



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU



Investește în oameni!

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013

Axa prioritară: 1. Educația și formarea profesională în sprijinul creșterii economice și dezvoltării societății bazate pe cunoaștere

Domeniul major de intervenție: 1.2. Calitate în învățământul superior

Titlul proiectului: „e-Incluziune:Dezvoltarea și implementarea unui program de asistență bazat pe tehnologii TIC, pentru creșterea accesului la învățământul superior al persoanelor cu dizabilități”

Cod Contract: POSDRU/156/1.2/G/141055

FUNDAMENTELE ASISTENȚEI SOCIALE

- Suport de curs pentru persoane cu dizabilități -

Lector univ. dr. Viorica BOBIC



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU



CUPRINS

1. Asistența socială în cadrul științelor sociale / 2
2. Repere istorice ale asistenței sociale în România / 5
3. Dimensiunile, conținutul și domeniile asistenței sociale ca activitate profesională / 7
4. Metode și tehnici generale și specifice utilizate în procesul muncii de asistență socială/9
5. Atitudini și responsabilități ale asistentului social în relațiile profesionale / 13
6. Asistența socială a familiei și copilului /14
7. Asistența socială a persoanei cu handicap /20
8. Asistența socială a persoanei dependente de alcool și droguri /22
9. Protecția și asistența socială a persoanei vârstnice /24
10. Asistentul social ca cercetător și manager /25

Bibliografie



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE

ROMÂNIA
MINISTERUL EDUCAȚIEI
NAȚIONALEFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRUULBS
Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

1. ASISTENȚA SOCIALĂ ÎN CADRUL ȘTIINȚELOR SOCIALE

Primele forme de asistență socială sunt generate de nevoia oamenilor de a se ajuta în momentele dificile ale vieții, însă orice proces de ajutorare, din punct de vedere al asistenței sociale presupune o relație interpersonală între specialist și persoana aflată în dificultate.

Complexitatea muncii de asistență socială rezidă și din numeroasele definiții întâlnite în literatura de specialitate, cum ar fi:

Asistența socială urmărește asigurarea funcționării sociale a indivizilor sau a grupurilor prin activități centrate pe relațiile lor sociale. Aceste relații sociale sunt expresia interacțiunilor între oameni și mediul lor, (Boehn, 1994).

Asistența socială este o activitate profesională de ajutorare a indivizilor, a grupurilor sau a comunităților, necesară pentru întărirea sau instalarea capacităților lor funcționale sociale și totodată pentru crearea condițiilor sociale favorabile în acest scop (Asociația Națională a Asistenților Sociali din SUA, 1994)

Asistența socială este activitatea propriu zisă de aplicare profesională a cunoștințelor, valorilor, principiilor, metodelor, tehnicilor, cu scopul de:

- A ajuta indivizii sau grupurile vulnerabile pentru a accede la unele servicii;
- A consilia persoane, familii sau grupuri;
- A oferi unor grupuri sau comunități suport pentru optimizare socială;
- A participa la procesele de reglementare socială, (Neamțu, 2003).

Asistența socială reprezintă un ansamblu de măsuri, programe, activități profesionalizate, instituții pentru ajutorarea și protejarea persoanelor, grupurilor, comunităților care au probleme sociale și care temporar se află în criză sau în dificultate deoarece nu mai au capacitatea de a se integra prin mijloace și eforturi proprii în societate (Zamfir, 1993).

Asistența socială, prin faptul că influențează destinele celor care au nevoie de ajutorul specialiștilor, presupune o relație între teorie și practică. O serie de specialiști din domeniul științelor socio-umane susțin ideea că asistența socială este o artă, o știință, dar și o profesie:

Asistența socială este o artă, deoarece necesită din partea practicianului o serie de calități personale pentru a înțelege personalitatea individului în diferitele ei ipostaze, pentru a acționa în diversele situații, și pentru a ajuta oamenii ca să se ajute singuri.

Asistența socială este o știință în devenire, deoarece de-a lungul timpului dezvoltă idei, principii, concepte metodologice susținute de teoreticieni "sensibilizați la problemele umane" și de specialiști din domeniu.

Asistența socială este o activitate practică pentru că pune în aplicare programele de protecție socială sau este o componentă a acestora (servicii și activități specifice). Refacerea funcției de integrare socială a persoanelor defavorizate în limitele unui mod normal și decent de viață se susține atât prin mobilizarea resurselor individuale, instituționale, comunitare cât și prin crearea condițiilor socio-culturale, morale, economice.

Acțiunea de asistență socială, indiferent de formă și conținut, se desfășoară pe baza unor principii, cum ar fi:

- Unicitatea și demnitatea persoanei/ clientului, cu caracteristicile sale specifice: biologice, psihologice, sociale, spirituale;
- Interacțiunea dintre client și mediul său;



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE



ROMÂNIA
MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU



ULBS
Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

- Atitudinea spre schimbare și participarea directă a clientului la propria schimbare;
- Cunoașterea de către client a traseului și evoluției în procesul de ajutorare;
- Respectarea confidențialității;
- Calitățile și limitele asistentului social;
- Procesul de autocunoaștere și autodezvoltare a specialistului în domeniu, (Neamțu, 2003).

Ca activitate profesională, asistența socială se conturează mult mai târziu, la începutul sec. al XX lea, iar în ultimele decenii se asistă la o explozie de activități de ocrotire și protecție socială a persoanelor aflate în dificultate. În aceste condiții, profesia de asistent social cunoaște o evoluție rapidă odată cu dezvoltarea tot mai specializată a metodelor și tehnicilor pentru:

- Identificarea cazurilor și ariilor problematice sociale sau umane.
- Evaluarea resurselor materiale și umane disponibile, a posibilităților de intervenție rapidă.
- Alegerea soluțiilor optime specifice pentru fiecare caz.
- Promovarea unor strategii de prevenire a situațiilor defavorizante și cu risc pentru persoane, grupuri sau comunități.

Caracterul pronunțat aplicativ al profesiei de asistent social impune formarea și dezvoltarea unor competențe de intervenție în sistemul social, fundamentate pe trei elemente: valori și atitudini; sistem teoretic profesional; abilități și deprinderi practice (Miftode, 1995).

Dintre valorile profesionale amintim: unicitatea și demnitatea persoanei, justiție socială, relații interumane, integritatea, furnizarea serviciilor în favoarea clientului, angajament, viață privată și confidențialitate, transparență, etc.

Conduita asistentului social e condiționată de contextul în care el acționează și de respectarea nevoilor persoanei asistate, a valorilor individuale și sociale ale acesteia, a principiilor și standardelor etice practicate de agenția care oferă servicii.

Sistemul de cunoștințe teoretice este un fundament obligatoriu în obținerea competențelor profesionale, ce asigură legitimitatea statutului profesional. Aceste cunoștințe provin din diverse domenii ca: psihologie, sociologie, psihologie socială, antropologie, pedagogie, medicină, drept, administrație, etc. Ele sunt necesare pentru cunoașterea personalității umane, pentru înțelegerea interacțiunilor dintre individ/ grup și mediul său de viață socio-politic, cultural, moral și economic.

Abilitățile și deprinderile asistentului social reflectă transpunerea în practică a valorilor și cunoștințelor teoretice. Ele sunt *de relaționare* (a asculta, a comunica, a înțelege, etc.) și *metodologic-profesionale* (identificarea problemelor; evaluarea trebuințelor; cercetare științifică; management de caz; munca în echipă; etc.)

Ca activitate politică, asistența socială se constituie într-o componentă a **sistemului general de protecție socială**. Dar ce este protecția socială?

Protecția socială reprezintă ansamblul de politici, măsuri, instituții, organisme care asigură sprijin persoanelor, grupurilor defavorizate social, ce nu-și pot asigura prin eforturi proprii condițiile necesare unui mod decent de viață și acceptat de societate.

Sistemul general de protecție socială vizează diferite **situații de risc social** (boală, bătrânețe, handicap, șomaj, etc) și cuprinde două tipuri de sprijin: sistemul asigurărilor sociale și sistemul asistenței sociale.



Asigurările sociale au apărut încă de la sfârșitul secolului trecut în scopul susținerii financiare a persoanelor care nu realizează venituri prin forțe proprii din cauza pierderii temporare sau definitive a capacității de muncă sau din cauza pierderii locului de muncă.

Fondurile asigurărilor sociale se constituie din contribuții sistematice ale persoanelor active economic. Ele sunt redistribuite atunci când aceste persoane se găsesc în dificultate, proporțional cu contribuția lor și cu dimensiunile trebuinței lor, sub formă de: pensii, ajutor de somaj, ajutor de boală, îngrijiri medicale, etc.

Asistența socială, pe baza principiului solidarității, are în vedere evaluarea trebuințelor. Fondurile sistemului de asistență socială provin de la bugetul de stat (central și local) și din donațiile voluntarilor. Ele sunt utilizate în sprijinirea persoanelor/ grupurilor aflate în dificultate, fără obligația de a contribui.

Sistemul de asistență socială cuprinde două dimensiuni:

Economică, prin alocarea resurselor financiare și materiale pentru o perioadă limitată de timp, celor defavorizați social, de exemplu, săraci, copii abandonați, persoane cu handicap, persoane vârstnice, etc.

Socială, având în vedere procesele de integrare și reintegrare socială, de exemplu pentru delincvenți, persoane victime ale abuzului fizic/psihic/sexual, toxicomani, etc.

Activitățile și serviciile de asistență socială se realizează în instituții publice și ONG-uri cu atribuții în domeniu, pe baza mai multor reglementări juridice interne și internaționale, respectiv legi generale și speciale. Dintre aceste documente menționăm în mod deosebit:

- *Declarația Universală a Drepturilor Omului;*
- *Convenția privind Drepturile Copilului;*
- *Constituția României, 2003;*
- *Legea nr. 29/2011(MO nr. 905 din 20 decembrie 2011)- legea asistenței sociale face referire la: principiile generale; dreptul la asistență socială; sistemul de beneficii de asistență socială, sistemul de servicii sociale; măsuri integrate de asistență socială; instituțiile; personalul; finanțarea; jurisdicția;*
 - *Legea nr. 448/ 2006 cu privire la protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap vizează respectarea drepturilor și libertăților persoanelor cu handicap, măsurile de protecție specială a persoanelor cu dizabilități, obligațiile instituțiilor publice și private în asigurarea acestor măsuri;*
 - *Legea nr. 272/ 2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului stipulează: drepturile copilului, situațiile de dificultate ale copilului, măsuri de protecție specială a copilului lipsit temporar sau definitiv de ocrotirea părinților sau a copilului aflat în diferite situații de dificultate (abuz, neglijare, exploatare, conflic armat, refugiat, comportament delincvent, răpire și trafic de persoane, etc.);*
 - *Legea nr. 217/ 2003 cu privire la prevenirea și combaterea violenței domestice garantează: măsurile de prevenirea și combaterea violenței domestice, protecția specială a victimelor violenței domestice, instituțiile cu responsabilități în acest sens;*
 - *Legea nr. 116/ 2002 privind prevenirea și combaterea marginalizării sociale vizează acordarea de suport material și financiar anumitor categorii de persoane în vederea respectării drepturilor fundamentale;*
- *Etc.*



2. REPERE ISTORICE ALE ASISTENȚEI SOCIALE ÎN ROMÂNIA

Asistența socială în România a avut la început un puternic caracter religios și a constat în acțiuni de ajutorare a persoanelor cu deficiențe. Mai târziu, pe lângă mănăstiri au apărut primele forme de asistență socială numite “bolnițe”, unde nu se acorda asistență medicală calificată, ci se administra numai leacuri tradiționale și slujbe religioase. Astfel de bolnițe au fost la: Cernica, Cozia, Curtea de Arges, Horezu, Dragomirești, etc.

Din sec. al XIV lea și următoarele până la Regulamentele Organice din 1831 au apărut așezăminte de asistență socială înființate de domnitorii și boierii români, cele mai vechi fiind cunoscute sub numele de “calicii”. Prin Regulamentele Organice s-au creat bazele legale ale unui nou regim de organizare și funcționare a asistenței sociale, în primul rând în conducerea și administrarea spitalelor existente la acea dată, prin promovarea unor politici de prevenire a epidemiilor și acordarea de asistență săracilor și bătrânilor, deficienților fizici și morali, orfanilor. Astfel de spitale erau:

Pe lângă Fundația “Colțea” funcționa o mănăstire și primul spital din Țara Românească, construit la începutul sec al XVIII lea cu o capacitate de 24 de paturi și chilii pentru săraci și bătrâni bolnavi. Cu trecerea anilor, spitalul “Coltea” și anexele sale au fost reconstruite și extinse, astfel că la sfârșitul anului 1900 capacitatea era de 400 de paturi și un număr însemnat de chilii pentru îngrijirea bătrânilor bolnavi și deficienților fizici sau morali.

Fundația “Pantelimon” era un mic spital de 12 paturi, care de-a lungul timpului a fost extins și modernizat. Pe lângă acest spital funcționa un orfelinat pentru copii săraci.

În 1864 Kiseleff a înființat “Eforia Caselor făcătoare de bine și folos obștească”, sub egida căreia funcționa Casa copiilor sărmani, unde copiii creșteau cu doici și personal medical de specialitate (Mănoiu și Epure, 1996).

La sfârșitul sec al XIX lea și începutul sec al XX lea, asistența socială în țara noastră s-a diversificat prin înființarea mai multor servicii specializate pe asistența copiilor și a familiei, precum și apariția societăților de binefacere. Dintre acestea amintim : primul serviciu de asistență socială la Primăria Capitalei, înființat în 1881, pentru copiii găsiți și orfani repartizați la doici și mame crescătoare ; azile pentru sugari și grădinițe pentru copii asistați cu vârste între 3– 7 ani ; serviciu pentru adopția copiilor sănătoși și găsiți cu vârste între 0 – 2 ani ; cantina de ajutor social pentru săraci ; serviciu pentru repartizarea cerșetorilor și vagabonzilor din Capitală în azile, ateliere de lucru și ferme agricole.

Scopurile *societăților de binefacere* au fost concentrate pe ocrotirea mamei și a nou-născutului, asistența familiei dependente, asistența copiilor părăsiți, asistența deficienților fizici/ mentali, combaterea bolilor sociale.

În perioada 1936 –1944 activitatea de asistență socială din România s-au conturat domeniile asistenței sociale în funcție de problemele sociale cu care se confruntă societatea românească :

Asistența familiei. Intre 1940 –1941 s-au înființat 23 centre de asistența familiei cu scop principal de a elimina cauzele care au dus familia sau individul în situația de a solicita ajutor. Activitățile de asistență a familiei erau complexe și se realizau în opt servicii, în funcție de categoria de trebuințe: asistența familiei, asistența copiilor orfani, asistența copiilor problema și delicventi, ocrotirea tineretului, asistența invalizilor, orfanilor și văduvelor de război, asistența juridică.

Asistența și ocrotirea copiilor și tinerilor se realiza în cămine de zi, cu scopul de supraveghere a copiilor, prevenire a delicvenței, vagabondajului și prostituției. Pentru copii ce proveneau din mediul TBC s-au înființat unitati speciale numite “preventorii” unde se



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU



asigura tratament de specialitate, creștere și dezvoltare, educație, de exemplu: “Herastrau”, “Sinaia”, “Timiș”, etc.

Asistența populației sărace se realiza în cantine populare, subvenționate de Consiliul de Patronaj, profilate astfel: cantine școlare, cele muncitorești, cantine pentru copii de lângă Căminele de zi, restaurante populare.

Asistența copiilor orfani și abandonati se realiza pe două căi: asistența instituțională și plasamentul familial.

Asistența delicvenților minori funcționa prin două servicii de pe lângă penitenciarul Văcărești și Parchetul Tribunalului București.

Asistența socială a nevăzătorilor se realiza în urma insistențelor și donațiilor facute de Regina Elisabeta și Regele Carol I, în așezământul “Vatra luminoasă Regina Elisabeta”, compus din o școală pentru orbi, azilul de orbi pentru ambele sexe, Spitalul “Regina Maria” pentru tratamentul conjunctivelor g-anulate

În 1938 rețeaua de asistență socială s-a extins la Craiova, Ploiesti, Brasov, Sibiu, Tg.Mures, Cluj, Cernăuți.

Odată cu instaurarea regimului comunist, după 1947, serviciile de asistență socială au fost centralizate, astfel :

- Servicii de asistență socială teritorială, pe lângă policlinicile teritoriale, care au fost desființate în 1969;
- Servicii pentru protecția copilului;
- Servicii pentru ocrotirea și protecția persoanelor vârstnice;
- Servicii sociale pentru protecția persoanelor cu deficiențe senzoriale ca Asociații ale Nevăzătorilor și Surzilor și filialele lor;
- Serviciu de șomaj;
- Serviciul “Autoritate Tutelară” din cadrul primăriilor desfășura și activități pentru rezolvarea problemelor financiare ale familiilor paupere, conform legii. (Mănoiu și Epure, 1996).

După anul 1990, serviciile de asistență socială au traversat mai multe etape de reorganizare, în funcție de politicile sociale promovate de guvernele care au funcționat în diferite momente istorice. Aceste servicii s-au focalizat în special pe protecția copilului, familiei, persoanelor cu dizabilități și populației sărace. Totodată s-a reînființat învățământul superior pentru pregătirea viitorilor asistenți sociali.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE

Fondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU

3. DIMENSIUNI, CONȚINUT ȘI DOMENII ALE ASISTENȚEI SOCIALE

Rezolvarea situațiilor de dificultate a unor persoane și reintegrarea lor socială impune numeroase activități specifice desfășurate într-un cadru relațional complex, format din diverși specialiști: asistent social, medic, jurist, psiholog, pedagog, economist, sociolog, preot, etc.

Activitatea specifică asistentului social se desfășoară în mai multe etape (investigație, diagnoză și terapie socială) și se direcționează pe două planuri: **direct** asupra persoanei defavorizate social în scopul asigurării unei sănătăți fizice și mentale, instruirii și pregătirii profesionale și, **indirect** asupra mediului sau sistemului de relații în care se află persoana asistată.

Ce reprezintă investigația, diagnoza și terapia socială?

Prin **investigație socială**, asistentul social culege toate informațiile legate de situația și personalitatea beneficiarului de asistență socială pentru a putea stabili diagnosticul social. Activitățile de investigație socială se realizează la biroul asistentului social și/sau în cadrul muncii de teren. Se utilizează diferite metode și tehnici specifice ca: interviu, observație, anchetă socială, analiza documentelor legislative și sociale, etc. Informațiile pot fi obținute direct de la client și de la alte persoane cum ar fi: membri ai familiei clientului, colegi și colaboratori de la locul de muncă, preot, cadre didactice, medic de familie, prieteni și alții. După obținerea informațiilor privind starea de dependență socială, simptomele și circumstanțele sociale, condițiile de mediu, asistentul social procedează în continuare la analiza, clasificarea și sistematizarea lor.

Prin **diagnoza socială** se stabilește un rezultat/ diagnostic social, pas cu pas, în tot cursul investigației și care cuprinde: cauzele stării de dependență, factorii care influențează starea de dependență, factorii favorabili în realizarea intervenției.

Prin **terapia socială** se urmărește normalizarea stării clientului și reintegrarea sa socială. Cele mai frecvente forme de terapie socială sunt: consilierea, medierea, intermedierea, monitorizarea rezultatelor, etc. aplicate în baza unui plan de intervenție. Pentru un plan de acțiune eficient este necesar ca asistentul să cunoască legislația și mijloacele de acțiune, să colaboreze cu alți specialiști din echipa multidisciplinară pentru identificarea și aplicarea celei mai bune și precise soluții, în funcție de problematica socială a clientului.

Este important de reținut că Investigarea, diagnoza și terapia socială nu sunt numai momente succesive în procesul de asistență socială, ci se intercondiționează reciproc la momente diferite, unde diagnosticul este utilizat fie ca ipoteză de lucru, fie ca o concluzie.

Urmărirea rezultatelor obținute de către client după aplicarea soluțiilor alese are ca scop realizarea unui feed-back pe baza căruia se pot face corectări și îmbunătățiri la planul de intervenție, necesare pentru eliminarea stării de dependență a clientului.

Domeniile asistenței sociale se pot diferenția în funcție de criteriile utilizate, așa cum sunt ele menționate în literatura de specialitate:

În funcție de problema socială și modul de rezolvare a acesteia deosebim asistență socială de **recuperare** și de **prevenție**, acordată persoanelor aflate în risc de dependență socială

În funcție de tipul de intervenție și de accesibilitate la intervenție există asistență socială **instituțională**, formată din mai multe tipuri de servicii sociale, ce deservește mai multe domenii de acțiune: învățământ, sănătate, muncă, legislație. Aceste servicii sociale sunt: **publice**, coordonate de către stat, vizând în principal respectarea legilor și a politicilor sociale și **private**, în cadrul asociațiilor și fundațiilor, constituindu-se în forme comunitare de sprijin și punctuale după tipul de beneficiar.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU



În funcție de tipul de client, domeniile asistenței sociale pot fi: **individualizată, a grupurilor și comunitară** (Miftode, 1999).

Asistența socială individualizată vizează adaptarea la condițiile existente date oricărei persoane aflate în stare de dependență socială: boală, invaliditate, delincvență, sărăcie, imoralitate, carență profesională, etc. Astfel avem asistența socială: a copilului, a persoanei cu dizabilități, a bolnavului, a delincventului, a persoanei vârstnice, a persoanei paupere și a familiei.

Asistența socială a grupurilor are în atenție rezolvarea problemelor apărute în cadrul unui grup sau colectivitate și realizarea coeziunii grupului.

Asistența socială comunitară este complexă, fiind determinată de nivelul de dezvoltare și gradul de democratizare ale societății. Calitatea protecției sociale a individului rezidă din respectarea drepturilor comunității.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE

ROMÂNIA
MINISTERUL EDUCAȚIEI
NAȚIONALEFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRUULBS
Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

4. METODE ȘI TEHNICI GENERALE ȘI SPECIFICE UTILIZATE ÎN PROCESUL MUNCII DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Complexitatea muncii de asistență socială a dus de-a lungul timpului la dezvoltarea a numeroase metode și tehnici specifice și la utilizarea lor în practica asistenței sociale. În continuare procedăm la o prezentare sumară a principalelor metode și tehnici de investigație și intervenție socială.

OBSERVAȚIA. La nivelul simțului comun, vorbim de **observație empirică**, adică a cunoaște, a examina conștient un obiect sau un proces din lumea exterioară. Însă această observație este incompletă, imprecisă, ambiguă și lipsită de obiectivitate și deseori nu este consemnată în scris.

Atunci când ea devine critică, vorbim de **observație științifică**, unde valoarea ei este dată de teoria care stă la baza analizei. Specialiștii în domeniu nu se focalizează pe definirea observației științifice, ci pe caracteristicile, avantajele și dezavantajele acestei metode comparativ cu alte metode de cunoaștere a realității sociale.

În opinia lui S. Chelcea (2004), observația este "*metoda științifică de colectare a informațiilor cu ajutorul simțurilor, evidențiind interferențele sociologice și psihologice, pentru a descrie sistematic și obiectiv mediul extern, oamenii și relațiile interpersonale, comportamentele individuale și colective*".

Când se utilizează metoda observației în asistența socială?

Observația științifică se aplică pe parcursul efectuării anchetei sociale de situație, în cazul verificării condițiilor fixate prin lege a unei stări de fapt și lucruri, dar totodată și înțelegerea situației de dependență socială. rezultatele observației sunt utilizate în elaborarea diagnosticului descriptiv (ce și cum se întâmplă) și diagnosticului explicativ (ce se va întâmpla).

INTERVIUL este o metodă universală de cercetare în științele socio-umane. Termenul de "interviu" este un neologism din limba engleză, înseamnă "întrevedere", "întâlnire", diferit de termenul "convorbire" din limba română. S-a impus pe plan mondial, fiind preluat de sociologii francezi și germani. În sens larg, interviul este o conversație față în față, în care o persoană obține informații de la o altă persoană. Prima întrevedere este cunoscută în literatura de specialitate ca **primul interviu**, care trebuie realizat în condițiile cele mai avantajoase pentru client sau la biroul asistentului social.

Metoda interviului este utilizată în cadrul cercetărilor de teren sau la biroul de asistență socială. Se începe cu o **conversație liberă**, de exemplu exprimarea formulelor de politete, iar apoi cel investigat e pus în temă și lăsat să povestească liber. Ulterior se trece la **convorbire provocată** prin intervenții directe- întrebări sau comentarii scurte, spre elementele stabilite în planul de investigație, adaptat la condițiile concrete ale cazului. Dacă este cazul se trece la o **convorbire dirijată sistematic**, prin întrebări precise care solicită răspunsuri clare.

În asistența socială, convorbirea ca element fundamental în tehnica interviului se folosește pentru a obține informații verbale de la indivizi, grupuri, comunități și pentru a verifica ipoteze sau problemele sociale ale clienților.

Metoda interviului în practica asistenței sociale este importantă pentru că se obțin informații despre motivația, definiția și semnificația pe care beneficiarii de asistență socială și alți actori sociali le acordă acțiunilor sau propriilor comportamente.

ANALIZA DOCUMENTELOR. Pentru cunoașterea vieții sociale, apelăm deseori la documente scrise, deci pe observația indirectă. Analiza documentelor constituie o metodă



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE

Fondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU

complementară indispensabilă pentru descrierea și explicarea faptelor, proceselor și fenomenelor sociale.

Analiza documentelor, fie ele publice, fie personale sau statistice, se utilizează în cercetările de teren ale asistentului social, are rolul de a puncta sau clarifica anumite informații incomplete, oferite de cei intervievați, de exemplu în cazul identificării genealogiei familiei asistate sau în cazul precizării bolilor de care suferă persoana dependentă social sau în cazul identificării datelor personale.

ANALIZA REȚELOR SOCIALE este o metodă de "intersecție" pentru că nu constituie o metodă de culegere a datelor, ci analiza unui material empiric, cules prin chestionar, interviu, observație, analiza de documente. Astfel se evidențiază relația structură-individ și rolurile structurilor din viața socială, se facilitează identificarea structurilor sociale și înțelegerea percepțiilor, atitudinilor, comportamentelor individuale și a sistemului ca întreg.

Pe lângă determinarea legăturilor dintre actori și localizarea acestora în interiorul rețelei, aceasta metodă permite și o analiză a conținuturilor comportamentale de percepție și a atitudinilor atât la nivel individual cât și la nivelul întregii rețele. În cazul rețelei mici, prezentarea datelor se face prin diagrama analitică, unde nodurile sunt reprezentate de puncte și relațiile sunt reprezentate prin drepte care unesc aceste puncte. Enumerăm câteva analize de rețea:

- rețea a relațiilor de afinitate și respingere a unui client cu ceilalți membri ai familiei sale;
- rețea a familiei paupere cu celelalte structuri ale comunității;
- rețea de relații dintre instituțiile publice și cele nonprofit;
- rețea de intervenție în asistența socială.

ANCHETA SOCIALĂ este cea mai răspândită și complexă metodă de investigație din științele socio-umane, cu predilecție în asistența socială. Complexitatea acestei metode rezidă din ansamblul de instrumente (ghid de interviu, plan de anchetă, altele) și de tehnici (codificare, scalare, analiza, prelucrare) utilizate complementar cu alte metode, tehnici de cercetare (observația, analiza documentelor, etc.).

În munca de asistență socială, **scopul anchetei sociale** este de a stabili și a delimita problemele, respective carențele funcționale pentru care se face investigația. Cercetarea realității obiective nu se limitează numai la clarificarea conținutului și funcționalității legităților sociale, ci se extinde la cunoașterea și aplicarea, în diferite cazuri, a teoriilor științifice moderne. După caz se utilizează și **ancheta socială de grup** efectuată la locul de muncă al asistatului, în grupul de vecini sau în colectivitatea școlară în cazul copilului de vârstă școlară.

Ancheta medico-socială se utilizează în munca socială atunci când obiectul investigației este o persoană bolnavă sau cu deficiențe/ handicap și se concentrează pe problemele legate de personalitatea individului, dar și pe sistemul de relații din mediul familial și social. Totodată se au în vedere condițiile de ameliorare și de păstrare a sănătății, cu scopul de a stabili diagnosticul medical și tratamentul, respectiv condițiile de reabilitare și de readaptare a clientului în familie și societate.

În timpul anchetei sociale se utilizează mai multe tehnici de convorbire, începând cu cea liberă, continuându-se cu cea provocată, apoi dirijată și, în cele din urmă, interogarea sistematică printr-o serie de întrebări care determină răspunsuri clare.

Se recomandă notarea informațiilor esențiale simultan efectuării anchetei pentru a elimina transformarea rezultatelor informației științifice într-una empirică. Se acordă atenție și limbajului mimico-gestual și verbal al celor investigați în diferite situații create și care conduc la modificări în atitudinile celui investigat.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE

Fondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU

În funcție de condițiile specifice ale fiecărui caz și de scopul urmărit, asistentul social trebuie să-și proiecteze **un plan de desfășurare a investigației**, stabilindu-se în amănunt tehnicile de lucru și punctele de atins în investigație, fără însă a se constitui într-un cadru rigid și obligatoriu respectat. Astfel e posibilă realizarea unei observații complete și sistematice. Fixarea detaliilor, analiza și evaluarea critică a observațiilor se face de către asistentul social după terminarea investigației de teren, prin transcrierea în note și cu păstrarea confidențialității datelor.

Prin analiza și sinteza tuturor informațiilor scrise și verbale, asistentul social stabilește diagnosticul social al dependentului social. El trebuie să fie elaborat în așa fel încât să rezume clar problemele reale. De aceea este necesar să se descrie condițiile obiective și subiective în care trăiește clientul, și să se explice mecanismul de reglare a funcțiilor mediului în care trăiește.

Diagnosticul social cuprinde următoarele elemente:

- *Structura familiei*: date personale și familiale ale fiecărui membru al familiei, forma legală de constituire a familiei, componența numerică a familiei, date de stare civilă;
- *Istoricul familiei*;
- *Starea de sănătate a familiei*: existența unor deficiențe biologice, disfuncții ale familiei ca rezultat al unei boli sau accidente;
- *Starea materială a familiei și condițiile de viață* cuprind mai mulți itemi: condiții de locuit, dotarea cu echipament familial (mobilier, îmbrăcăminte, încălțăminte, lenjerie) gradul de cunoștințe igienico-sanitare ale familiei, condiții de igiena muncii și odihnei, venituri;
- *Relațiile familiale* sunt analizate din mai multe perspective: relațiile dintre soți, relațiile între generații, relațiile dintre persoana cu handicap și ceilalți membri ai familiei;
- *Carențele educativ – pedagogice ale familiei* impun investigații sociale necesare în cursul multor acțiuni de asistență socială, ca de exemplu, încredințarea copiilor în caz de divorț;
- *Starea morală a familiei* influențează condițiile de educare a copiilor. Acțiunile asistentei sociale se concentrează în special pe prevenirea actelor predelicvente și delicvente cum ar fi: alcoolismul, alte toxicomanii, vagabondajul, cerșetoria, prostituția.

Strategiile de intervenție în soluționarea problemelor sociale ale clienților sunt diferite în funcție de paradigmele și teoriile care le fundamentează. În literatura de specialitate sunt cunoscute mai multe practici de intervenție în funcție de: *dimensiunea și obiectivele intervenției*; de *client și tipul de resurse*; de *client, tipul și gravitatea problemei*. Dintre aceste practici de intervenție socială menționăm modelul lui David Howe centrat pe rezolvarea problemelor sociale ale clientului și format din 5 întrebări esențiale la care trebuie să răspundă asistentul social atunci când instrumentează cazul social:

1. Care este problema? - recunoașterea și identificarea problemei.
2. Ce se întâmplă? - evaluarea, explicarea, interpretarea situației clientului.
3. Ce este de făcut? - stabilirea împreună cu clientul a scopului, obiectivelor și tipurilor de intervenție.
4. Cum trebuie procedat? - alegerea soluțiilor.
5. Ce s-a făcut? - evaluarea finală a rezultatelor.

În intervenția socială, asistentul social utilizează o serie de metode și tehnici specifice, din care menționăm:



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU



CONSILIEREA are ca scop principal evidențierea problemelor, deseori ignorate sau nerecunoscute de către client. Este diferită de psihoterapie, care operează cu interpretarea patologică a problemei clientului și restructurarea bazei personalității sale într-un interval de timp. În consiliere, asistentul social interpretează problemele clientului în termeni de *deficiență, neglijare, lipsă, insuficiență, etc.*, susține clientul în procesul său de adaptare la condițiile existente și urmărește prevenirea propagării problemelor sociale existente.

Consilierea poate fi: primară, familială, integrativă, a durerii, etc., fiecare având la bază numeroase teorii din psihologie, sociologie, pedagogie, altele.

MEDIEREA reprezintă în mod stric acel proces în care a treia parte- neutră realizează schimburi sau negocieri între părțile antrenate în conflict, în vederea identificării unei soluții de conciliere sau de restabilirea a raporturilor asemănătoare cu cele din etapa anterioară conflictului. În munca asistențială are importanță mai ales în cazul delincvențelor, în cazul cererii de ajutor a clientului și unde asistentul social face apel la rețelele sociale.

INTERMEDIEREA se face în scopul rezolvării problemelor clientului atunci când acesta se află în imposibilitatea de a-și rezolva singur și direct problemele, de exemplu abandonul copilului, eșec școlar, respectarea drepturilor persoanei vârstnice, etc.

GRUPUL DE SPRIJIN este o formă particulară a grupurilor umane și are ca obiective asigurarea sănătății fizice, mentale și spirituale a membrilor săi. După scopul și structura lor, grupurile de sprijin pot fi: *de activitate, de discuții, terapeutice*. Asistentul social poate activa într-un grup de sprijin în calitate de terapeut sau coterapeut, dar numai dacă are competențe profesionale dobândite și recunoscute.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE

Fondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU

5. ATITUDINI ȘI RESPONSABILITĂȚI ALE ASISTENTULUI SOCIAL ÎN RELAȚIILE PROFESIONALE

Succesul muncii de asistență socială este condiționat și de atitudinile și comportamentul pe care asistentul social le adoptă în relațiile sale profesionale cu clienții, colegii și alți colaboratori sau parteneri sociali. Relația profesională dintre asistentul social și beneficiarul de asistență socială este rezultatul intercondiționării a trei elemente: personalitatea clientului cu problemele, nevoile și așteptările sale, personalitatea asistentului social și scopurile sale profesionale în acord cu respectarea principiilor și standardelor etice și respectiv cerințele mediului instituțional, familial, de grup sau social. Din perspectivă procesuală, relația de asistență socială inițiată chiar la „primul interviu” se construiește în timp și evoluează în funcție de cadrul de desfășurare a relației (intenție, putere și autoritate profesională, distanța dintre cei doi actori). Relația profesională are două semnificații (Roth-Szamosközi, 2003): suport acordat de asistentul social și model pentru client în construirea relațiilor sale sociale. Obiectivele acestei relații profesionale constau în acordarea de suport clientului pentru depășirea problemelor sociale, satisfacerea nevoilor de viață și sociale și totodată realizarea unui confort psihologic pentru asistentul social.

Relația profesională dintre profesionist și client este condiționată de intervalul de timp în care se construiește și se consolidează această relație, de contextul relației profesionale, de valorile individuale și sociale ale clientului, de aptitudinile și calitățile personale și profesionale ale asistentului social (empatie, acceptare, angajare, autoritate și putere, reponsabilitate, creativitate, etc.), de modul în care reacționează cei doi actori și nu în ultimul rând de principiile și standardele etice practicate de agenția care oferă servicii.

Relația profesională are două dimensiuni (Roth-Szamosközi, 2003): normativă și operațională

6. ASISTENȚA SOCIALĂ A FAMILIEI ȘI COPILULUI

Asistența socială a copilului este una din cele mai dezvoltate domenii ale asistenței sociale, iar scopul principal constă în asigurarea unei creșteri și dezvoltări fizico-psihoice normale a copilului, a adolescentului, dar în același timp și aplicarea măsurilor de eliminare și prevenire a cauzelor, a factorilor care au determinat starea de dependență socială.

Specialiștii din domeniul psihologiei, pedagogiei, sănătății afirmă că dezvoltarea armonioasă a copilului, educarea și adaptarea la cerințele vieții sociale este un proces continuu și condiționat de satisfacerea trebuințelor elementare, asigurarea unui cadru coerent și stabil de dezvoltare, dar și a unei siguranțe afective.

În societățile moderne deși se asigură o serie de servicii sociale, ce preiau o parte din funcția de ocrotire și protecție a copiilor, totuși ele nu pot prelua ceea ce familia oferă copilului în primii săi ani de viață. " Cei șapte ani de acasă " are și astăzi valoare de adevăr și aplicabilitate în dezvoltarea personalității copilului și în învățarea comportamentelor necesare pentru a se putea încadra în societate.

Dar creșterea și dezvoltarea armonioasă a copilului se realizează numai într-un climat tonifiant și coerent. Climatele familiale carentiale determină consecințe importante în socializarea copilului, în special în devenirea sa. Pentru aceasta considerăm necesară prezentarea pe scurt a acestor climate carentiale (Killen, 2000):

Climat familial **permisiv** se caracterizează prin lipsa de unitate în opinii sau în manifestarea autorității parentale cu privire la modelele și metodele de educație asupra copilului. Condițiilor afective exagerate și de supraprotecție determină la copil incapacitatea de a suporta frustrările inerente impuse de cadrul social, unde domină disciplina și aderarea la scopurile colective.

Climat familial **tiranic** se caracterizează prin atitudine autocrată, rigidă a părinților, ce prejudiciază maturizarea copilului prin: lipsă de încredere în sine, teamă față de nereușite sau sancțiuni, stări conflictuale demobilizatoare sau prelungirea stării de dependență

Climat familial **axiogen** se caracterizează prin încordare, neliniște, suspiciune, determinat de teama de îmbolnăvire și de eșecuri. La copil se accentuează timiditatea, starea de dependență față de tutela părinților, tendința spre melancolie și reverie.

Climat familial **naiv** este întâlnit în familia cu părinți imaturi din punct de vedere social pentru responsabilitatea creșterii și educării copiilor. În acest climat, se întâlnesc cele mai multe situații de neglijare sau abandon al copilului, reclamate de vecini, prietenii, alte rude către organele competente pentru ocrotirea și protecția copilului.

Disertism familial este un concept ce definește mediul familial agravat de tensiuni, de lipsa respectării responsabilităților vieții de familie, care crează suferințe fizice și morale la membrii familiei și care generează pericolul destrămării familiei. Acest mediu patogen are efecte indirecte asupra maturizării copilului (Zamfir și Vlăsceanu, 1993).

CATEGORII DE MINORI BENEFICIARI DE OCROTIRE ȘI PROTECȚIE SOCIALĂ
În conformitate cu legislația în vigoare sunt :

1. Copilul aflat în situația de dificultate, atunci când condițiile normale de mediu familial nu mai sunt asigurate. În sens juridic, copilul se află în dificultate dacă dezvoltarea, securitatea și integritatea lui fizică și morală este periclitată. Se disting trei situații:

- Când părinții nu-și îndeplinesc în mod corespunzător drepturile și îndatoririle lor cu privire la copil;

- Când din motive independente de voința lor, părinții sunt în imposibilitatea de a realiza ocrotirea copilului;
- Când copilul este lipsit de ocrotirea părintească în următoarele cazuri:
 - părinții decedați, necunoscuți, puși sub interdicție, declarați judecătorește morți sau dispăruți sau decăzuți din drepturile părintești,
 - copilul este declarat abandonat prin hotărâre judecătorească definitivă și irevocabilă,
 - instanța judecătorească nu a hotărât încredințarea copilului unei persoane/familie în condițiile legii, deși trebuie încredințat, (legea nr. 272/ 2004).

2. Copilul care a săvârșit fapte penale, dar nu răspunde penal, asupra căruia se aplică o măsură educativă, la sesizarea oricărei persoane, a procurorului, a organelor de poliție, a părinților acestuia. Minorul care nu a împlinit vârsta de 14 ani nu răspunde penal, cel cu vârsta între 14 și 16 ani răspunde penal numai dacă se dovedește că a săvârșit fapta cu discernământ, cel care a împlinit vârsta de 16 ani răspunde penal (legea nr. 272/ 2004).

3. Copilul cu handicap beneficiază de măsuri de protecție specială stipulate în legi speciale, (legea nr. 448/ 2006)

4. Copilul neglijat, atunci când dezvoltarea armonioasă a copilului este serios afectată de dezinteresul manifestat din către părinți în îndeplinirea obligațiilor lor. Prin **dezinteres** se înțelege încetarea imputabilă a legăturii dintre părinți și copil (legea nr. 272/ 2004). Există mai multe forme de neglijare (Killen, 2000):

- **Neglijarea emoțională** este definită ca incapacitatea părinților de a se angaja pozitiv, emoțional în creșterea copilului;
- **Neglijarea fizică gravă a copilului** afectează dezvoltarea acestuia. Ea poate fi prezentă încă de la naștere, de pildă prin abuz de alcool / droguri și prin alimentație insuficientă. Simptomele neglijării sunt multiple: copilul este murdar, urât mirositor, înfometat, cu slăbire în greutate. Lipsa răspunsurilor și stimulării duce la dezvoltări întârziate psihomotorii și de limbaj. Deseori neglijarea poate fi puțin evidentă și discontinuă;
- **Neglijarea emoțională fără a fi însoțită de neglijarea fizică**. Părinții sunt incapabili în a se angaja într-o relație emoțională cu propriul copil, astfel că încearcă să compenseze printr-o satisfacere exagerată a nevoilor biologice.

5. Copilul abuzat/ maltratat. Termenul de abuz a fost utilizat pentru prima dată pentru a descrie "copilul bătut". Azi, în literatura de specialitate termenul de abuz face referire la toate formele de maltratare, diferențiate în: copii expuși abuzului fizic, emoțional, sexual, copii neglijati, etc. Care forma este dominantă? Deseori copilul expus abuzului fizic a suferit ulterior un abuz emoțional. Copilul neglijat poate dezvolta un comportament agresiv, motiv pentru care poate fi abuzat fizic. Copilul abuzat sexual este totodată abuzat emoțional și deseori este abuzat fizic.

Abuzul fizic reprezintă vătămarea corporală sau rănirea fizică datorită lipsei de supraveghere și pasivității din partea părinților. Semnele sunt: contuziile, arsurile, traumatisme cranio-cerebrale, fracturi ale mainilor și picioarelor.

Abuzul emoțional este dificil de definit datorită diversității situațiilor de viață în care apar. În sens general, poate fi definit ca atitudine sau acțiune cronică a părintelui, ce daunează sau împiedică dezvoltarea unei stime de sine pozitivă la copil. Situații de abuz emoțional sunt (Killen, 2000):

- perceperea negativă a copilului de către părinții și frații lor, chiar de la naștere;
- terorizarea copilului prin amenințări cu pedeapsa, părăsirea sau alungarea;

- asistarea la violența dintre părinți;
- neimplicarea părinților consumatori de alcool/ droguri, preocupați în satisfacerea propriilor nevoi sau cele ale copilului;
- plasarea copilului în interiorul unui conflict pe parcursul divorțului părinților.

Abuzul sexual poate fi săvârșit de părinți, bunici, alte rude sau adulți din anturajul părinților (concubin, profesor, vecin, persoana care îngrijește copilul).

6. Copilul abandonat. Abandonul constituie unul din cei mai importanți factori de dependență socială. Cauzele abandonului sunt variate, de la cele de ordin moral până la cele de ordin economic. Dintre aceste cauze enumerăm: părinți necunoscuți, părinți decăzuți moral, mame singure, divorțate, văduve sau părăsite de soți, minore-mame, mame a căror soți sunt în detenție și care nu au posibilități materiale de a-l crește și îngriji. Situația de abandon poate fi și un rezultat al detașării voite a minorului de familie, școală, domiciliu sau un efect al dezinteresului părinților/ al conduitelor lor carentiale. Pentru "copiii străzii" abandonul are o dublă semnificație: abandonul de către copil/ adolescent a mediului în care a fost crescut și educat și, abandonul afectiv, moral, material de către părinți sau susținători legali cărora minorul le-a fost încredințat.

7. Copilul exploatat sau supus la tortură și rele tratamente. Copilul are dreptul să fie protejat împotriva oricărei forme de exploatare, tortură, trafic de persoane (legea nr. 272/2004) și în acest sens angajații instituțiilor publice și private care, prin natura profesiei lor, intră în contact cu copilul și au suspiciuni legate de aceste situații au obligația de a sesiza urgent Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului sau Serviciul Public de Asistență Socială de pe lângă primărie.

CAUZE DE DEPENDENȚĂ SOCIALĂ A COPILULUI. Starea de dependență socială a copilului este rezultatul interacțiunii dintre factorii de stres extern, factorii familiali și caracteristicile individuale ale părinților și copilului. Din această perspectivă, Killen (2000) consideră că principalele cauze ale stării de dependență socială a copilului sunt:

Personalitatea părintelui. Calitatea de "părinte" presupune capacitatea adultului de a satisface nevoile biologice și spirituale ale copilului (de dragoste, grijă, securitate, continuitate, etc) ce conduc la o dezvoltare armonioasă a personalității sale.

Funcțiile parentale sunt diferite de la o cultură la alta, de la o perioadă la alta. Killen definește șapte funcții sau *abilități parentale*: percepția realistă a copilului, asumarea responsabilităților în satisfacerea nevoilor copilului, angajarea pozitivă în relația cu copilul, empatie în relația cu copilul, prioritate în satisfacerea nevoilor, disciplinarea frustrărilor și durerilor astfel încât ele să nu fie transferate asupra copilului.

Situația de criză a părinților începe odată cu un eveniment amenințător și continuă cu o stare de vulnerabilitate.

Criza legată de sarcină și naștere (naștere prematură, boala, handicap) pot determina o relație conflictuală între părinți și copii, manifestate prin neglijare, respingere. Starea de sănătate a copilului poate determina atitudini negative ale părinților, de neacceptare în îndeplinirea obligațiilor părintești.

Pierderea rețelei sociale de sprijin cât și supradimensionarea ei determină modificări de comportament parental distructive, ce pun în pericol viața copilului. Această rețea de relații sociale se poate constitui atât în resursă cât și într-o piedică privind condițiile de mediu adecvate creșterii și dezvoltării armonioase a copilului.



Separarea și divorțul au un rol central în cazurile de dificultate ale copilului. El trebuie să concureze cu adultul pentru acordarea îngrijirilor, este supus violenței în lupta de a domina a adulților sau în situații de supunere și detașare.

Lipsa părinților sau a susținătorilor legali din motive de: deces, boală, dispariție, despărțire temporară, decăderea din drepturile părintești crează situația de imposibilitate în asigurarea condițiilor optime de creștere și educare a copilului.

Interacțiunea dintre părinți- copil determină atașamentul copilului față de părinți, percepția sa față de propria persoană și mediul înconjurător. Lipsa de inițiativă și răspundere a părintelui privind îngrijirea și educarea copilului au efecte negative asupra calităților individuale ale copilului pentru dezvoltare, adaptare, integrare familială, școlară sau socială.

Factorii sociali și economici ce determină situația de dependență socială a copilului sunt importanți în aprecierea rolului rețelei sociale. Veniturile reduse, munca părinților, starea de șomaj, etc sunt deseori sursă de abuzuri asupra copilului. Dar aceasta nu înseamnă că bunăstarea economică asigură un mediu securizant pentru creșterea și educarea copilului, ci dimpotrivă pot ascunde situații în care este pusă în pericol viața copilului. Crizele vieții de familie, multiplele schimbări reduc capacitățile de adaptare a familiei și crește riscul apariției situației de neglijență, abandon sau violență asupra copilului. Problemele economice fac posibilă resemnarea părinților, apariția bolilor psihice asociate cu agravarea unor boli somatice contribuie la scăderea drastică a stimei de sine. Abilitatea de a empatiza cu copilul are rol important în prevenirea situației de dependență socială.

MĂSURI DE PROTECȚIE A COPILULUI AFLAT ÎN DIFICULTATE. Copilul are dreptul la o familie permanentă, iar când acest lucru nu este posibil, atunci se recurge la familia substitutivă. Respectarea drepturilor și libertăților copilului constituie în primul rând responsabilitatea societății, iar măsurile de protecție și asistență sunt luate numai **în interesul superior al copilului.**

Statul garantează protecția copilului aflat în situație de neglijență, de abandon sau împotriva oricărei forme de violență fizică, psihică și sexuală, de rele tratamente sau de exploatare. Statul sprijină colectivitatea locală din care face parte copilul în ceea ce privește îndeplinirea obligațiilor pentru protecția copilului aflat în dificultate.

Exercitarea acestor atribuții legate de măsurile de protecție a copilului se realizează de către **Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, Comisia pentru protecția copilului**, aflate în subordinea Consiliului județean. La acestea se adaugă alte servicii de specialitate din subordinea Consiliilor locale, unde se desfășoară activități în domeniul autorității tutelare și protecției drepturilor copilului.

Potrivit cu reglementările juridice (legea nr. 272/ 2004, legea nr. 273/ 2004 și altele) **protecția specială a copilului** se constituie într-un *ansamblu de măsuri, prestații și servicii acordate pentru îngrijirea și dezvoltarea armonioasă a copilului lipsit temporar sau definitiv de ocrotirea părintească sau a reprezentanților legali ai acestuia.* Aceste măsuri de protecție specială se aplică copilului până la dobândirea capacității depline de exercițiu și ele sunt:

Plasamentul este o măsură temporară de protecție a copilului aflat în dificultate și anume când integritatea morală sau dezvoltarea armonioasă a copilului este periclitată în familie din motive subiective sau independente de voința părinților naturali. Plasamentul copilului poate fi la: o persoană/ familie/organism privat autorizat; un serviciu de tip rezidențial și acreditat conform legii; asistentul maternal. Plasamentul copilului la asistentul maternal profesionist este o măsură de îngrijire familială, limitată în timp și planificată, având ca resursă esențială asistentul maternal profesionist și concomitent implică munca în echipă cu toți profesioniștii din rețeaua de servicii existente. Aceasta măsura de protecție este o soluție temporară, aplicată în vederea identificării unei soluții permanente pentru copil și



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE

Fondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU

numai în interesul superior al copilului. Durata plasamentului este cel mult până la dobândirea capacității depline de exercițiu a copilului. La cerere, copilul poate rămâne în plasament, dar fără a depăși vârsta de 26 ani.

Plasamentul în regim de urgență este o măsură temporară de protecție a copilului abuzat sau neglijat sau abandonat în unitățile sanitare. Pe durata acestei măsuri stabilită de instanța judecătorească la cererea Direcției Generale de Asistență Socială se suspendă exercitarea drepturilor părintești. Condițiile de aplicare a acestei măsuri sunt aceleași cu măsura de plasament și fac referire la: persoana/ familia care îngrijește copilul, domiciliul copilului, monitorizarea evoluției copilului, exercitarea drepturilor și obligațiilor privind bunurile copilului, etc.

Supravegherea specializată este o măsură de protecție specială care se aplică copilului care a săvârșit o faptă penală și care nu răspunde penal. Ea este stabilită de Comisia pentru protecția copilului dacă există acordul părinților sau al reprezentantului legal sau de către instanța judecătorească în lipsa acestui acord. Pe durata acestei măsuri copilul se menține în familia sa cu condiția respectării anumitor obligații: frecventarea cursurilor școlare, efectuarea unor terapii (medicamentoasă, consiliere, psihoterapie), interzicerea frecventării anumitor locuri sau de a avea contacte cu anumite persoane.

Adopția este o măsură **de protecție a drepturilor copilului** exprimată într-o operațiune juridică prin care se stabilește filiația între persoana care adoptă și copil, precum și rudenția dintre copilul adoptat și rudele adoptatorului. Încheierea adopției se face numai cu respectarea anumitor condiții stipulate în lege și în interesul superior al copilului. Desfacerea și desființarea adopției se face în condițiile în care nu se respectă reglementările juridice, intră în competența instanțelor judecătorești. Adopția poate fi atinsă de nulitate relativă și de nulitate absolută (legea nr. 273/ 2004 și HG nr. 350/ 2012)

Acțiunile de acordare a unor suporturi financiare și materiale (alocații, indemnizații, salarii, donații, ajutoare sociale, cantina socială, etc.) atât de către instituțiile publice cât și în cadrul ONG-urilor completează măsurile de ocrotire și protecție socială a copilului aflat în dificultate. Principalul scop al acestor acțiuni este de a preveni abandonul familial și de a asigura și menține condițiile corespunzătoare pentru creșterea, dezvoltarea și educarea copilului.

În problemele de protecție a copilului aflat în dificultate, asistența socială se concentrează pe:

- Identificarea, evaluarea și monitorizarea situațiilor copiilor care impun acordarea de servicii și/ sau beneficii în scopul prevenirii separării copilului de familia sa;
- Pregătirea, susținerea și urmărirea măsurilor de plasament la o persoană/ familie/ organism privat autorizat/ asistent maternal;
- Identificarea și aplicarea unei soluții definitive pentru copil, fie prin reintegrarea în familia sa biologică sau fie prin adopție.

Informațiile obținute trebuie să fie complete, iar ele se referă la evoluția copilului, la condițiile de creștere și educare a copilului în familie naturală sau substitutivă, la condițiile de mediu fizic și socio-afectiv după aplicarea măsurii de plasament în scop de control și supraveghere.

Activitatea asistentului social nu poate fi concepută decât în cadrul **echipei multidisciplinare**, având cunoștințe teroretice și competențe practice dobândite în procesul de formare inițială și continuă sau prin experiența profesională.

În asistența socială a familiei, stabilirea cauzelor care duc la dezorganizare familială sau la apariția problemelor sociale ale familiei reprezintă principala acțiune de asistență



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE

Fondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU

socială, încă de la prima întrevvedere cu familia și până la rezolvarea definitivă a cazului, deoarece problemele familiei sunt într-o continuă transformare. Dintre aceste cauze amintim:

- Lipsa de supraveghere a copiilor cu consecințe în apariția și dezvoltarea unor comportamente deviate sau delincvente;
- Existența unei locuințe insalubre, suprapopulate duce la apariția unor boli, dezechilibre economice, stres;
- Structura deficitară a familiei (abandon, deces, concubinaj, lipsa temporară a unui susținător legal, etc.);
- Prezența unei persoane cu handicap sau cronic bolnavă;
- Diminuarea veniturilor și alterarea situației economice. Starea de sărăcie a familiei constituie un factor favorizant în dezorganizarea parțială sau totală familială;

Identificarea, analiza și sinteza problemelor vieții de familie urmăresc trei aspecte: dimensiunile și caracteristicile familiei, carențele funcționale ale familiei și efectele carențelor funcționale. În practica asistenței sociale cea mai frecventă situație de dependență a familiei este pauperitatea și din acest motiv considerăm să subliniem câteva aspecte a muncii de asistență socială pentru aceste cazuri sociale:

Sistemul de beneficii sociale acordate familiei sunt expresia politicilor sociale din domeniul familiei prin care se încercă asigurarea unui suport financiar- material în vederea menținerii homeostaziei familiei.

Principalul beneficiu de asistență socială este *ajutorul social* pentru persoana care pe parcursul vieții sale nu poate aduce venituri în familie. Ajutorul social nu se acordă automat, ci numai pe baza cererii și evaluării mijloacelor financiare și materiale de existență a familiei respective (Legea nr. 416/2001- venitul minim garantat). Acordarea ajutorului social se fundamentează pe principiul solidarității sociale și este condiționat de dorința familiei de a se ajuta pe sine. Grupurile țintă sunt cele mai sărace segmente ale populației (familii monoparentale, șomeri, persoane bolnave, familii numeroase, salariații săraci, etc).

7. ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANEI CU HANDICAP

Handicapul este un termen ambiguu, global, ce provine de la alergările de cai, semnificând ad literam "mâna pe cap", de la expresia "hand in cap". Conceptul de handicap a fost introdus de autori englezi pentru a înlocui expresiile traumatizante, peiorative de: deficient, anormal, inadaptat, dar și de a include dificultățile întâmpinate de subiect cu consecințe sociale directe.

Există numeroase definiții ale conceptului de handicap. O parte din aceste definiții evidențiază aspectul social, unele descriu parametrii caracteristici, altele se raportează la normalitate, iar altele pe reprezentarea personală și socială a subiectului. Mai mulți autori definesc conceptul de handicap din perspectiva a trei dimensiuni (Verza 2002):

- Dimensiunea *medicală* se referă la deficiență, adică la deficite senzoriale, motorii, mintale, comportamentale, tulburări de limbaj, definite prin metode clinice și paraclinice;
- Dimensiunea *funcțională* implică incapacitatea ce decurge din deficiență și se manifestă în forme variate, cum ar fi modificări de adaptare;
- Dimensiunea *socială* face referire la consecințele deficienței și incapacității cu manifestări diferite în mediul social. Persoana în cauză suportă limite sau dificultăți atunci când îndeplinește statusuri și roluri sociale.

Dificultățile întâmpinate de persoana cu handicap sunt multiple și complexe. Ele se grupează în trei categorii: *dificultăți de ordin general, dificultăți de ordin profesional, dificultăți de ordin psihologic și social.*

Clasificarea handicapurilor se face după mai multe criterii. După o analiză și sinteză a acestor clasificări din literatura de specialitate, putem afirma că există mai multe categorii de handicap: *fizic, psihic, senzorial, social, situațional, de mediu.* După reglementările juridice, handicapul poate fi, în funcție de gradul de dependență: *ușor, mediu, grav și sever.*

Situațiile problematice asistențiale ale persoanei cu dizabilități sunt analizate din două perspective:

- **Problemele pe care le ridică persoana cu dizabilități în familie**, respectiv asigurarea nevoilor speciale ale acestei persoane, legate de îngrijire, educație, deplasare, capacitatea sa de muncă, integrare în viața familială și socială. Răspunsurile societății la aceste probleme sunt diferite fiind generate de modul de definire a cauzelor și consecințelor dizabilității;
- **Problemele familiei acestei persoane.**

În munca socială, identificarea cauzelor care au condus la apariția problemelor medico- sociale ale persoanei cu dizabilități este importantă pentru stabilirea terapiei medicale și sociale. Stabilirea unui diagnostic corect și aplicarea tratamentului corespunzător depinde de cunoașterea cât mai exactă a personalității deficientului cât și a mediului în care trăiește.

Asistența și protecție socială a persoanelor cu handicap de a lungul timpului s-a conturat în două perspective:

- **Individuală**, ce vizează răspunsurile societății pentru ajustarea fizică și psihică a persoanei cu handicap la condiția invalidantă. Compasiunea, filantropia, la nivelul politicilor sociale, se exprimă prin "transferurile sociale", adică acordarea unor beneficii compensatorii;
- **Socială**, unde condițiile de mediu constituie limite pentru persoana cu dizabilități, și de aceea este necesar ca intervențiile de ameliorare a situației de discriminare să fie focalizate nu pe individ, ci pe societatea care-i ignora;



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE

Fondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU

Definițiile adoptate și principiile politicilor sociale promovate în fiecare țară determină acordarea în mod diferit a beneficiilor și serviciilor sociale. Recomandările Uniunii Europene în materie de ocrotire și protecție a persoanelor cu dizabilități încearcă să aducă la un numitor comun regulile și normele juridice în acord cu respectarea drepturilor fundamentale ale omului.

Legile interne, generale și speciale, vizează diversele probleme ale persoanelor cu dizabilități, de exemplu: acordarea de dispozitive medicale pentru corectarea deficiențelor, stabilirea criteriilor și normelor de încadrare într-un grad de handicap, asistența bolnavilor psihici periculoși, protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap.

În prezent, principiul de bază al politicilor sociale este cel *al echității* și vizează *educația specială, readaptarea profesională și încadrarea în muncă, asistența și integrare socială*.

Care sunt acțiunile instituțiilor publice locale/ centrale, organizațiilor neguvernamentale și diferitelor structuri ale societății civile în apărarea drepturilor fundamentale ale persoanelor cu dizabilități, susținerii și stimulării aptitudinilor de a duce o viață independentă și productivă?

1. Prevenția are în vedere *îngrijirile primare de sănătate* (depistare, diagnostic, intervenție), *acțiunile de educație în scopul explicării cauzelor, simptomelor, consecințelor deficiențelor și a tehnicilor de prevenție în vederea descurajării și contracarării unor atitudini discriminatorii*.

2. Readaptarea presupune *inițierea și susținerea unor acțiuni comunitare de reducere a carențelor familiale pentru prevenirea instituționalizării*. Aceste acțiuni sunt îndeplinite în mod diferit de la o țară la alta și vizează consilierea persoanelor cu dizabilități și a familiilor acestora, furnizarea de locuințe adecvate și de asistență pentru cei care doresc să traiască independenți în propriul cămin.

3. Egalizarea șanselor presupune *realizarea acelor acțiuni care să diminueze sau/ și să elimine dezavantajele date de handicap, să creeze condiții de independență și autonomie*. Domeniile în care se pot aplica sunt: educație, proiectarea și realizarea locuințelor, căilor de acces, zone, accesorii, instalații de semnalizare, echipamente, piața muncii, tipuri de muncă protejată, condiții de muncă, servicii de orientare profesională, formare și ocuparea locurilor de muncă, fiscalitate, inserție socială, timpul liber, cultura, etc. (Badiu, 2008)

Măsurile de protecție socială se aplică pe baza încadrării în categoria de persoane cu handicap, în raport cu gradul de handicap stabilit în urma evaluării efectuate de aceste comisii, potrivit criteriilor de diagnostic clinic, paraclinic și social. Asistența socială poate avea un rol important în crearea unui model social de abordare a handicapului, unde accentul să cadă pe prevenire, reabilitare și egalizarea șanselor, dezvoltarea acțiunilor comunitare și a paletei de servicii sociale, dar în același timp și pe creșterea gradului de profesionalizare în îndeplinirea acestor acțiuni, pe creșterea implicării instituțiilor guvernamentale și nonprofit.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI

Fondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU

Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

8. ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSONEI DEPENDENTE DE ALCOOL ȘI DROGURI

Societatea contemporană se confruntă cu creșterea numărului consumatorilor de droguri, dar și cu o explozie de alte dependențe manifestate în diferite comportamente individuale și de grup, de exemplu: alcoolismul, tabagismul, tulburări de conduită alimentară, TV- mania, dependență de computer, jocurile de noroc, dependența de muncă, etc. Dependența este conceptul fundamental utilizat în toxicomanie, ce are numeroase și grave consecințe la nivel individual, familial și comunitar.

În cadrul acestor dependențe, consumul de alcool și droguri deși tinde să devină un comportament cotidian, totuși continuă să atragă atenția specialiștilor de a realiza noi abordări de identificare și aplicare a soluțiilor privind prevenirea și diminuarea fenomenului drogurilor.

Termenul de drog face referire în general la stupefiante și substanțele psihotrope, așa cum sunt ele definite de diferite organisme internaționale sau în diferite reglementări juridice. Aceste definiții subliniază caracterul ilicit și efectele produse de consumul abuziv al acestor substanțe toxice naturale sau sintetice asupra organismului uman.

Clasificarea drogurilor se face după mai multe criterii: natura lor, mod de acțiune, mod de administrare, grad de toxicitate și dependență, mod de obținere, regimul juridic al lor. Principalele droguri în traficul ilicit sunt:

- Opium și derivatele din opium (morfina, heroina),
- Cannabis și derivatele din cannabis (marihuana, rășina și uleiul de cannabis, hașiș),
- Cocaina,
- Lsd-ul, metadona,
- Amfetaminele și Ecstasy,
- Ciupercile halucinogene,
- Etnobotanice.

Efectele consumului de droguri sunt diferențiate de la o persoană la alta și sunt condiționate de persoană, situație și doză. Aceste efecte sunt:

- Somatice sau fizice prin modificări funcționale esențiale la nivelul organelor interne și la nivelul sistemului nervos central,
- Mentale prin deteriorări progresive și constante ale vieții psihice (cognitive, afective voliționale).
- Deteriorări ale vieții sociale, în planul relațiilor familiale, de grup, profesionale și sociale.

Consecințele consumului de droguri se definesc în diferiți termeni:

Intoxicația reprezintă un comportament maladiv asociat cu ingestia de drog, având un caracter reversibil.

Toleranța se exprimă în tulburări de comportament asociate cu consumul continuu sau masiv de drog. Caracteristica constă în efectele tot mai reduse odată cu necesitatea creșterii dozei.

Abuzul constă în comportamente de adaptare negative asociate cu consumul abuziv și repetitiv de drog.

Sevrăjul se manifestă prin tulburări fizice, psihice și de comportament dezadaptative determinate de încetarea uzului de drog.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE

Fondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU

Abstinența reprezintă tulburări specifice și funcționale în plan social ca urmare a încetării sau reducerii uzului prelungit și excesiv de drog.

Dependența constă în nevoia imperioasă psihologică și fizică de a continua consumul de drog. În literatura de specialitate, starea de dependență se confirmă numai dacă apar cel puțin trei din consecințele menționate anterior, pe parcursul unui an de zile.

Toxicomania se caracterizează prin dorința puternică de a consuma drog, obținerea dozei indiferent de mijloace, tendința de a mări dozele, dependență (fizică și psihică), apariția sindromului de sevraj. Apariția toxicomaniei depinde de o serie de condiții: drogul și atributele sale, consumatorul și contextul socio-cultural al consumului de droguri. În acest sens se menționează de către specialiști mai multe tipuri de consum: experimental, ocazional, regulat și compulsiv.

Prevenirea și combaterea consumului de droguri de a lungul timpului s-au conturat în diferite abordări:

Modelul **medical** consideră că subiectul dependent este bolnav și are nevoie de îngrijire medicală. Această persoană trebuie să recunoască boala și necesitatea tratamentului;

Modelul **moral** presupune că acest comportament este un păcat, iar dependentul este reponsabil de faptele sale, pentru care suportă pedeapsa și reeducarea morală;

Modelul **legal** susține că dependentul este o persoană delincventă, care încalcă normele și valorile societății, motiv pentru care suportă consecințele dezagreabile din partea societății;

Modelul **social** se bazează pe ideea că dependentul este o persoană normală, dar care și-a dezvoltat un comportament de adaptare la presiunile și solicitările mediului. El este parțial responsabil și trebuie să-și rezolve problemele.

Intervenția în asistența medicală, psihologică și socială a persoanei dependente de alcool/ droguri presupune producerea de schimbări pozitive la aceasta, dar care necesită cunoașterea clientului și a problemelor determinate de consumul de droguri. Din punct de vedere metodologic trebuie să se stabilească anumite **obiective** referitoare la:

- **Tratament** adică elaborare de strategii de intervenție cu privire la dezintoxicare, abstenență și totodată prevenirea recidivei. Noile politici sociale europene sunt orientate pe prevenirea consumului de droguri, exprimată în continuarea consumului de droguri, dar care să fie supravegheat, moderat și asociat cu reducerea riscurilor. În acest mod se vor diminua costurile și se vor îndeplini mai facil obiectivele de intervenție.
- **Reabilitare și reinserție.** Aceste obiective sunt descrise în indicatori ca: reducerea și controlul dozelor, diminuarea comportamentelor delictuale asociate consumului, refacerea stării de sănătate fizică sau mentală, reînvățarea comportamentelor dezirabile, construirea unui stil de viață sănătos, refacerea relațiilor sociale.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE

Fondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU

9. PROTECȚIA ȘI ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANEI VÂRSTNICE

Îmbătrânirea populației se datorează modificărilor demografice de-a lungul timpului cum ar fi: evoluția mișcării populației, natalității, și mortalității, tendința de scădere a fertilității, tendința de creștere a speranței de viață. Durata medie de viață, în țara noastră, a ajuns de la 42 de ani în 1932 la 63,2 ani în 1956 și la 69,8 ani în 1977. Durata medie de viață este mai mare în rândul persoanelor de sex feminin, ceea ce face să apară discrepanțe în compoziția populației pe grupe de vârstă și pe sexe.

Modificările psihologice datorate vârstei și situației familiale constituie cauze principale în apariția problemelor medico- sociale, problemelor de îngrijiri personale și medicale, problemelor de întreținere a gospodăriei, problemelor de dezorganizare familială, sau apariția relațiilor conflictuale dintre generații, etc.

Scopul politicilor sociale constă în promovarea și aplicarea unor măsuri de protecție pentru reducerea vulnerabilității care o reprezintă bătrânețea, prin intermediul sistemului de asigurări sociale și a sistemului de asistență socială.

Asigurările sociale vizează siguranța materială a salariaților în caz de bătrânețe, boala sau accident. Pensiile de asigurări sociale de stat, sunt drepturi bănești acordate persoanelor încadrate cu contract de muncă, la expirarea perioadei determinate de activitate și la împlinirea vârstei prevăzute de lege, ori în cazul pierderii capacității de muncă, ori către urmașii lor (legea nr. 263/ 2010). Categoriile de pensii sunt: pensia pentru limită de vârstă, pensia anticipată, pensia anticipată parțială, pensia de invaliditate, pensia de urmaș.

Asistență socială cuprinde beneficiile sociale și serviciile sociale oferite persoanelor vârstnice cu scop preventiv și curativ. Ele contribuie la menținerea independenței persoanei vârstnice, la realizarea și păstrarea unui nivel optim de viață.

Beneficiile sociale sunt măsuri financiare de protecție socială care se acordă pentru persoanele vârstnice aflate în diferite situații de dificultate.

Serviciile sociale se acordă la domiciliul vârstnicului sau în instituții cu atribuții în domeniul asistenței sociale și sunt grupate în (legea nr. 17/2000):

- Servicii sociale: informații juridice și administrative, îngrijirea locuinței, sprijin pentru plata obligațiilor curente , menaj, etc.
- Servicii medico- sociale: igienă, antrenarea în activități economice, sociale și culturale, îngrijire temporară în centre de zi, adaptarea locuinței la nevoile persoanei, etc.
- Servicii medicale, consultații și îngrijiri medicale la domiciliu sau instituții sanitare publice și private, furnizarea de medicamente și materiale sanitare, etc.
- Servicii psihologice de asistență, în scopul prevenirii marginalizării și excluderii sociale.

Asistența socială instituționalizată se acordă persoanelor vârstnice aflate în diferite situații de dificultate (legea nr. 17/2000): nu au locuință sau nu au resurse proprii necesare pentru asigurarea condițiilor de locuit; sunt în imposibilitatea de a-și asigura nevoile biologice, sociale sau economice; n au familie sau susținători legali; nu au venituri; nu se pot gospodări singure și au nevoie de sprijin.

Asistența socială instituțională e reglementată prin lege, se realizează în unități subordonate diferitelor ministere. Ele sunt: cămine de pensionari, cămine de bătrâni, cămine pentru bolnavi cronici. Analiza și evaluarea stării de sănătate și a autonomiei, a capacităților morfo- funcționale ale vârstnicului se fac pe baza grilelor de evaluare medico- socială și a nevoilor acestei persoane vârstnice, (stipulate în legi speciale).



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE

Fondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU

Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

11. ASISTENTUL SOCIAL CA CERCETĂTOR ȘI MANAGER

În munca socială, asistentul social desfășoară activități de cercetare a realității sociale, pe criterii științifice. Concret vizează probleme, procese și fenomene sociale, cauze și consecințe, dar și modalitățile eficiente de intervenție la nivel de individ, grup și comunitar.

Alte roluri ale asistentului social în exercitarea profesiei sunt:

- **Manager** - desfășoară activități de management de caz desfășurate în cadrul intervenției specializate de asistență socială, respectiv desfășoară activități de implementare și monitorizare a măsurilor, politicilor de asistență socială la nivelul unui serviciu/ organizație;
- **Expert** - desfășoară activități de expertiză în cazul unor cercetări sau pentru alți specialiști;
- **Mediator** - desfășoară activități de rezolvare a conflictelor între client și alți actori sociali;
- **Negociator** - desfășoară activități prin care stabilește termenii în care se furnizează un serviciu către client, dar într-un mod avantajos;
- **Supervizor** - desfășoară activități de supervizare necesare în rezolvarea cu succes a cazurilor sociale;
- **Membri în echipa multidisciplinară** - desfășoară activități specifice rolului său profesional și în colaborare cu membrii echipei (psiholog, medic, pedagog, asistent medical, etc.) pentru instrumentalizarea și rezolvarea cazului social;
- **Educator** - desfășoară activități de instruire sau formare a clientului, voluntarului sau altui furnizor de servicii sociale
- **Mobilizator de resurse** - desfășoară activități de marketing, de transparență a serviciilor sociale la nivelul comunității cu scopul de obține fonduri necesare pentru implementarea și dezvoltarea de programe și servicii;
- **Relații cu publicul** - desfășoară activități de relații cu publicul în numele agenției sau profesiei.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIE



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU



Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

BIBLIOGRAFIE

- 2014, *Legislație în domeniul asistenței sociale*, disponibil online: <http://www.mmuncii.ro>
- Badiu, Aurel, 2008, *Sistemul național de asistență socială*, Sibiu: Editura Agnos
- Chelcea S., 2004, *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative si calitative*. București: Editura Economică
- Cojocaru, Ștefan și Daniela Cojocaru, 2008, *Managementul de caz în protecția copilului. Evaluarea serviciilor și practicilor din România*, Iași: Editura Polirom
- Duda. Rene, 1983, *Gereontologie medico- socială*, Iași: Editura Junimea
- Gherguț A., 2003, *Managementul serviciilor de asistență psihopedagogică și socială*, Iași: Editura Polirom
- Killen K., 2000, *Copilul maltratat*, Timișoara: Editura Eurobit
- Mănoiu F., 1996, Epure V., *Asistența socială în România*, București : Editura ALL
- Miftode V., 1999, *Dimensiuni ale asistenței sociale*, București: Editura Eminescu
- Neamțu G., coord., 2003, *Tratat de asistență socială*, Iași: Editura Polirom
- Rădulescu S., 1991, *Anomie, devianță și patologie socială*, Bucuresti: Editura Hyperion
- Roth-Szamosközi M., 2003, *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale*, Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană
- Verza E. F., 2002, *Introducere în psihopedagogie specială și asistența socială*, București: Editura Humanitas
- Zamfir C și L. Vlăsceanu, 1993, *Dicționar de sociologie*, București: Editura Babel
- Zamfir C și E. Zamfir, 1996, *Politici sociale: România în context european*, București: Editura Alternative