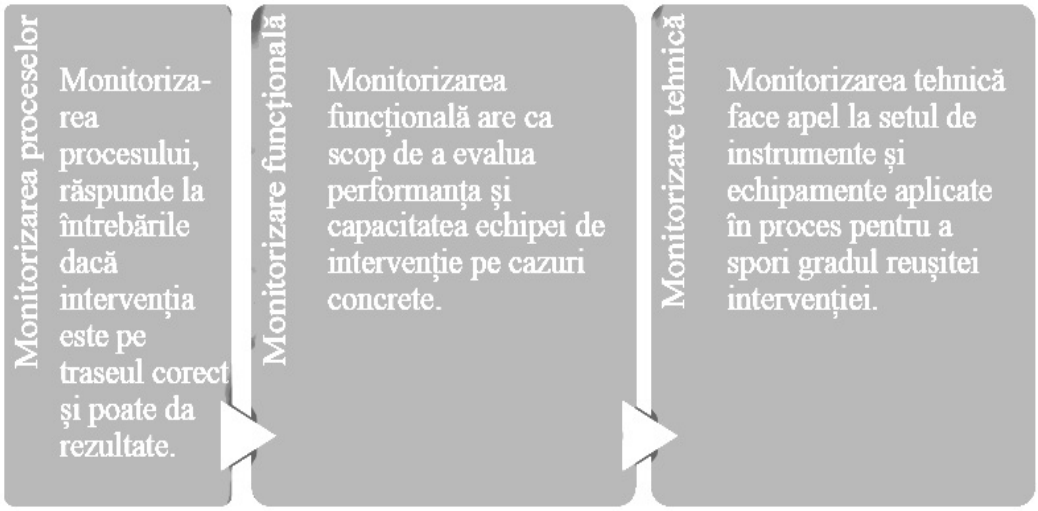


Fig.6.3. Caracteristici ale tipurilor de monitorizare

În corespundere cu progresul și succesul în implementarea planului elaborat, asistentul social poate decide să continue intervenția sau să reevalueze cazul pentru a depăși obstacolele sau a opera ajustări în corespundere cu noile circumstanțe.

Monitorizarea se axează pe realizarea următoarelor principii:

– aplicarea prevederilor legale referitoare la serviciile sociale;
– respectarea standardelor minime de calitate;
– îndrumarea şi coordonarea metodologică la toate nivelurile;
– asigurarea respectării drepturilor sociale ale beneficiarului.

În procesul de monitorizare se colectează diferite tipuri de date, după cum urmează:

1) *date cantitative*, care pot fi măsurate şi se colectează în baza fișei de monitorizare sau în baza statisticilor;

2) *date calitative*, cu referire la calităţi sau caracteristici, sub formă de informaţie descriptivă, care pot fi colectate în baza interviurilor, discuțiilor pe rețele de socializare, articole în ziare etc. Indiferent de tipul datelor, cel mai important aspect este ca acestea să fie colectate sistematic și bazate pe anumite întrebări la care se caută răspuns.[21]

Procesul de colectare a datelor necesită o structurare, planificare şi organizare prealabilă, deoarece implică diferite surse şi metode de colectare, actori implicaţi, timp necesar pentru totalizare și, respectiv, integrarea datelor despre situația copilului în raportul de monitorizare a situației copilului. Pentru

[21] SUOPAJARVI, L., JUNGSBERG, L. *Tools for monitoring social impacts of large-scale industries*, p.4. Disponibil: http://nordregio.org/wp-content/uploads/2022/10/REGINA_WP_Tools_for_monitoring_social_impacts.pdf

colectarea datelor calitative este necesară organizarea vizitelor în teritoriu, intervievarea copilului și părinților/reprezentantului legal, cadrelor didactice, membrilor echipei multidisciplinare, altor membri ai comunității.

Pentru ca procesul de monitorizare să fie orientat spre impact asupra beneficiarului, se solicită respectarea următorilor pasi:

Pasul 1: Proiectarea unui plan eficient de monitorizare.

Pasul 2: Colectarea informațiilor din surse sigure și verificarea lor.

Pasul 3: Implementarea unui mecanism eficient de gestionare a informațiilor obținute în procesul de monitorizare.

Pasul 4: Formularea coerentă a recomandărilor pentru îmbunătățirea intervenției.

Pasul 5: Facilitarea aplicării recomandărilor în mod individualizat pentru fiecare beneficiar.

Cel mai frecvent în munca sa, un asistent social aplică **monitorizarea implementării și revizuirea Planului Individualizat de Asistență (PIA)**, ca parte componentă a managementului de caz, pentru validarea relevanței metodelor aplicate și dacă în procesul intervenției au fost identificate corect necesitățile copilului și ale familiei.

Monitorizarea implementării PIA implică verificarea faptului că familia și copilul primesc servicii adecvate și că suportul oferit răspunde necesităților identificate. Totodată, se verifică dacă situația lor progresează pozitiv, în conformitate cu PIA, este una stabilă sau, din contra, se înrăutățește.

Monitorizarea se efectuează cu regularitate pe parcursul lucrului pe caz, pentru a se verifica dacă acțiunile și serviciile planificate au fost efectuate și oferite și dacă acestea au dus la satisfacerea necesităților copiilor și la consolidarea familiilor acestora. Drept exemple de acțiuni de monitorizare a implementării planului pot fi următoarele: verificarea dacă copilul a primit asistența medicală necesară, dacă este înscris la școală și dacă o frecventează; felul în care discuțiile/lucrul cu părinții au influențat comportamentul și atitudinea lor față de copil, dacă relația copilului cu părinții/îngrijitorii se îmbunătățește etc.

Totodată, monitorizarea implementării este esențială pentru a ajuta managerul de caz să identifice orice modificare în situația unui copil sau circumstanțele familiale care ar putea necesita o revizuire și o schimbare a PIA. Ca parte a monitorizării, este important să fie luat în considerare și faptul apariției unor factori de risc noi sau a creșterii gradului de risc al unor situații constatate în trecut. Acest lucru ar putea impune necesitatea unor noi acțiuni urgente, care vor fi incluse în PIA.

Caseta 6.1.

Factori de risc noi:

– Familia și-a schimbat gazda, se cunoaște că proprietarul locuinței este agresiv și violent.

– Moșul pe linie maternă a fost eliberat recent din detenție și împărțește aceeași locuință cu copiii.

– Copilul adolescent este parte a unui grup infracțional cunoscut în comunitate.

Creșterea gradului de risc al unor situații constatate în trecut:

– Și după finalizarea tratamentului de dezalcoolizare, vecinii au văzut mama în stare de ebrietate avansată.

– Copiii reintegrați în familia biologică continuă să absenteze școala și aspectul lor este neîngrijit.

– Tratamentul tatălui, singurul îngrijitor al familiei, nu a dat rezultat pozitiv, starea lui de sănătate se agravează.

Monitorizarea începe din momentul înregistrării cazului copilului și începutul unei intervenții inițiale (care are menirea de a răspunde necesităților imediate ale copilului) și până când dosarul copilului este închis. Frecvența vizitelor și a ședințelor de monitorizare, precum și tipul de acțiuni de monitorizare vor depinde de situația copilului, necesitățile lui specifice și nivelul de risc stabilit, precum și de progresele și îmbunătățirea situației sale. De exemplu, dacă copilul este plasat într-un serviciu alternativ de tip familial pentru o perioadă de timp limitată, apelurile telefonice cu o anumită regularitate pot fi esențiale pentru a verifica siguranța și bunăstarea copilului aflat în plasament.

Tipuri de acțiuni pentru monitorizarea implementării PIA:

– discuții cu copilul și cu părinții/îngrijitorii;
– vizite programate la domiciliu;
– vizite inopinate la domiciliu;
– apeluri telefonice;
– monitorizare informală bazată pe comunitate. De exemplu, contactarea profesorului copilului dacă acesta este implicat în sprijinul copilului ca parte a PIA sau monitorizarea prin colectarea informației de la grupurile din comunitate.

Datele vizitelor de monitorizare și informația colectată se înregistrează în formularul de evidență a vizitelor de monitorizare a implementării PIA, care se anexează la dosarul copilului, conform structurii standard.[22]

[22] Anexa 5 la *Managementul de caz*.



***Întrebări de recapitulare*:**

1. Stabiliți diferența dintre monitorizare și evaluare.
2. Analizați tipurile de evaluări.
3. Determinați specificul tipurilor de monitorizare.
4. Argumentați necesitatea desfășurării exercițiilor de evaluare și monitorizare în cazul beneficiarilor de asistență socială și a programelor/serviciilor.
5. Identificați aspectele ce necesită a fi evaluate pentru un serviciu social.



***Sarcini de lucru individual*:**

1. Determinați întrebările de evaluare a serviciului social de îngrijire la domiciliu.
2. Analizaţi instrumentele de monitorizare în funcţie de etapa de instrumentare a acestuia.
3. Simulăți în baza studiilor de caz: etapa de monitorizare, de reevaluare, de închidere a cazului.

Cazul 1. Ana provine dintr-o familie socialmente vulnerabilă, fiind născută de mamă solitară. Este primul copil din trei, ceilalți 2 copii fiind mai mici și născuți de la tată diferit. Ana a fost neglijată de către mama sa și concubinul acesteia atât în plan igienic și fizic, cât și psihoemoțional și educațional. Casa din mun. Chișinău în care locuia împreună cu mama și bunicii este semiruinată, în ea lipsind condițiile minime de trai (nu are conectare la apă, gaz și electricitate). O perioadă de 3 ani nu a fost școlarizată decât la începutul anului școlar, ulterior a abandonat școala. Cazul a fost sesizat de către vecini.

Cazul 2. Ion provine dintr-o familie socialmente vulnerabilă care se confruntă cu mai multe probleme, cum ar fi sărăcia, violența în familie, dar și cu unele probleme la școală. Familia locuiește într-o casă bătrânească, cu 3 camere, care are nevoie de reparație totală. Copilul lor nu are condiții, nu are masă pentru lecții, nu are mobilă pentru haine sau alte lucruri utile lui. Părinții lucrează ocazional și sezonier în agricultură, iar banii care îi primesc sunt chieltuiți pe produse alimentare, haine pentru copil, dar și pentru procurarea băuturilor alcoolice. În urma consumului de alcool în această familie sunt scene de violență, prin vătămari corporale, prin lovire cu palma, dar și prin violență psihologică care constă în umilire, amenințare, agresiune verbală. Din cauza acestor scene de violență, copilul nu are

un comportament adecvat la școală, este mult mai retras, mai timid, nu comunică aproape cu nimeni, se enervează foarte repede și devine violent atât cu profesorii, cât și cu colegii săi.

4. Listaţi situaţiile în care puteţi lua decizia în vederea închiderii cazului beneficiarului.
5. Identificați abilitățile profesionale pe care ar trebui sa le dețină un profesionist implicat în procesul de evaluare și monitorizare în asistența socială.
6. Analizaţi instrumentele de monitorizare în funcţie de tipul de caz şi de etapa de instrumentare a acestuia.



***Bibliografie selectivă*:**

1. *Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova*. Chișinău: Cu drag SRL, 2008. ISBN978-9975-80-146-1
2. CLIPA, O. *Modalităţi de evaluare în învăţământul universitar*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 2008. ISBN 978-973-30-2420-0
3. COJOCARU, Șt. *Metode apreciative în asistența socială*. *Ancheta*, *supervizarea și managementul de caz*. Iași: Polirom, 2005, ISBN 973-46-0124-5
4. GOSLING, L., EDWARDS, M. *Toolkits*: *A practical guide to assessment*, *monitoring*, *review and evaluation*. Development Manual 5. Save the Children. London, UK, 1995. Disponibil: https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/toolkits-a-practical-guide-to-planning-monitoring-evaluation-and-impact-assessment2003.pdf/
5. Hotărârea Guvernului nr.143/2018 pentru aprobarea Instrucțiunii cu privire la mcanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2018, nr.48-57, art.168.
6. Hotărârea Guvernului nr.149/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Muncii și Protecției Sociale. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2021, nr.206-208, art.347.
7. HURUBEAN, A. *Tehnici de intervenție în asistența socială*. Iași: Polirom, 2006.
8. JOHNSTONE, R., Mohammed, S. Monitoring and Evaluation in a Marine Protected Area. Module 9. În: Francis, J. et al. (eds.) *Training for the Sustainable Management of Marine Protected Areas*: *A Training Manual for MPA Managers*. CZMC/WIOMSA, 2003.
9. Legea nr.123/2010 cu privire la serviciile sociale. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2010, nr.155-158, art.541.
10. Legea nr.129/2012 privind acreditarea prestatorilor de servicii sociale. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2012, nr.181-184, art.593.

11. *Managementul de caz. Ghid de suport pentru aplicare practică*, aprobat prin ordinul Ministrului Muncii, Protecției Sociale și Familiei, nr.96 din 18.05.2016.
12. MĂȚĂUAN, G. *Evaluarea programelor sociale*. București: Expert, 1999.
13. *Monitorizarea și evaluarea activităților cu tinerii*. *Ghid pentru tineri și profesioniști care lucrează cu tinerii*. Chișinău, 2006. Disponibil: https://drepturilecopilului.md/files/publications/GHID_1profes_2006_FINAL_ New.pdf
14. *Monitoring and evaluating social protection systems*. OECD, 2019. Disponibil: https://www.oecd.org/dev/inclusive-societies-development/Lessons_learned_M-E.pdf
15. NEAMȚU, G. (coord.) *Enciclopedia asistenței sociale*. Iași: Polirom, 2016. ISBN 978-973-46-4439-1
16. *Raport final*. *Dezvoltarea unei Comunități de Evaluare Profesioniste în România*. 2009. Disponibil: https://www.mfinante.gov.ro/static/10/Mfp/evaluare/Raport_final.pdf
17. SUOPAJARVI, L., JUNGSBERG, L. *Tools for monitoring social impacts of large-scale industries*. Disponibil: http://nordregio.org/wp-content/uploads/2022/10/REGINA_WP_Tools_for_monitoring_social_impacts.pdf
18. The National Association of Social Workers (NASW). *Code of Ethics*. Disponibil: https://www.uaf.edu/socwork/student-information/checklist/(D)-NASW-Code-of-Ethics.pdf

CAPITOLUL VII.
SUPERVIZAREA ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ

***Conținuturi*:**

1. **Conceptul de supervizare în asistenţa socială: etimologie și principii de realizare**
2. **Istoricul evoluției activităților de supervizare**
3. **Tipologia supervizării în asistenţa socială**
4. **Tehnici de negociere în procesul de supervizare**



***Obiective de referință*:**

– să analizeze istoricul evoluției activităților de supervizare în asistența socială;
– să distingă scopul, obiectivele, funcţiile şi principiile supervizării în asistența socială;
– să clasifice tipologia supervizării în asistenţa socială în dependenţă de anumite criterii de referință;
– să explice oportunitatea aplicării diverselor tehnici în practica supervizării;
– să specifice competenţele profesionale ale personalului implicat în supervizare.

***Competențe*:**
– evaluarea contextului (scop, obiective, tipologie) de realizare a supervizării în asistența socială;
– desfăşurarea şedinţelor de supervizare în cadrul unui grup profesional.

Termeni-cheie: *supervizare în asistența socială*, *competenţe profesionale*, *supervizarea internă şi externă*, *supervizare individuală şi de grup*, *supervizare centrată pe problemă*, *supervizare apreciativă*, *tranzacţii*, *negociere*.

7.1. Conceptul de supervizare în asistenţa socială: etimologie și principii de realizare

În societatea modernă asistenţa socială reprezintă o activitate complexă, multidisciplinară, specializată, desemnând activităţi de protejare a persoanelor, grupurilor, comunităţilor cu probleme speciale, aflate temporar în dificultate, care în virtutea unor motive nu au posibilitatea de a realiza prin mijloace şi eforturi proprii un mod decent de viaţă. Pentru ca asistenții sociali să poată oferi servicii de calitate, ei înşişi trebuie să beneficieze de sprijin pentru dezvoltarea lor profesională, iar acest lucru poate fi realizat prin implicarea lor într-un proces de supervizare profesională. Supervizarea reprezintă acel proces formal, care îi ajută pe specialiști să-şi dezvolte cunoştinţele şi competenţele profesionale, să-şi asume responsabilitatea pentru activitatea lor și să-și dezvolte abilitățile analitice și reflective.

Pornind de la **etimologia conceptului de supervizare,** menționăm că acesta constituie o combinaţie a doi termeni latini: „super” – *deasupra*, *pe*, *peste*, și „videre” – *a vedea*, *a privi*, și constituie o activitate de eficientizare a muncii în cadrul unei organizații, în special a muncii personalului mai puțin instruit.

Supervizarea reprezintă o intervenţie profesionistă valorizată în multe țări, beneficiile căreia fiind actualmente recunoscute la nivel național și internațional, dat fiind că aceasta reprezintă o alianţă de învăţare care împuterniceşte persoana formată să achiziţioneze abilităţi şi cunoştinţe relevante pentru profesie şi să experimenteze competenţe interpersonale în relaţia de supervizare.[1] Odată cu dezvoltarea asistenţei sociale pe diferite segmente, a fost conştientizată nevoia dezvoltării supervizării ca formă de sprijin şi de control pentru asistenţii sociali, iar supervizorul este actualmente considerat drept o persoană-resursă pentru asistenții sociali supervizați. Supervizarea profesională este o componentă importantă a sistemului contemporan de asistenţă socială, în relaţie fiind implicate: structura teritorială de asistenţă socială – supervizorul – supervizatul. Îmbunătăţirea performanţelor profesionale ale asistenţilor sociali datorită supervizării are influenţă directă asupra situaţiei beneficiarilor şi contribuie la ridicarea calităţii serviciilor sociale prestate. În acest sens, supervizarea profesională a personalului este o activitate managerială şi profesională

[1] FRUNZĂ, A. *Supervizarea şi dezvoltarea profesională a asistenţilor sociali*. Iaşi: Lumen, 2017, p.15.

esenţială pentru fiecare organizaţie/instituţie care prestează servicii sociale şi, prin urmare, trebuie să fie parte integrată, continuă şi sistematică a sistemului şi procedurilor organizaţionale.

Totodată, supervizarea profesională reprezintă o oportunitate pentru corelarea obiectivelor organizaţiei şi ale personalului angajat. În acest proces unui angajat i se oferă responsabilitatea de a lucra cu alţi angajaţi şi de a-i supraveghea pentru realizarea obiectivelor organizaţionale, profesionale şi de dezvoltare personală, care, la rândul lor, vor asigura competenţa, responsabilitatea, dezvoltarea profesională continuă şi suportul personal. Supervizarea profesională este esenţială pentru asigurarea calităţii serviciilor sociale prestate beneficiarilor, pentru dezvoltarea şi sprijinirea personalului angajat, precum şi pentru activitatea eficientă a structurii teritoriale de asistenţă socială. Asemenea multor domenii de activitate, supervizarea presupune o serie de avantaje şi provocări.

Avantaje pentru asistenții sociali începători	*Avantaje pentru sistemul de asistență socială*
– Oferirea posibilității de a beneficia de suportul necesar, care asigură realizarea acțiunilor în pofida nesiguranței.	– Constituie una dintre modalitățile de perfecționare a sistemului.
– Promovarea în contextul supervizării a reflecției și a abordării critice asupra acțiunilor.	– Îmbunătățirea sistemelor aferente care asigură perfecționarea angajaților.
– Oferirea unui cadru structurat pentru analize, suport, întrebări și provocări.	– Promovează profesionalismul în domenul asistenței sociale.
– Îmbunătățirea practicii profesionale a supervizatului, prin abordarea în cadrul ședințelor de supervizare a cazurilor, în special a celor dificile.	– Facilitează aderarea membrilor organizației la valorile interne ale acesteia și la standardele de acreditare a organizației.

Scopul de bază al supervizării constă în îmbunătățirea calității serviciilor sociale prestate beneficiarilor prin asigurarea oportunităţilor de creştere profesională şi personală a personalului angajat, conştientizarea rolurilor şi a responsabilităţilor, precum şi prin dezvoltarea organizaţională. Procesul de supervizare este realizat printr-un şir de obiective:

- asigurarea faptului că angajatul îşi cunoaşte clar rolurile şi responsabilităţile profesionale;
- dezvoltarea şi consolidarea competenţelor profesionale ale angajatului supervizat;
- asigurarea respectării cadrului normativ şi a obiectivelor organizaţiei de către cei angajaţi;
- încurajarea unei comunicări constructive între angajaţii implicaţi în sarcini comune;
- dezvoltarea unui climat favorabil pentru împărtăşirea bunelor practici;
- asistarea reciprocă şi sistematică a procesului de dezvoltare profesională curentă a angajaţilor;

– reducerea stresului şi prevenirea efectelor de epuizare profesională a angajaţilor;
– asigurarea faptului că angajatul are acces la toate resursele necesare pentru a-şi realiza obligaţiunile profesionale;
– revizuirea progresului şi dificultăţilor angajaţilor în lucrul cu beneficiarii.

Procesul de supervizare profesională este reglementat de ***următoarele șase principii de bază***[2]**:**

A. Întreg personalul angajat în sistemul de asistenţă socială trebuie să beneficieze de supervizare profesională	Acest principiu subliniază nevoia de supervizare a asistenţilor sociali indiferent de vechime, experienţă profesională sau de nivelul de pregătire. Contextul dinamic al practicii asistenţei sociale face ca asistentul social să fie nevoit să se perfecţioneze profesional sistematic, să participe la programe de instruire specifice activităţii pe care o desfăşoară în cadrul serviciilor sociale. Chiar dacă supervizarea nu reprezintă oferirea unor servicii directe de către beneficiarii programelor de asistenţă socială, ea este identificată ca o activitate de sprijinire a celor care oferă aceste servicii directe.
B. Supervizarea este o activitate încurajată și recunoscută de organizație cu angajament explicit în procesul de supervizare	Supervizarea este o relaţie profesională stabilită dintre un asistent social practician şi un altul cu o experienţă mai bogată, pregătit în acest sens. Această relaţie este importantă tocmai datorită orientării ei spre lucrul în echipă, luarea unor decizii în ceea ce priveşte practica asistentului social, nevoia de formare şi perfecţionare. Organizațiile interesate de îmbunătățirea calității serviciilor specializate pe care le oferă vor recunoaște în mod indubitabil nevoia de supervizare și rolul acesteia în calitatea serviciilor oferite. Angajaţii au nevoie de supervizare, iar aceasta este recomandabil să fie oferită de o persoană specializată, alta decât managerul instituţiei. Cele două poziţii (de supervizor şi manager) au atribuţii specifice, cultivă relaţii profesionale diferite, iar raportarea angajaţilor la ele este, de asemenea, diferită.
C. Supervizarea se bazează pe negociere şi oferă soluţii pentru soluţionarea conflictelor	Conflictele din cadrul organizaţiei apar de cele mai multe ori atunci când există interpretări diferite ale aceleiaşi situaţii şi când aşteptările persoanelor implicate sunt diferite, chiar contradictorii. Supervizarea urmărește și atenuarea conflictelor prin negocieri individuale și de grup ale interpretărilor diferite date anumitor situații. Negocierea intervine la nivelul tuturor laturilor caracteristice supervizării, fiind un element esențial al acestui proces.

[2] COJOCARU, Ș. *Metode apreciative în asistența socială*. *Ancheta*, *supervizarea și managementul de caz*. Iași, 2005, p.113-118.

D. Supervizarea este efectuată sistematic, este planificată şi este însoţită de monitorizarea şi revizuirea acţiunilor	Chiar dacă asistenţii sociali consideră că supervizarea este necesară atunci când e cerută de supervizat, practica a demonstrat că în lipsa supervizării permanente se produce o diminuare a calităţii serviciilor oferite. Supervizarea nu este doar un proces de consiliere a asistenului social la care acesta poate apela când are nevoie, ci şi o practică recunoscută de organizaţie pentru îmbunătăţirea calităţii serviciilor şi dezvoltarea celor mai bune metode de intervenţie.
E. Supervizarea promovează critica reflexivă şi constructivă, competentă și responsabilitatea	Asistentul social nu este un simplu executant al unor dispoziţii primite de la un manager sau supervizor, ci participă activ la idenificarea celor mai bune soluţii pentru rezolvarea unor probleme ale beneficiarului. Practica supervizării denotă că cele mai bune soluţii la problemele beneficiarilor sunt identificate de asistentul social, dar acesta are nevoie de un reper pentru a alege pe cea mai potrivită, ţinând cont de situaţia beneficiarului, dar şi de politica organizaţiei. Supervizorul are rolul de a-l ajuta pe asistentul social să decidă în privința viitoarei intervenții și de a se asigura că acțiunile acestuia sunt conforme cu misiunea organizației.
F. Supervizorul sprijină asistenții sociali să mențină nivelul standardelor profesionale	Standardele de calitate în serviciile sociale reprezintă un reper pentru intervenția socială destinată modificării situației beneficiarilor. În cadrul procesului de supervizare, supervizorul se asigură că asistentul social acționează conform standardelor stabilite pentru activitatea sa specifică. Raportarea permanentă la standarde îi oferă asistentului social supervizat garanția unei practici sociale corecte, eficiente și corelate cu expectanțele profesionale.

A. Kadushin a identificat trei funcții principale ale supervizării: de sprijin, administrativă și educativă.

F1 – **Funcţia de sprijin** vizează creșterea satisfacției muncii asistenților sociali, în condițiile diminuării stresului profesional și contribuie la:

- susţinerea angajaţilor în analiza practicilor profesionale şi a impactului acestora;
- crearea unui climat sigur în cadrul organizaţiei prin informarea angajaţilor despre situaţiile potenţial dificile;
- suportul angajaţilor în explorarea problemelor emoţionale apărute în cadrul activităţii şi înaintarea lor pentru a fi puse în discuţie;
- suportul angajaţilor în identificarea strategiilor şi metodelor eficiente de intervenţie.

F2 – **Funcţia administrativă** vizează punerea în aplicare a politicilor și procedurilor organizației conform standardelor prestabilite și furnizarea de servicii. Este avută în vedere revizuirea periodică a muncii în concordanță cu prevederile organizației și respectând legalitatea, asigurarea calității performanței, managementul adecvat al timpului, evaluarea periodică a performanțelor personalului supervizat, evaluarea calității managementului programelor și a resurselor, stabilirea și dezvoltarea politicilor, managementul politicilor și al practicilor etice în organizație, asigurarea colaborării cu membrii comunității și a negocierii cu partenerii, ceea ce contribuie la:

- asigurarea înţelegerii şi aplicării în practică a procedurilor organizaţiei;
- asigurarea conştientizării rolurilor şi responsabilităţilor de către angajaţi;
- revizuirea sistematică a responsabilităţilor şi deciziilor în corespundere cu prevederile legislaţiei şi cu schimbările din sistemul asistenţei sociale;
- stabilirea unui volum adecvat de sarcini pentru fiecare angajat;
- asigurarea că motivele deciziilor la nivel de organizaţie sunt clare pentru angajaţi şi sunt reflectate explicit în documentaţia organizaţiei.

F3 – **Funcţia educativă** a supervizării vizează creșterea cunoștințelor, abilităților și competențelor asistenților sociali, internalizarea de către asistenții sociali a valorilor organizației și contribuie la:

- evaluarea cunoştinţelor şi competenţelor, precum şi a contribuţiei angajaţilor la îmbunătăţirea situaţiei beneficiarului;
- identificarea necesităţilor de instruire şi dezvoltare profesională a angajaţilor;
- consolidarea capacităţii de autoevaluare a performanţelor muncii şi acordul de a învăţa constructiv din greşeli.[3]

7.2. Istoricul evoluției activităților de supervizare

Dezvoltarea supervizării ca domeniu al sistemului de formare a resurselor umane în cadrul asistenței sociale nu are o istorie îndelungată; totuși, ea trebuie privită în corelație cu dezvoltarea sistemului de asistență socială, ceea ce va facilita înțelegerea rolului și particularităților supervizării, precum și clarificarea funcțiilor sale în diverse contexte organizaționale.

Printre cercetătorii care au contribuit la dezvoltarea domeniului de supervizare în asistență socială în context științific și praxiologic vom menționa: A.Kadushin, D.Harkness, T.Morrison, J.Bernard, R.Goodyear, P.Rich, K.O'Donoghue, D.Haan, R.Munford, L.Engelbrecht, J.Globerman, D.Harkness, K.Martinsone, A.Davys, A.Sandu, E.Ungurii, A.Muntean, Ș.Cojocaru etc.

Istoria supervizării datează de la sfârșitul secolului al XIX-lea, când în SUA „*vizitatorii prietenoşi*" (friendly visitors) și „*agenţii plătiţi*" (paid agents)

[3] UNGURU, E. *Construcția socială a supervizării în asistența socială*. Iași, 2019, p.33-35.

sprijineau organizaţiile caritabile în distribuirea serviciilor şi resurselor financiare, activitate care a evoluat şi s-a modificat pe parcurs. Cercetătorii M. Befiel și G. Holton consideră că anul 1878 este unul important pentru instituirea supervizării în asistența socială, dat fiind că organizația care era preocupată de promovarea carității din New York (Charity Organization Society Movement) a început să supravegheze activitățile filantropice desfășurate de voluntari, angajând în acest scop agenți. Pentru prima data conceptul de supervizare în asistența socială a fost utilizat în anul 1904 de către profesorul și promotorul activităților filantropice Jeffrey R. Bracket în lucrarea „*Supervision and Education in Charity Work*"[4], iar una dintre primele susținătoare ale supervizării, B. Reynolds, în lucrarea „*Learning and Teaching in the Practice of Social Work*" (1942) a argumentat importanța și avantajele procesului de supervizare. Un timp îndelungat activitățile de supervizare se practicau pentru monitorizarea şi uniformizarea acțiunilor voluntarilor, procesul constând în întâlniri individuale periodice.

La începutul secolului al XX-lea o influență în dezvoltarea supervizării a avut-o cercetătorul în domeniul psihiatriei și adeptul teoriei freudiene A. Meyer, care a introdus în practica americană metoda de prezentare a cazului – ca model de dezvoltare a sensibilității personalului față de necesitățile beneficiarilor azilurilor. Perioada anilor '40 este marcată de o nouă abordare a supervizării: concentrarea pe beneficiar și mai puțin pe maturitatea emoțională a supervizorilor. Modelul supervizării psihoanalitic dezvoltat până atunci își pierde din utilitate, solicitându-se de la supervizori o abordare mai complexă. În acest context, concepția promovată de Ch. Towle în anii '50-'60 semnalează o îndepărtare de psihiatrie și o orientare spre științele sociale, prin care procesul de supervizare se percepe ca având trei funcții: administrativă, de instruire și de ajutor.

Anume respectiva concepție a fost dezvoltată ulterior de A. Kadushin, profesor în domeniul asistenței sociale din SUA, modelul căruia este considerat funcțional și actualmente. Lucrarea sa fundamentală „*Supervision in Social Work*" reprezintă un cadru teoretic și praxiologic al supervizării, în care sunt prezentate informații detaliate despre istoricul, conceptul și semnificația supervizării, modelele de supervizare (de sprijin, administrativă, educativă) etc. Prima ediție a acestei lucrări a apărut în anul 1976, devenind un suport esențial pentru practicieni și mediul academic în domeniul asistenței sociale, în special în ceea ce privește funcția și provocările supervizării în practica asistenței sociale.

După anii '90 ai sec al XX-lea asistăm la o intensificare a cercetărilor desfășurate în domeniul supervizării, iar în anul 1997 la Viena (Austria) a fost fondată Asociația Organizațiilor Naționale pentru Supervizare din Europa, care are

[4] KADUSHIN, A., HARKNESS, D. *Supervision in Social Work*, 4th ed. New York: Columbia University Press, 2002, p.2-5.

drept scop promovarea cooperării și schimbului informațional între organizațiile naționale pentru supervizare din țările europene, promovarea cooperării la nivel profesional, promovarea supervizării și coaching-ului și a formelor lor de aplicare, dezvoltarea standardelor și curriculumului de pregătire a supervizorilor, promovarea dezvoltării bazelor teoretice și metodologice în supervizare, inclusiv cercetarea și instruirea etc.[5]

După anii 2000 și până în prezent supervizarea în asistență socială devine un domeniu de cercetare și practicare în majoritatea țărilor, concomitent cu conștientizarea necesității de a asigura profesionalizarea supervziorilor autorizați. Principalele tematici abordate se referă la următoarele aspecte:

- transdisciplinaritatea supervizării în asistența socială, mai ales în contextul integrării domeniilor adiacente;
- rolul asociațiilor profesionale ale supervizorilor, care să asigure diseminarea experienței și expertizei, promovând normele și valorile deontologice, devenind o resursă importantă în profesionalizarea supervizorilor;
- rolurile, responsabilitățile și abilitățile supervizorilor, indicându-se asupra faptului că statutul de supervizor este obținut în urma unei experiențe vaste și instruirii în calitate de supervizor, în scopul dezvoltării și consolidării competențelor profesionale;
- modelele și tipurile de supervizare dezvoltate urmare a schimbărilor intervenite în relația dintre sistemul de asistență socială și beneficiari, orientat spre perspectiva punctelor forte, fiind analizate strategiile pe care le aplică supervizorul în asigurarea eficienței;
- factorii care influențează activitatea de supervizare, fiind abordate condițiile de muncă, specificul finanțării, calificarea profesională a supervizorilor, rolul disciplinelor universitare de supervizare în formarea competențelor asistenților sociali, modalitatea de pregătire și autorizare a activității de supervizare, factorii politici, culturali etc.

În **Republica Moldova** conceptul de supervizare este unul relativ nou, fiind promovat prin *Legea asistenței sociale*, *nr.547 din 25.12.2003*.[6] În această lege se face referire la supervizare în contextul stabilirii rolului autorităţilor administraţiei publice locale de nivelul al doilea în organizarea asistenţei sociale (art.13), care trebuie să asigure supervizarea personalului din sistemul de asistenţă socială (art.13 lit.j)). În același timp, prin *Legea pentru modificarea şi completarea Legii asistenţei sociale*, *nr.122 din 18.06.2010*,[7] a fost definită supervizarea profesională, stabilindu-se contribuția acesteia la dezvoltarea și consolidarea competenţelor personalului angajat, la îmbunătăţirea calităţii serviciilor sociale,

[5] *Statutul Asociației Organizațiilor Naționale pentru Supervizare din Europa*. Disponibil: http://www.anse.eu/about-anse/statutes

[6] În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2004, nr.42-44, art.249.

[7] În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2010, nr.131-134, art.447.

precum şi la consolidarea echipei de personal la nivel local (art.15 alin.(5)). Nemijlocit, implementarea supervizării este reglementată de „*Mecanismul de supervizare în asistenţă socială*", aprobat prin Ordinul Ministerului Protecţiei Sociale, Familiei şi Copilului nr.99 din 31.12.2008, fiind preconizat pentru Serviciul de asistenţă socială comunitară (*SASC*) şi pentru Serviciul de îngrijire socială la domiciliu (*SÎSD*). În anul 2009 a fost elaborat și aprobat „*Ghidul de implementare a mecanismului de supervizare în asistența socială*".[8]

O incursiune în cadrul internațional de funcționare a practicii supervizării este realizată de E. Unguru în lucrarea „*Construcția socială a supervizării în asistența socială*". Astfel, standardele naționale privind supervizarea în **România** au fost instituite prin Ordinul nr.288/2006 al Ministerului Muncii și ele prevedeau obligativitatea pentru furnizorul de servicii sociale din domeniul protecției familiei și copilului de a dispune permanent de un sistem eficient de supervizare a resurselor umane, ceea ce perminte, în opinia legiuitorului, funcționarea optimă a serviciilor sociale. Detaliind acest standard, Ordinul conținea și o serie de proceduri, potrivit cărora funizorii de servicii sociale trebuiau să asigure superviarea internă și externă a managerului și a responsabililor de caz. În ceea ce privește supervizarea internă, aceasta era lăsată în sarcina coordonatorului de servicii, care avea obligația de a organiza cel puțin o dată pe lună întâlniri de supervizare individuale sau de grup. Iar referitor la supervizarea externă, în Ordin era stipulat că aceasta poate fi realizată de specialiști cu studii superioare în domeniul socio-uman sau medical, cu o experiență de cel puțin 5 ani în servicii pentru copil și familie, pregătire în supervizare și o experiență de cel puțin 2 ani în servicii pentru copil și familie, în plus față de persoanele cărora li se asigură supervizarea respectivă. Detalierea standardelor privind supervizarea prevede o serie de indicatori, printre care: existența unui număr de întâlniri de supervizare, individuale sau în echipă, existența unor rapoarte de supervizare, a unor liste de specialiști a căror pregătire în domeniul supervizării este atestată.

În conformitate cu standardul ocupațional de „supervizor în servicii sociale" (cod COR 263513), un supervizor în România ar trebui să dețină mai multe competențe (*organizarea activității supervizorului în servicii sociale*, *asigurarea standardelor profesionale în conformitate cu etica profesională în supervizare*, *aplicarea metodelor de supervizare în domeniul serviciilor sociale*, *gestionarea interacțiunilor/conflictelor din activitatea profesinală prin tehnici de supervizare*, *aplicarea metodelor și tehnicilor de identificare a nevoilor de formare etc*.) și să susțină evoluția profesională a unui cadru de lucru în care profesioniștii în servicii sociale să poată să integreze dinamic formarea teoretică cu practica

[8] *Ghid de implementare a mecanismului de supervizare profesională în asistența socială*. Aprobat prin Ordinul MMPSFC nr.15 din 10.11.2009. Chișinău, 2009.

profesională și interesul beneficiarilor cu legislația, precum și procedurile de lucru și resursele pe care le au la dispoziție. Este stipulată și obligativitatea a 42 ore de formare continuă, asigurate din bugetul angajatorului pentru coordonatorii de centre și alți specialiști angajați ai furnizorului de servicii, care desfășoară activități de supervizare. Totodată, în cadrul Universității de Vest din Timișoara, Universității „Al.I. Cuza" din Iași și al Universității „Babeș-Bolyai" din Cluj-Napoca sunt desfășurate programe de master în domeniul formării supervizorilor în asistență socială.

În ceea ce privește standardele ocupaționale ale supervizorului formulate în **Statele Unite ale Americii**, sunt promovate mai multe definiții operaționale ale supervizării utilizate de asistenții sociali americani, dintre care cea mai importantă este considerată aceea, conform căreia procesul de supervizare include o serie de funcții și responsabilități interconectate, care contribuie la creșterea responsabilității față de rezultatele practicii și care sunt menite să asigure beneficiarii că sunt protejați în timpul intervenției și că primesc servicii competente și etice de la asistenții sociali profesioniști. În timpul supervizării, serviciile primite de către beneficiar sunt evaluate și ajustate, pentru a se maximiza beneficiul. Este responsabilitatea supervizorului să se asigure că supervizatul oferă servicii profesioniste. Standardele americane pun accentul pe dimenisunea formativă a supervizării și pe transferul de competențe, iar funcțiile supervizării descrise de Asociația Națională a Asistenților Sociali (NASW) în anul 2013 sunt cea administrativă, suportivă și educațională, combinația celor trei fiind absolut necesară pentru a putea fi oferite servicii calitative de către asistenții sociali.

În accepțiunea Asociației asistenților sociali din **Marea Britanie** – British Association of Social Workers (BASW, 2011), supervizarea vine să faciliteze și să ofere suport asistenților sociali în construcția unor relații profesionale eficiente, prin dezvoltarea unei bune practici și exercitarea judecății profesionale, dar și a discreției în procesul de luare a deciziilor. Pentru ca supervizarea să fie eficientă, este necesară combinarea unei abordări manageriale bazate pe performanță cu o relație de supervizare dinamică și facilitantă. Supervizarea ar trebui să îmbunătățească activitatea practicii, să susțină dezvoltarea unei practici integrate și dezvoltarea profesională continuă a asistenților sociali și ar trebui să contribuie la dezvoltarea unui climat organizațional bazat pe învățare și dezvoltarea încrederii în competența managerială și abilitățile supervizorilor. Din acest motiv, supervizarea este văzută ca fiind punctul central al dezvoltării personale și profesionale continue. Definiția operațională a supervizării, specificată în încercarea de a defini operațional supervizarea în asistența socială de către BASW, arata că aceasta este o activitate integrată în practica asistențială de peste 50 de ani și că de-a lungul timpului accepțiunile termenului au evoluat de la reflecții asupra practicii către dimensiunea administrativă și, mai nou, spre componenta managerială a acestuia. O notă aparte în standardele BASW

o constituie dimensiunea transdisciplinară acordată supervizării mai ales în ultimii ani, datorită elementelor din ce în ce mai complexe cu care se confruntă asistenții sociali și care necesită competențe sociologice, juridice, manageriale, psihologice etc.

În **Canada**, standardele referitoare la supervizarea în asistența socială sunt elaborate și adoptate de Consiliul de Administrație al Ordinului Asistenților Sociali și al Terapeuților de Cuplu și Familie. Supervizarea este un proces continuu, care permite o analiză reflexivă a activității profesionale, ce vizează menținerea și dezvoltarea competențelor și a identității profesionale într-un context organizațional. Ordinul Asistenților Sociali canadieni pune accentul pe supervizare ca proces care face parte din socializarea profesională continuă a asistenților sociali, prin transmiterea de la un asistent social cu experiență, care acționează în calitate de supervizor, către un asistent social în formare a unor cunoștințe, competențe și valori profesionale. În opinia specialiștilor canadieni, supervizarea nu trebuie confundată cu o relație de ajutor, chiar dacă uneori problemele personale cu care asistenții sociali se confruntă și care sunt intensificate de lucrul la diverse cazuri pot apărea ca teme de discuție în procesul de supervizare. Perspectiva canadiană atrage atenția asupra diferenței dintre supervizare și intervenție, arătând că în procesul de supervizare se poate discuta cu privire la posibilele interferențe ale vieții personale în viața profesională, dar supervizorul trebuie să îl îndrume pe supervizat catre un consilier, în vederea rezolvării problemelor personale pe care supervizatul le expune.

Politica privind supervizarea în asistența socială în **Noua Zeelandă** este fundamentată de Asociația asistenților sociali din această țară. Documentul care stă la baza acestei politici este „*Codul etic al asociației Aotearoa New Zealand Association of Social Workers*" (ANZASW, 2009). Definiția operațională a supervizării dată de Asociația neo-zeelandeză a asistenților sociali vorbește de un proces de supervizare prin intermediul căruia supervizorul participă la construcția competențelor supervizatului prin coaching și facilitare, ajutându-1 astfel să își îndeplinească obiectivele organizaționale, profesionale și personale. Aceste obiective sunt, de asemenea, reglementate și constau în competență profesională, practică sigură și responsabilă, dezvoltare profesională continuă, formare profesională și suport. Printre principiile pe care un supervizor neo-zeelandez trebuie să le aplice se află următoarele: toți asistenții sociali trebuie să participe în mod regulat la sesiuni de supervizare; interesul superior al beneficiarului primează, cu excepția cazurilor în care este pusă în pericol proprietatea sau siguranța persoanelor; supervizarea recunoaște diversitatea etnică și culturală, precum și particularitățile nevoii beneficiarului; supervizarea reprezintă o responsabilitate împărțită între supervizor, supervizat și agenție; supervizarea este regulată și neîntreruptă; supervizarea promovează nediscriminarea etc.

În ceea ce privește supervizarea servicilor sociale în **Singapore**, acestea au fost organizate pornind de la rezultatele unor dezbateri în grupuri de lucru, care au analizat metodologia și practica supervizării în așa țări precum Hong Kong, Noua Zeelandă, Statele Unite ale Americii, Anglia și Australia. De asemenea, au fost realizate o serie de focus-grupuri atât cu supervizori, cât și cu supervizați, pentru a se ține cont de specificul național al practicii. Această practică bazată pe dovezi este fundamentată într-un ghid („*Montfort Care*", 2016) care își propune să realizeze un cadru general de desfășurare a supervizării, pentru a asigura consistența și unitatea practicii în toată comunitatea asistenților sociali. Fiecare organizație este invitată să contextualizeze specificul supervizării în funcție de serviciile oferite și de propria cultură organizațională. Ghidul conține referiri cu privire la funcțiile supervizării, tipurile de supervizare, relația de supervizare, relația supervizor-supervizat, contractul de supervizare, acestea fiind convergente cu cele existente în general în literatura de specialitate. Definiția operațională a supervizării cu care asistenții sociali din Singapore lucrează este următoarea: supervizarea în asistența socială este un proces prin care un asistent social format ca supervizor facilitează dezvoltarea competențelor și identității profesionale a asistentului social supervizat, dimensiunea etică a practicii asistențiale a acestuia, în contextul obiectivelor specifice organizației și în interesul superior al beneficiarului. Conform acestei definiții operaționale, accentul se pune pe dimenisunea de facilitare a practicii.

În **Africa de Sud**, supervizarea a fost introdusă în anul 1978 prin intermediul „*Social Service Professions Act*". Legiuitorul sud-african consideră că un asistent social poate fi supervizat în practica sa profesională exclusiv de către un alt asistent social competent și care își desfășoară activitatea conform tuturor reglementărilor profesionale, fiind înregistrat în rândul profesioniștilor din domeniu. Necesitatea apariției supervizării a pornit de la îngrijorarea profesioniștilor cu privire la imixtiunea managementului instituțiilor ofertante de servicii sociale în practica asistenților sociali. În timp ce managerii sunt învestiți cu funcția de control al calității și eficienței serviciilor, o altă categorie de profesioniști trebuie să relaționeze direct cu asistenții sociali, de pe poziții de egalitate în ceea ce privește diminuarea traumelor profesionale, creșterea calității practicii efective, prin îmbunătățirea abilităților profesionale și oferirea de suport pentru dezvoltarea personală și profesională a asistenților sociali. Această nouă categorie a fost definită prin termenul de supervizor, fiind considerată vitală pentru buna oferire de servicii sociale diverselor categorii de populații vulnerabile. Pentru a putea fi implementată supervizarea, Ministerul Dezvoltării Sociale (*Department of Social Development – DSD*), împreună cu Asociația profesională a asistenților sociali (*Consiliul sud-african al profesiei de asistent social – South African Council for Social Service Professions – SACSSP*), au demarat consultări pentru stabilirea de norme și standarde în ceea ce privește supervizarea asistenților sociali. Cadrul

normativ pe care se bazează supervizarea servicilor sociale în Africa de Sud pornește de la discuțiile constituționale. Constituția Africii de Sud, în capitolul 10, articolul 195, printre principiile funcționării administrației publice prevede obligația funcționarilor publici de a promova cele mai înalte strandarde de etică profesională, precum și un management al resurselor umane care să potențeze dezvoltarea socială și profesională a angajaților. Legislația stipulează că un asistent social poate fi supervizat exclusiv de un alt asistent social atestat și competent. Scopul supervizării profesionale este acela de a oferi servicii sociale de calitate beneficiarilor și, în același timp, suport profesional practicianului, precum și de a îmbunătăți capacitatea acestuia de a-și exercita profesia.

Standardele de supervizare introduse în **Australia** de Asociația Australiană a Asistenților Sociali (*Australian Association of Social Workers – AASW*) își propun să transmită valorile și scopurile asistenței sociale, așa cum sunt ele înțelese de asociație, către toți asistenții sociali, prin însuși procesul de supervizare a practicii. Supervizarea este definită de Asociația australiană ca un forum de reflecție și învățare, bazat pe dialogul interactiv între supervizor și supervizat. Procesul de dialog ghidează evaluarea, reflecția critică și replanificarea activității profesioniștilor. Supervizarea este o practică la care profesionistul trebuie să participe pe durata întregii cariere. Observăm din această definiție operațională că se pune accent pe dimensiunea de control al supervizării, efectuată în sensul asigurării calității practicii. Valorile etice constitutive ale supervizorului sunt considerate a fi următoarele: respectul față de persoană, dreptatea socială și integritatea profesională. Supervizarea este internă și externă, cea externă fiind centrată pe dimensiunea suportivă și formativă a practicii. Standardele australiene sunt operaționalizate prin indicatori, pe care îi prezentăm succint în continuare, prin comparație cu cei care definesc standardul românesc de funcționare a profesiei de supervizor.[9]

7.3. Tipologia supervizării în asistența socială

Pentru a realiza o tipologie a supervizării, trebuie luate în considerare trei sisteme de referinţă: relaţia supervizorului cu organizaţia, forma de organizare şi perspectiva de abordare a realităţii, după cum urmează:

A. În funcție de relația supervizorului cu organizația	B. După forma de organizare a supervizării	C. Din perspectiva de abordare a realității
A.1. Supervizare internă	**B.l.** Supervizare individuală	**C.1.** Supervizare centrată pe problemă
A.2. Supervizare externă	**B.2.** Supervizare de grup	**C.2.** Supervizare apreciativă

[9] UNGURU, E. *Construcția socială a supervizării în asistența socială*. Iași, 2019, p.44-96.

În practica supervziării se întâlnesc forme combinate ale acestor tipuri de supervizare, fiecare prezentând anumite avantaje şi dezavantaje.

A.1. Supervizarea internă

Supervizarea internă se referă la situaţia în care activitatea de supervizare este realizată de o persoană specializată din structura internă a organizaţiei. Aceasta reprezintă o recunoaştere instituţională şi un suport din partea agenţiei pentru angajaţii săi. Acest lucru este sesizabil și în organigrama instituţiei prin includerea poziţiei de supervizor în structura organizaţională.

Promotorii supervizării interne au în vedere o seamă de ***avantaje*** ale acesteia:

- supervizarea internă este mai accesibilă membrilor echipei, fiind văzută ca un serviciu permanent pus la dispoziţia acestora;
- existenţa unui feedback permanent legat de practica asistenţilor sociali, a dinamicii din câmpul social şi a nevoilor de formare face organizaţia mai receptivă şi mai flexibilă;
- reducerea riscurilor legate de conflicte între membrii echipei cauzate de procesul de negociere iniţiat şi menţinut de supervizor;
- eficientizarea activităţii asistenţilor sociali prin urmărirea planurilor individuale stabilite în cadrul procesului de supervizare;
- stabilitatea organizaţională şi consolidarea unor practici profesioniste, a unor modele de servicii sociale eficiente;
- monitorizarea permanentă a standardelor de calitate şi a obiectivelor de performanță pentru fiecare asistent social în parte etc.

Pot fi menţionate însă şi unele ***dezavantaje*** ale acestui tip de supervizare:

- costuri ridicate legate de plata lunară a unui salariu pentru supervizor;
- există riscul accentuării funcţiei administrative a supervizării;
- dificultatea de a obţine fondurile necesare includerii postului de supervizor în organigramă.

A.2. Supervizarea externă

Supervizarea externă se referă la situaţia în care organizaţia apelează la o persoană din afară pentru a conduce procesul de supervizare. Ea poate fi permanentă, periodică sau temporară. Supervizarea este asigurată pe baza unui contract între organizaţie şi supervizor, care prevede în mod obligatoriu confidenţialitatea datelor obţinute în procesul de supervizare. Supervizorul extern trebuie să aibă experienţă în domeniul de intervenţie a asistenţilor sociali supervizaţi şi îndeplineşte toate funcţiile supervizării. Supervizarea externă este, în principal, utilizată pentru supervizarea de grup, deoarece prezenţa unei persoane din afara organizaţiei structurează diferit grupul.

Organizaţia care decide să apeleze la supervizare externă ar putea lua în calcul următoarele ***avantaje*:**

- supervizorul extern poate aduce în organizaţie perspective diferite şi multiple privind intervenţia asistenţilor sociali;
- supervizorul este mai puţin implicat în organizaţie, mai detaşat şi neutru, inclusiv faţă de cultura organizaţiei în care acţionează;
- asistenţii sociali pot avea mai multă încredere în supervizor în ceea ce priveşte informaţiile pe care i le oferă acestuia;
- rapoartele de supervizare şi recomandările externe pot constitui resurse importante pentru îmbunătăţirea activităţii;
- oportunitatea unei evaluări mai obiective a personalului supervizat.

Supervizarea externă are şi ***dezavantaje***, dintre care putem menționa următoarele:

- instabilitate crescută în ceea ce priveşte relaţia organizaţiei cu supervizorul extern, colaborarea cu acesta fiind dependentă de sursele de finanţare;
- supervizarea externă poate fi un serviciu temporar, care nu este permanent la dispoziţia supervizaţilor;
- supervizorul extern intervine pentru atenuarea conflictelor mai ales în situaţie de criză, acesta nu poate lucra pentru prevenirea lor;
- supervizarea externă participă mai puţin la adaptarea continuă a serviciilor sociale oferite la contextul social în care se desfăşoară activitatea asistenţilor sociali.

B.1. Supervizarea individuală

Supervizarea individuală în asistenţa socială reprezintă o intervenţie iniţiată de un asistent social cu experienţă asupra unuia cu mai puţină experienţă, în scopul dezvoltării profesionale a celui din urmă şi pentru monitorizarea calităţii serviciilor profesioniste oferite beneficiarilor de către acesta. Indiferent de modelul adoptat, supervizarea este o intervenţie prin care asistentul social cu mai puţină experienţă e sprijinit de supervizor pentru a-şi dezvolta abilităţile şi competenţele pe programe sociale specifice, într-un cadru formalizat. Supervizarea individuală reprezintă o oportunitate pentru supervizat de a beneficia de consultanţă individuală centrată pe nevoile profesionale personale; el este ajutat în carieră să-şi dezvolte abilităţile de a lucra cu beneficiarii, să identifice cele mai bune căi de a lucra independent, să aibă încredere în forţele proprii şi să discute deschis despre problemele cu care se confruntă. Supervizarea individuală reprezintă şi o relaţie profesională permanentă stabilită între supervizat şi supervizor, ambii având responsabilităţi în dezvoltarea acestui proces. În general, asistenţii sociali apreciază supervizarea individuală pentru

că aceştia sesizează atenţia specială acordată activităţii lor, le oferă posibilitatea de a fi iniţiatorii unui proces de învăţare pe anumite arii specifice de acţiune şi îşi pot dezvolta abilităţile prin contactul direct cu supervizorul. Asistentul social supervizat conştientizează timpul special acordat de supervizor şi are permanent feedbackuri de la acesta în legătură cu serviciile directe oferite, cu situaţiile particulare în care acţionează. Punctul de plecare în supervizarea asistentului social îl constituie studierea lucrului pe caz, analiza şi identificarea modalităţilor de acţiune în practica acestuia.

Supervizarea individuală se realizează în cadrul şedinţelor de supervizare, la care participă asistentul social şi supervizorul, conform unei planificări stabilite de comun acord şi unui plan de supervizare.

Printre ***avantajele*** supervizării individuale se înscriu următoarele:

– conferă importanţa cuvenită supervizatului;
– timpul acordat este direcţionat doar spre nevoile supervizatului;
– nu apar probleme de confidenţialitate;
– supervizorul poate urmări cu atenţie evioluţia supervizatului şi a cazului la care lucrează.

Totodată, există și unele ***dezavantaje*****,** printre care:

– supervizatul poate dezvolta o oarecare dependenţă faţă de specialist;
– este limitată dezvoltarea supervizatului, deoarece are posibilitatea să cunoască un singur model;
– evaluarea este mai dificilă în lipsa posibilităţii de comparare;
– este un proces costisitor.

B.2. Supervizarea de grup

Supervizarea de grup este o formă a supervizării în asistenţa socială care se bazează pe interacţiunile din cadrul grupului de asistenţi sociali supervizaţi. Ea se aplică atunci când supervizaţii au suficientă experienţă în cadrul serviciilor pe care le oferă, când grupul este îndeajuns de consolidat şi când prezenţa supervizorului e acceptată de membrii grupului. Şedinţa de supervizare de grup este o întâlnire la care participă asistenţii sociali pentru a identifica cele mai potrivite soluţii la problemele cu care se confruntă. Supervizarea de grup este o întâlnire profesională, planificată şi organizată, având ca obiective evaluarea unor situaţii specifice cu care se întâlnesc asistenţii sociali în practică, învăţarea din propria experienţă şi din experienţa celorlalţi, rezolvarea conflictelor din cadrul grupului etc. Procesul de supervizare de grup poate fi aplicat numai în cazul în care există cel puțin trei persoane în grup, din care prima este prezentator, a doua observator şi ultima consultant. În cadrul supervizării de

grup, observatorii notează individual elementele propuse pentru dezbatere, feedbackurile primite din partea consultanţilor, iar aceste documente îi vor fi predate prezentatorului (asistentului social supervizat). Prin şedinţele de supervizare de grup se urmăreşte obţinerea unor soluţii la unele probleme, inclusiv administrative, ale asistenţilor sociali, prin participarea membrilor cu acelaşi rang din cadrul echipei, adică a persoanelor care ocupă poziţii echivalente în ierarhia organizaţională.

Ca orice practică în asistenţa socială, supervizarea de grup prezintă unele avantaje şi dezavantaje. Alegerea acestei practici pentru supervizarea echipei de asistenţi sociali reprezintă o opţiune a echipei de management în funcţie de scopurile supervizării, de resursele necesare şi de caracteristicile echipei de asistenţi sociali. Printre ***avantaje*** ale supervizării de grup se evidenţiază următoarele:

- economie de timp şi bani;
- oportunităţi de învăţare în grup;
- un nivel scăzut de dependenţă a supervizaţilor faţă de supervizori;
- un nivel ridicat, complex şi divers de informaţii legate de cazuistică;
- o viziune mai complexă a supervizaţilor în ceea ce priveşte intervenţia;
- modelarea intervenţiei supervizaţilor prin interacţiunile cu ceilalţi.

Pe de altă parte, în literatura de specialitate sunt prezentate şi unele ***dezavantaje*** ale supervizării de grup, cum ar fi:

- confidenţialitatea privind cazurile poate fi încălcată dacă nu sunt clarificate şi respectate reguli stricte în ceea ce priveşte prezentarea acestora în şedinţele de supervizare;
- grupul de supervizare nu poate înlocui supervizarea individuală;
- unele aspecte ale dinamicii grupului pot influenţa negativ procesul de învăţare;
- grupul de supervizare se poate concentra foarte mult asupra problematicii, şi nu asupra situaţiilor particulare, pentru că unii dintre membri pot fi puţin interesaţi de subiect;
- asistenţii sociali nu au la îndemână permanent posibilitatea de a discuta cu supervizorul, atunci când au nevoie.

C.1. Supervizarea centrată pe problemă

Supervizarea centrată pe problemă urmăreşte identificarea problemelor cu care se confruntă asistentul social în rezolvarea cazului, diagnoza problemelor beneficiarilor serviciilor sociale, analiza cauzelor problemei şi găsirea soluţiilor pentru eliminarea acestora. Dacă supervizorul şi supervizatul se centrează pe cauzele problemei (lucru vizibil atât din modul realizării supervizării, cât şi al intervenţiei desfăşurate în funcţie de aşteptările supervizorului), ei focalizează atenţia asistentului social pe trecut, pe momentele apariţiei şi dezvoltării acestei

situaţii care reprezintă problema de rezolvat. Discuţiile dintre supervizor şi asistent social sunt dirijate de întrebări ce generează răspunsuri cauzale, de identificare a motivelor pentru care clientul se află într-o anumită situaţie, a cauzelor ce au determinat apariţia problemei şi a explicaţiilor privind modul cum pot fi eliminate cauzele generatoare.

În multe situaţii ale practicii sociale cauzele sunt diverse şi uneori dificil de identificat. Deseori aceste cauze nu mai pot fi modificate şi supervizarea are rolul de a sprijini asistentul social în identificarea soluţiilor la situaţiile prezente (nefiind posibilă înlăturarea cauzelor, soluţia lor se concentrează asupra ameliorării „simptomelor"). Din acest punct de vedere, supervizarea este direcţionată spre identificarea efectelor problemei şi a soluţiilor pentru diminuarea lor. Chiar dacă supervizarea este centrată pe soluţii, punctul de plecare al analizei îl reprezintă tot problema. De aceea, indiferent de modul de abordare a problemei, punctele slabe, limitările, problemele, lipsurile şi eşecurile au rămas filtre prin care majoritatea practicienilor din domeniul social văd beneficiarii serviciilor pe care le oferă.

Philip Rich a dezvoltat un model al supervizării centrate pe problemă în şase etape, având ca reper relaţia dintre supervizor şi supervizat şi intervenţia pe care o reprezintă supervizarea asupra activităţii acestuia. Etapele procesului de supervizare sunt următoarele:

E1: *construirea relaţiei dintre supervizor şi supervizat*, care urmăreşte dezvoltarea comunicării, stabilirea unor relaţii de încredere, înţelegerea reciprocă a rolurilor şi a responsabilităţilor, trasarea unor graniţe ale supervizării;

E2: *planificarea*, este etapa în care se clarifică aşteptările supervizorului şi ale supervizatului, se elaborează obiectivele, se face planificarea activităţilor şi a rezultatelor aşteptate în urma intervenţiei asistentului social;

E3: *observaţia*, presupune observarea activităţii supervizatului, aceasta putând fi directă, de tip participativ, sau indirectă, prin studierea dosarelor, pornind de la documentele elaborate în diferite etape ale intervenţiei, observarea abilităţilor de relaţionare şi a competenţelor în managementul de caz, a calităţii relaţiei beneficiar – asistent social, urmărirea respectării şi îndeplinirii standardelor, observarea modului cum sunt utilizate teoriile şi modelele de intervenţie;

E4: *analiza*, este etapa în care sunt analizate datele rezultate în urma observaţiei şi se construiesc feedbackurile necesare asistentului social în activitatea sa;

E5: *şedinţa de supervizare*, este destinată discuţiilor despre situaţia fiecărui caz în parte, având iniţial un rol descriptiv. Datele obţinute în această întâlnire sunt corelate cu cele obţinute în urma analizei. Supervizorul îi oferă supervizatului feedbackuri legate de propria activitate, rezultate în urma observaţiei, şi construieşte împreună cu acesta strategia viitoarelor intervenţii;

E6: *monitorizarea*, este etapa în care se urmăreşte modul cum sunt implementate deciziile luate, adaptarea planificării la rezultatele obţinute şi planificarea supervizării viitoare.

C.2. Supervizarea apreciativă

Dacă evaluarea bazată pe problemă încurajează explicaţii de tip individualist asupra problemelor cu care se confruntă beneficiarul, atnci evaluarea apreciativă reconsideră situaţia clientului prin explicaţii de ordin social şi de mediu. Deprivările de ordin economic sau altele care limitează oportunităţile persoanelor pot fi depăşite atunci când asistentul social propune o intervenţie apreciativă, prin identificarea şi evaluarea modului cum au fost rezolvate problemele în trecut şi a resurselor disponibile pentru a depăşi situaţia prezentă. Trecutul este văzut nu doar ca o sumă de nereuşite, probleme şi tragedii, ci ca o gamă variată de soluţii identificate pentru depăşirea acestora în momentele respective. Perspectiva intervenţiei apreciative bazate pe punctele tari ale beneficiarului refuză să identifice beneficiarii cu lipsurile, eşecurile sau situaţiile patologice. Orice situaţie este regândită din perspectiva aspectelor pozitive şi a potenţialului pe care beneficiarul îl are. Perspectiva punctelor tari obligă asistenţii sociali să înţeleagă că indivizii aflaţi într-o situaţie de criză supravieţuiesc sau chiar se dezvoltă. Ei fac faţă deseori folosind resursele proprii pe care le identifică în perioade de criză.

Din punctul de vedere al intervenţiei apreciative, indivizii, familiile şi comunităţile pentru care lucrează profesioniştii sunt experţi în problemele cu care se confruntă, pentru că trăiesc situaţia şi o înţeleg cel mai bine, ceea ce reprezintă o importantă resursă pentru rezolvarea problemelor. Perspectiva apreciativă transformă profesionistul dintr-un actor principal într-o resursă pusă la dispoziţia clienţilor, aceştia din urmă fiind principalii protagonişti. Practicienii sunt instruiţi pentru a vedea beneficiarii ca fiinţe umane inteligente, utilizând punctele tari şi resursele acestora pentru a depăşi situaţiile dificile şi pentru a le mări şansele de a-şi îmbunătăţi propria situaţie; astfel, o parte a intervenţiei urmăreşte transferul de competenţe dinspre specialist spre beneficiar sau ceilalţi actori aflaţi în proximitatea clientului, de exemplu, familia.

A începe cu ceea ce este beneficiarul este un imperativ ce mută accentul intervenţiei de pe problemele beneficiarului pe ceea ce face el şi pe ceea ce este capabil să facă în situaţia în care se află. Atunci când beneficiarul apelează la asistentul social, el îi prezintă acestuia de la început partea vulnerabilă şi aşteaptă ca asistentul social să empatizeze cu el, cu neplăcerile şi suferinţele lui, să înţeleagă şi să împărtăşească situaţia sa. Cercetătorii pun accent pe dirijarea beneficiarilor în autoidentificarea punctelor tari, modul de intervenţie apreciativă şi managementul de caz apreciativ nu ignoră problemele cu care se confruntă beneficiarul. Perspectiva punctelor tari ne învaţă însă că nu trebuie să neglijăm mecanismele pe care le foloseşte beneficiarul pentru rezolvarea problemelor şi dificultăţilor sale.

Diferenţele dintre intervenţia bazată pe probleme şi intervenţia apreciativă (construită pe punctele tari şi pe interpretarea apreciativă a situaţiilor) se regăsesc şi în modul diferit în care sunt văzute supervizarea clasică şi supervizarea apreciativă. **În supervizarea apreciativă, accentul se pune pe evaluarea situaţiilor favorabile, care generează noi oportunităţi de învăţare.** Atunci când, în cadrul întâlnirilor de supervizare, asistentul social prezintă probleme sau puncte slabe, supervizorul poate încuraja viziunea apreciativă, plecând de la ideea că aceste probleme pot fi ignorate, tocmai pentru a exersa şi a învăţa, împreună cu asistentul social, cum ar putea fi făcută analiza situaţiei plecând de la identificarea succeselor.

Caracteristicile supervizării apreciative sunt următoarele:

- centrarea pe experienţă, procesul de învăţare pleacă de la experienţele supervizorilor şi ale supervizaţilor, iar beneficiarii serviciilor sociale sunt consideraţi potenţiale surse şi creatori de cunoaştere;
- centrarea pe succes, supervizarea apreciativă se concentrează pe valorificarea momentelor de maxim succes şi mândrie din viaţa supervizaţilor, considerându-le fundamentul şi inspiraţia pentru succesele viitoare. Succesele trecute sunt valorificate, conştientizate şi anticipate în proiectarea unor succese viitoare;
- focalizarea legăturii dintre viziunea pozitivă şi acţiunea pozitivă, rolul supervizării este de a crea viziunea pozitivă (despre oameni, instituţii, comunitate etc.), dat fiind că aceasta constituie resursa de energie şi totodată un motor pentru acţiunea pozitivă;
- crearea unei relaţii de parteneriat între supervizor şi supervizaţi în acest proces. Acest tip de realţie stimulzează interacţiunile, participarea şi atitudinea pozitivă faţă de ceilalţi participanţi la supervizarea de grup, faţă de beneficiarii serviciilor sociale oferite de către asistenţii sociali şi faţă de supervizor;
- principiul procesului paralel în supervizare, atitudinea pozitivă preluată de la întâlnirile de supervizare poate fi perpetuată asupra interacţiunilor dintre supervizat şi beneficiarii servciilor pe care le oferă acesta la serviciu;
- principul anticipării denotă că imaginile, ideile noastre cu privire la viitor ghidează comportamentele noastre şi conduc la construcţia acestui viitor. Imaginile pozitive despre viitor conduc la acţiuni pozitive, iar cele negative conduc la acţiuni negative. Thomas formulează acest principiu cunoscut şi ca autoprofeţia creatoare: „Dacă oamenii definesc o situaţie ca fiind reală, atunci această situaţie este reală prin consecinţele definirii ei”.[10]

[10] BĂDESCU, I. *Enciclopedia sociologiei universale. Teorii sociologice contemporane*. Vol. II. București, 2011, p.342-344.

Supervizarea apreciativă îi ajută pe asistenţii sociali să depăşească situaţiile de criză şi, prin evaluarea implicaţiilor pe termen lung, ca parte a strategiei dezvoltării personalului, aceasta poate construi noi competenţe pentru provocări viitoare ale organizaţiei.[11]

7.4. Tehnici de negociere în procesul de supervizare

În cadrul supervizării se produce o negociere permanentă între supervizor şi supervizat, prin care se stabileşte planul de lucru şi monitorizarea procesului. În explicarea tehnicilor de negociere utilizate în procesul de supervizare, Ș. Cojocaru utilizează „Teoria jocurilor" elaborată de Eric Berne, conform căreia „*unitatea minimală a relaţiei sociale este tranzacţia*" şi „*între două persoane pot fi dezvoltate mai multe tipuri de relaţii în funcţie de starea pe care o activează fiecare în procesul tranzacţional*".[12] În cadrul supervizării se manifestă un proces de transfer dinspre asistentul social, care va încerca să reproducă în relația sa cu supervizorul același tip de relație care a fost stabilită între el și beneficiar. Pentru a păstra comunicarea, supervizorul va răspunde de o manieră similară celui în care asistentul social i-a răspuns beneficiarului. Procesul invers – de la supervizor către asistentul social și, indirect, către beneficiar – este procesul de contratransfer: aceste tranzacții reprezintă modele formale de interacțiune, care pot fi nuanțate în funcție de conținutul interacțiunii. Răspunsurile din partea supervizorului pot să îmbunătățească sau, dimpotrivă, să neutralizeze procesul de supervizare.

În 1992, A. Kadushin în lucrarea „*Supervision in Social Work*" promovează ideea, potrivit căreia atât supervizaţii, cât şi supervizorii practică diverse jocuri în relaţiile pe care le stabilesc. Autorul a identificat câteva tehnici aplicate în procesul de supervizare menite să modifice procesul de supervizare prin: *(1)* „*manipularea nivelului cererilor*", *(2)* „*reducerea asimetriei puterii*", *(3)* „*redefinirea relaţiilor*", *(4)* „*controlul situaţiei*", *(5)*„*negocierea iniţiată de supervizor*".

Tehnica „Manipularea nivelului cererilor"

Pentru a ilustra tehnica respectivă, vom trece în revistă trei jocuri descrise de A. Kadushin:

***a*) „*Seducerea prin subversiune*",** prin intermediul căruia supervizatul afirmă, de exemplu, că managementul organizaţiei este prost, pentru a crea o falsă solidaritate cu supervizorul şi a sublinia faptul că ambii se subordonează managerului. Acest joc pune accent pe latura ierarhică a organizaţiei şi este iniţiat de către supervizat cu scopul de a obţine anumite concesii din partea

[11] COJOCARU, Ș. *Metode apreciative în asistența socială*. *Ancheta*, *supervizarea și managementul de caz*. Iași, 2005, p.133-157.

[12] BERNE, E. *Jocuri pentru adulți*. *Psihologia relațiilor umane*. București, 2003, p.22-23.

supervizorului. În situaţia în care supervizorul nu are suficientă experienţă şi nu a dezvoltat o atitudine caracteristică personalului de management, se poate lansa în această discuţie despre managementul organizaţiei, aprobând uneori tacit observaţiile făcute de supervizat sau, dimpotrivă, respingându-le. Dacă are experienţă şi capacitatea de a anticipa efectele unei astfel de discuţii, supervizorul va orienta procesul de supervizare către evaluarea activităţii supervizatului şi va încerca să înţeleagă care sunt nemulţumirile acestuia faţă de management. Pentru orientarea discuţiilor către activitatea şi rezultatele supervizatului, supervizorul propune teme de discuţie conform ghidului de supervizare construit în prealabil şi prezentat asistentului social. Prin atitudinea sa, persoana supervizată încearcă să reconsidere însăşi poziţia supervizorului, fiind subliniată mai ales latura de subordonare faţă de echipa de management. Jocul acesta poate fi sesizat prin expresii verbale de tipul: „*Şefii ne cer întotdeauna lucruri imposibile şi suntem de acord să le îndeplinim*…”, „*Nu-mi place că şi tu trebuie să dai socoteală de activitatea ta*, *ca şi mine*”, „*Amândoi suntem angajaţi ai organizaţiei şi trebuie să respectăm şefii*” etc.

Un supervizor experimentat va evita intrarea în acest joc prin direcţionarea discuţiei către activitatea supervizatului şi prin clarificarea poziţiei pe care o are fiecare în cadrul organizaţiei.

***b*) „*Doi împotriva serviciilor oferite*”** este jocul prin care supervizatul intenţionează să minimalizeze calitatea serviciilor oferite sau a cererilor pentru îndeplinirea sarcinilor, făcând afirmaţii de tipul: „*Suntem conştienţi amândoi că lucrurile care se cer pentru îndeplinirea sarcinilor sunt ridicole*, *nu-i aşa?*” sau „*Ştim amândoi că una este teoria şi alta e practica în prestarea serviciilor noastre*, *nu-i aşa?*”. Prin intermediul acestui joc, supervizatul doreşte să creeze o falsă solidaritate cu supervizorul, care este legată de această dată de serviciile oferite. Supervizatul nu mai aduce în atenţie ierarhia organizaţională, ci imposibilitatea îndeplinirii sarcinilor, a serviciilor de calitate, încercând să obţină o reacţie de aprobare din partea supervizorului. Calitatea nu este văzută ca un indicator al muncii sale, ci ca un răspuns al organizaţiei la nevoile clienţilor. Sarcinile pe care le are de îndeplinit pentru obţinerea rezultatelor dorite sunt prezentate ca fiind imposibile sau dificile. În această situaţie, supervizorul trebuie să-l ajute pe supervizat să redefinească serviciile şi să interpreteze calitatea acestora. El poate pune întrebări suplimentare pentru a-l încuraja pe supervizat să ofere argumente în sprijinul afirmaţiilor sale negative în ceea ce priveşte serviciile oferite şi condiţiile care trebuie schimbate pentru ca acestea să fie îmbunătăţite. Supervizorul poate ieşi din acest joc prin orientarea discuţiilor către sarcinile supervizatului, către modul cum au fost îndeplinite ele şi rezultatele activităţii sale în raport cu exigenţele.

Supervizorul cu experienţă evită întrebările de tipul „*De ce spui acest lucru?*”, pentru a nu direcţiona supervizatul către găsirea unor explicaţii şi a unor

posibili vinovaţi pentru respectiva situaţie. Dacă supervizatul primeşte întrebări de tipul „*Cum crezi că putem oferi servicii de calitate?*" sau „*Ce trebuie să faci pentru a-ţi îmbunătăţi performanţele?*", el va fi obligat să construiască un plan în care este coparticipant, trecând de la domeniul general al calităţii serviciului sau al sarcinilor de îndeplinit la domeniul personal al propriei implicări.

***c*) „*Fii drăguţ cu mine, pentru că şi eu sunt drăguţ cu tine*"** este jocul prin care supervizatul încearcă să facă o cerere, punând accent pe calităţile supervizorului, şi emite declaraţii de tipul: „*Mi-ar plăcea să fi ştiut tot atât cât ştii tu*". Prin acest joc, supervizatul încearcă să deturneze atenția supervizorului către sine, prin afirmaţii referitoare la calităţile acestuia, uneori linguşitoare. Supervizorul care pierde din vedere obiectivele şedinţei de supervizare se lasă antrenat în discuţii inutile, care generează deseori complimentări reciproce.

Supervizorul cu experienţă reuşeşte să aducă supervizatul în sfera discuţiilor despre planul stabilit, obiective, acţiuni şi rezultate.

Tehnica „Reducerea asimetriei puterii"

Reducerea asimetriei puterii încearcă să schimbe forma relaţiei dintre supervizat şi supervizor prin poziţia de expert pe care o adoptă supervizatul.

***a*) „*Dacă ai şti programul X aşa cum îl ştiu eu…*"** este jocul prin care supervizatul îşi utilizează cunoştinţele pe care supervizorul nu le posedă şi încearcă să arate cât de expert e în comparaţie cu acesta, chiar dacă i se subordonează, cu scopul de a-i eroda autoritatea. Atitudinea de expert în cadrul programului de servicii pe care le oferă beneficiarilor este argumentată prin recurgerea la experienţă şi, implicit, la orientarea supervizorului către trecutul profesional al supervizatului. Acesta din urmă doreşte să-şi construiască autoritatea în comparaţie cu situaţia supervizorului, fără a lua în calcul faptul că, uneori, vechimea activităţii într-un anumit serviciu poate constitui, de fapt, o piedică în dezvoltarea profesională. Realitatea socială este deosebit de complexă şi dinamică, iar oferirea unui serviciu de calitate presupune rapiditate şi flexibilitate în adaptarea serviciului la această realitate.

Evitarea acestui joc poate fi făcută de către supervizor prin abordarea individuală a fiecărui caz în parte, valorificând experienţa supervizatului.

***b*) „*Aşadar, ce ştii despre asta?*"** este un alt joc utilizat de supervizaţii care au experienţă în serviciul în care lucrează şi vor să-şi scoată în evidenţă anii de muncă în domeniul respectiv. În acest joc, supervizatul intenţionează să testeze cunoştinţele supervizorului nu atât pentru a afla ce ştie şi cum gândeşte el despre o anumită situaţie, cât pentru a-i arăta ce experienţă are şi cât de multe ştie. În cazul în care supervizorul nu este suficient de vigilent, poate aluneca în această direcţie, aducând în discuţie explicaţii generale.

Tehnica „Redefinirea relaţiei dintre supervizat şi supervizor"

Redefinirea relaţiei dintre supervizat şi supervizor urmăreşte să transforme relaţia profesională dintre aceştia într-o relaţie socială, din iniţiativa supervizatului, şi poate fi de tipul:

***a*) „*Ajută-mă, dar nu mă pedepsi*"** este jocul în care supervizatul aduce în discuţie situaţia personală dificilă şi modul cum e afectat de aceasta: „*Nu ştiu ce să mai fac, am multe probleme personale pe care nu le pot rezolva şi nimeni nu mă ajută. De aceea am rămas în urmă cu activitatea*". Prin acest joc, supervizatul pune accent pe problemele personale şi încearcă să deturneze atenţia şi interesul supervizorului către manifestarea compasiunii faţă el. Relaţia profesională trece pe planul secund, iar supervizatul încearcă să descopere în supervizor o persoană care îl susţine, capabilă să-i ofere sfaturi şi înţelegere în problemele personale. Supervizorul mai puţin experimentat se va lansa într-o discuţie personală, şi nu profesională, încercând „să fie alături" de supervizat.

Însă relaţia de supervizare este una profesională şi, de aceea, un supervizor bine pregătit trebuie să evite acest joc, fie prin direcţionarea către procesul de supervizare, dacă starea supervizatului permite, fie prin amânarea şedinţei de supervizare.

***b*) „*Evaluarea nu este pentru prieteni*"** este un alt joc al supervizatului prin care relaţia profesională (evaluarea) e redefinită ca una socială (prietenie). Debutul unui asemenea joc poate fi o afirmaţie de tipul: „*Mi-am făcut foarte bine treaba, ai văzut asta şi din rapoartele statistice. Suntem prieteni şi crezi că mai e cazul să discutăm?*". Supervizorul care intră în acest joc acceptă să pună pe primul plan relaţia de prietenie pe care o are cu supervizatul sau să-i creeze acestuia impresia unei relaţii de prietenie. Dacă supervizorul este conştient de acest joc şi e atent la obiectivele supervizării, el trebuie să orienteze şedinţa de supervizare către scopurile profesionale propuse.

Tehnica „Menţinerea controlului asupra situaţiei"

Controlul situaţiei este urmărit de supervizat printr-o serie de jocuri, acesta fie că îi pune întrebări supervizorului sau alunecă din sfera activităţii sale către cea a deciziei, doreşte să direcţioneze atenţia supervizorului către oferirea unor explicaţii, faţă de care îşi poate exprima dezacordul, transformând întâlnirea de supervizare într-un schimb de idei. Tacticile pentru controlarea procesului de supervizare sunt următoarele:

***a*) „*Am o mică listă*"** este jocul în care supervizatul îi pune mereu întrebări supervizorului pentru a primi răspunsuri legate de problemă, evitând discuţiile despre activitatea sa propriu-zisă. Astfel, supervizorul este pus în situaţia de a da răspunsuri la aceste întrebări, mai ales că ele se referă la probleme legate de serviciile sociale oferite de organizaţie. Însă intrarea în acest joc înseamnă, de fapt, compromiterea procesului de supervizare.

***b*) „*Am făcut ce mi-ai spus şi nu a mers*"** este tipul de joc prin care supervizatul aruncă responsabilitatea acţiunilor sale către supervizor, de la

nivelul acţiunii la cel al deciziei. Discuţiile din şedinţa anterioară de supervizare au implicat şi propunerea unui plan de intervenţie construit de cei doi actori. Iniţierea acestui joc presupune o intervenţie parţială din partea supervizatului, dar care nu a avut rezultatele dorite. Supervizatul intenţionează să omită acest lucru şi se foloseşte de eveniment pentru a orienta discuţia către responsabilitatea supervizorului. Supervizorul vigilent va reuși să redirecţioneze discuţia spre detalii și acțiunile asistentului social.

***c*) „*Nu înţeleg foarte bine*"** este jocul prin care supervizatul încearcă să deturneze discuţia dinspre acţiunile concrete pe care trebuie să le desfăşoare la nivelul explicaţiei teoretice din partea supervizorului. Uneori, supervizorul, entuziasmat de oportunitatea de a găsi un auditoriu pregătit să-l asculte, se lansează în explicaţii teoretice legate de problematica socială. De fapt, prin această acţiune el însuşi acceptă deturnarea scopului şedinţei de supervizare. Pentru a evita acest joc, supervizatul trebuie să se centreze pe acţiuni, reacţii şi rezultate.

***d*) „*Da*, *dar…*"** este jocul prin care se exprimă un acord formal al supervizatului, la prima vedere, în ceea ce priveşte explicaţiile supervizorului, dar introduce un dezacord implicit al acţiunilor generate de perspectiva propusă. Uneori supervizorul nu sesizează acest dezacord şi continuă să discute cu supervizatul având iluzia că ideile, soluţiile şi recomandările sale sunt acceptate; mai mult, acest joc este şi un răspuns al supervizatului faţă de stilul de tip interogatoriu al supervizorului. Supervizorul poate evita acest joc dacă abordează o atitudine deschisă şi interesată, orientând discuţia spre înţelegerea acestui dezacord prin prisma activităţii supervizatului.

Tehnica „Negocierea iniţiată de supervizor"

A. Kadushin consideră că şi supervizorii folosesc diferite jocuri din aceleaşi motive ca şi supervizaţii. Jocurile folosite sunt metode pentru reducerea stresului generat de rolurile pe care le are supervizorul în cadrul organizaţiei. Supervizorii se implică în aceste jocuri pentru a scăpa de ameninţările privind poziţia lor în cadrul ierarhiei organizaţionale, de incertitudinea autorităţii lor, din dorinţa de a fi apreciaţi şi plăcuţi de către supervizaţi, din nevoia de a avea aprobarea supervizaţilor şi de a înlătura ostilitatea lor, care este inevitabilă uneori într-o relaţie atât de complexă. Prezentăm în continuare o serie de jocuri iniţiate de supervizor.

***a*) „*Sunt mirat, de ce afirmi acest lucru?*"** este un joc prin care supervizorul direcţionează propriul dezacord vizavi de soluţia oferită de supervizat către explorarea şi analiza rezistenţei supervizatului. El pune accent pe rezistenta supervizatului şi încearcă să direcţioneze discuţia spre acesta, considerând că el are o problemă de înţelegere.

***b*) „*O bună întrebare generează alta*"** este jocul prin care supervizorul răspunde cu o întrebare la cea lansată de supervizat, mai ales atunci când nu ştie răspunsul; este o formă de apărare a supervizorului în faţa unei situaţii pe care nu

o poate controla. Chiar dacă supervizatul încearcă să obţină nişte răspunsuri la întrebările sale, supervizorul îl obligă să continue jocul iniţiat de el. Supervizatul cu experienţă poate să evite jocul sau să iniţieze un joc care-i convine.[13]

În concluzie menționăm că aşteptările societăţii contemporane faţă de rezultatele muncii asistenţilor sociali sunt destul de mari, fapt determinat şi de criza profundă prin care trece societatea noastră. Volumul mare de muncă, dar şi insuficienţa experienţei profesionale împiedică asistenţii sociali în evaluarea propriilor competenţe, ceea ce poate fi depăşit prin intermediul activităţilor de supervizare. Acestea contribuie la definitivarea şi conştientizarea obiectivelor muncii realizate, la extinderea ariei de competenţe profesionale şi a metodelor de lucru, la crearea unei dinamici inovatoare pentru determinarea asistenţilor sociali de a conştientiza propriile limite, la oferirea unei mai mari siguranţe privind calitatea activităţii sociale. Desigur, aceste efecte ale supervizării pot fi realizate doar în cazul în care domeniul de supervizare va fi susţinut prin politicile sociale, iar supervizorii vor fi instruiţi în cadrul programelor specializate.



***Întrebări de recapitulare*:**

1. Care sunt obiectivele și principiile de realizare a activităților de supervizare în asistența socială?
2. Care este istoricul evoluției activităților de supervizare în domeniul asistenței sociale în diferite țări?
3. Cum se clasifică funcțiile supervizării?
4. Care sunt avantajele și dezavantajele tipurilor de supervizare ierarhizate din perspectiva celor trei sisteme de referinţă?
5. În ce constă utilitatea aplicării tehnicilor de negociere în procesul de supervizare?
6. Care sunt dificultățile ce pot apărea în procesul de supervizare și cum un supervizor ar trebui să le depășească?



***Sarcini de lucru individual*:**

1. Argumentați oportunitatea utilizării unui tip de supervizare în baza managementului de caz propus.
2. Evaluați avantajele și limitele tehnicilor de negociere aplicate de supervizor.
3. Elaborați un review prin care să promovați importanța procesului de supervizare în domeniul asistenţei sociale.

[13] COJOCARU, Ș. *Metode apreciative în asistența socială. Ancheta, supervizarea și managementul de caz*. Iași, 2005, p.118-130.



***Bibliografie selectivă*:**

1. BĂDESCU, I. *Enciclopedia sociologiei universale*. *Teorii sociologice contemporane*. Vol.II. București: Mica Valahie, 2011. ISBN: 978-606-8304-19-9.
2. BERNARD, J.M., GOODYEAR, R.K. *Bazele supervizării clinice*. București: Trei, 2007. ISBN: 978-606-719-929-1
3. BERNE, E. *Jocuri pentru adulți*. *Psihologia relațiilor umane*. București: Amaltea, 2003. ISBN 973-9397-11-5
4. BENFIEL, M., HOLTON, G. *The Soul of Supervision*: *Integrating Practice and Theory*. New York, 2010. ISBN 978-0–8192-2376-0
5. COJOCARU, Ș. *Metode apreciative în asistența socială*. *Ancheta*, *supervizarea și managementul de caz*. Iași: Polirom, 2005. ISBN: 973-46-0124-5
6. FRUNZĂ, A. *Supervizarea şi dezvoltarea profesională a asistenţilor sociali*. Iaşi: Lumen, 2017. ISBN 978-973-166-444-6
7. *Ghid de implementare a mecanismului de supervizare profesională în asistența socială*. Aprobat prin Ordinul MMPSF nr.15 din 10.11.2009. Chișinău, 2009.
8. KADUSHIN, A. *Supervision in Social Work*. 3th ed. New York: Columbia University Press, 1992. ISBN 978-0231-07-108-6
9. KADUSHIN, A., HARKNESS, D. *Supervision in Social Work*. 4th ed. New York: Columbia University Press, 2002. ISBN: 978-0231120944
10. MILICENCO, S. The role of supervision in promoting quality services in the field of the social work. În: *Studia Universitatis Moldaviae*. Seria *Ştiinţe Sociale*, 2020, nr.3 (133).
11. MUNTEAN, A.(coord.) *Supervizarea*. *Aspecte practice şi tendinţe actuale*. Iaşi: Polirom, 2007. ISBN: 978-973-46-0758-7
12. *Mecanismul de supervizare în asistență socială*. Aprobat prin Ordinul MPSFC nr.99 din 31.12.2008. Chișinău, 2009.
13. MUNSON, C.E. *Handbook of Clinical Social Work Supervision*. 3th ed. New York: The Haworth Press Inc., 2002. ISBN 978-0-7890-1078-0
14. *Statutul Asociației Organizațiilor Naționale pentru Supervizare din Europa*. Disponibil: http://www.anse.eu/about-anse/statutes
15. UNGURU, E. *Construcția socială a supervizării în asistența socială*. Iași: Lumen, 2019. ISBN: 978-973-166-532-0

LISTA
TEMELOR PENTRU PROIECTE DE CERCETARE

Asistența socială ca sistem: repere normative

– Drepturile sociale în reglementările internaţionale şi naționale.
– Responsabilităţile şi statutul asistentului social (în conformitate cu cadrul normativ național).
– Cultura juridică şi activitatea de asistenţă socială: realitate și necesitate.
– Modalități de modernizare a cadrului normativ național în domeniul asistenței sociale.
– Cadrul juridic privind protecția unei categorii de beneficiari (în corespundere cu art.7 din Legea asistenței sociale, nr.547/2003).

Politici familiale în spațiul european

– Probleme majore ale familiilor cu copii din Republica Moldova la etapa actuală și posibilități de depășire prin politici familiale.
– Impactul politicilor sociale/familiale din Republica Moldova asupra consolidării instituției familiei.
– Politici familiale cu impact simultan asupa bunăstării și situației demografice.
– Politici familiale centrate pe îmbinarea muncii casnice cu cea profesională: obiective și modalități de implementare.
– Impactul sistemului de indemnizații pentru copii din Republica Moldova asupra comportamentelor reproductive ale tinerelor familii.
– Politicile familiale din Republica Moldova în contextul politicilor familiale din statele UE: analiză comparativă.

Politici de protecție a persoanelor în vârstă și de promovare a îmbătrânirii active

– Evaluarea calității prestării serviciilor de îngrijire socială la domiciliu.
– Implementarea principiului îmbătrânirii active: oportunități, riscuri și potențiale soluții (cazul raionului X).
– Participarea socială a persoanelor vârstnice (cazul raionului/localității X).
– Arderea profesională a specialiștilor din domeniul asistenței sociale implicați în asistarea persoanelor în vârstă.

Asistența socială a victimelor/supraviețuitoarelor violenței în familie

– Activitatea echipelor multidisciplinare comunitare în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie: analiză comparativă.

– Asistența socială a copiilor și femeilor victime ale violenței în familie: particularități comune și distincte.
– Elaborarea Planului individualizat de asistență pentru victimele violenței în familie: provocări ale asistenților sociali comunitari.
– Consecințele violenței în familie.
– Factorii de risc în asistența victimelor violenței în familie.
– Tipurile de servicii sociale oferite victimelor violenței în familie (analiză comparativă pe unități administrativ-teritoriale).
– Provocările asistenților sociali comunitari în identificarea, înregistrarea, evaluarea, asistența și referirea victimelor violenței în familie.

Asistența socială a persoanelor cu risc suicidar

– Prevenirea riscului crizelor suicidare la copii și adolescenți.
– Conotația infracțional-penală a suicidului: cadrul normativ național și internațional.
– Rolul rețelelor de socializare în declanşarea comportamentului suicidar.
– Influenţa proceselor migraţioniste asupra evoluţiei comportamentului suicidar.
– Reflectarea cazurilor de suicid în mass-media: oportunități și riscuri.

Monitorizare și evaluare în asistența socială

– Monitorizarea cazurilor din domeniul asistenței sociale: dificultăți și soluții.
– Evaluarea în asistența socială: provocări și utilitate în stabilirea strategiilor de intervenție.

Supervizarea în asistența socială

– Importanța supervizării în consolidarea serviciilor de asistență socială.
– Supervizarea în asistența socială: evoluție, provocări și perspective.
– Cadrul național de funcționare a practicii supervizării în asistența socială.
– Tipologia supervizării: criterii de clasificare și oportunități de implementare.
– Modele și principii de realizare a supervizării în servicii sociale (cazul serviciului X).
– Planificarea, desfășurarea și evaluarea ședințelor de supervizare (cazul serviciului Y).

ASISTENȚA SOCIALĂ: ABORDĂRI TEORETICE ȘI APLICATIVE

SUPORT DE CURS

Redactare – *Ariadna Strungaru*
Asistență computerizată – *Galina Prodan*

Bun pentru tipar 30.06.2023. Formatul 70×100¹⁄₁₂
Coli de tipar 22,6. Coli editoriale 17,5.
Comanda 24. Tirajul 50 ex.
Centrul Editorial-Poligrafic al USM
str. Al. Mateevici, 60, Chișinău, MD 2009
e-mail: cep1usm@mail.ru