Ana-Maria Lăzărescu
Cristina-Maria Stoica
(coordonatori)

ÎNDRUMAR
pentru pregătirea examenului de LICENȚĂ
- ASISTENȚĂ SOCIALĂ -



POLIS BOOKS
COLECȚIA ACADEMICA

Ana-Maria Lăzărescu
Cristina-Maria Stoica
(coordonatori)

Îndrumar

pentru pregătirea examenului de licență

Asistență socială



2025
POLIS BOOKS Iași

Lector: Sorin Bocancea
Concepția grafică a copertei: Andrei Cucu
Sursă foto: www.freepick.com

© 2025 Polis Books pentru prezenta ediție
Reproducerea parțială sau totală a prezentei cărți fără acordul Editurii constituie infracțiune și se pedepsește în conformitate cu Legea nr. 8/1996.

Editura Polis Books
Iași, str. Codrescu, nr. 6, jud. Iași
polisbook@revistapolis.ro

Ana-Maria Lăzărescu, Cristina-Maria Stoica (coordonatori),
Îndrumar pentru pregătirea examenului de licență. Asistență socială,
384 p., 2025

ISBN: 978-630-95154-4-5

Cuprins

Partea I
Cunoștințe fundamentale în domeniul asistenței sociale

Capitolul 1. Metodologia cercetării în științele socioumane (*A.M. Hurubean, A.I. Bodnariu*) 8
1. Cercetarea-acțiune: traseul de la știință la schimbarea socială 8
2. Studiul de caz – strategie de cercetare calitativă 18
3. Practici narative aplicate în cercetare și în domenii profesionale socioumane 27
4. Cercetarea propriei practici profesionale: un demers autoetnografic emergent 33
5. Proiectarea cercetării sociale. Designul cercetării calitative 39
6. Metoda interviului în asistența socială 81

Partea a II-a
Cunoștințe de specialitate

Capitolul 2. Sistemul de asistență socială (*A.I. Șandru, L. Ciobanu*) 123
1. Principii și valori ale sistemului național de asistență socială 122
2. Structura sistemului de asistență socială: servicii sociale și beneficii sociale 127
3. Rolul rețelelor sociale în asistența socială 139

Capitolul 3. Asistența socială a familiei și copilului (*A.I. Șandru, A.M. Lăzărescu, V.I. Nicolăescu*) 146
1. Teorii și funcții ale familiei 146
2. Roluri și statusuri familiale: complementaritate și conflict de rol, roluri parentale în familia tradițională versus familia contemporană (modernă) 157
3. Criza familială 161
4. Protecția victimelor violenței domestice 171
5. Reintegrarea victimelor traficului de persoane 182
6. Asistarea copilului victimă a abuzului sexual 193

Capitolul 4. Deontologie și etică profesională în asistența socială (*L. Durac, L. Ciobanu*)..... 204
1. Probleme etice în practica asistenței sociale 204
2. Etica și confidențialitatea datelor în asistența socială digitală 218

Capitolul 5. Asistența socială a persoanelor cu dizabilități (*A.M. Lăzărescu*) 223
1. Deficiența și stabilirea gradului de handicap 223
2. Cadru legislativ și organismele principale responsabile în domeniul protecției speciale a persoanelor cu handicap 238
3. Integrarea 253
4. Excluziunea socială a persoanelor cu dizabilități: definiție, forme, cauze 264

Capitolul 6. Asistența socială a delincvenților (*P.C. Popescu*) 285
1. Tipologii ale comportamentelor deviante 285
2. Modalități de asistare specializată a persoanelor cu comportament delincvent 294

Capitolul 7. Dezvoltare socială prin programe comunitare (*C.M. Stoica, R.M. Ateșoae, C. Iftimoaei*) 302
1. Politica de ocupare a forței de muncă în România și la nivelul Uniunii Europene. Servicii de integrare a persoanelor vulnerabile pe piața muncii 302
2. Modele de practici comunitare în asistența socială 321
3. Tipuri de resurse și tipuri de capital în dezvoltarea comunitară 330
4. Diagnoza și soluționarea problemelor sociale 335
5. Probleme sociale ale României după aderarea la Uniunea Europeană. Analiză și soluții 348
6. Sărăcia și excluziunea socială: definiție, dimensiuni, indici și indicatori 357
7. Politici pentru reducerea sărăciei și creșterea incluziunii sociale în România 367

Autori 379

Partea I

Cunoștințe fundamentale în domeniul asistenței sociale

Capitolul 1

Metodologia cercetării în științele socioumane

A.M. Hurubean, A.I. Bodnariu

1. Cercetarea-acțiune: traseul de la știință la schimbarea socială

1.1. Ce este cercetarea-acțiune?

Dintre multiplele strategii și metode prin care se realizează cercetarea calitativă la ora actuală, strategia cu cea mai largă aplicabilitate și cu cele mai importante mize profesionale și sociale s-a dovedit a fi *cercetarea-acțiune*. Acesta este un demers cu o *dublă referință* (*științifică* și *pragmatică/aplicativă*) în care interacționează cercetători, practicieni și actori sociali (beneficiari, decidenți) pentru co-producerea cunoștințelor rezultate din analiza unor acțiuni concrete.

Cu alte cuvinte, cercetarea-acțiune are un *dublu obiectiv*: de *a produce cunoștințe* și de *a face schimbări* într-o structură socială dată.

Cercetarea-acțiune se distinge de alte tipuri de cercetare clasică prin faptul că are ca obiectiv explicit generarea cunoașterii și acțiunii prin antrenarea subiecților cercetării în identificarea nevoilor și problemelor sociale, respectiv în proiectarea intervențiilor adecvate.

În *cercetarea socială clasică* sau tradițională există o separare clară între cercetător (sau echipa de cercetare) și subiecții cercetării pentru a păstra astfel ceea ce se dorește a fi obiectivitate științifică. În *cercetarea-acțiune* urmărim în mod intenționat implicarea activă a oamenilor în generarea schimbărilor pe care și le doresc în mediul lor, prin identificarea unor soluții personalizate la problemele cu care se confruntă. Această implicare este considerată educativă și motivatoare, contribuind la antrenarea abilităților de inițiativă, responsabilizare și împuternicire a beneficiarilor cercetării-acțiune-intervenție, care devin în acest parcurs subiecți-actori sociali în mediul lor (Jupp, 2010: 77-78).

Aspectele care deosebesc cercetarea-acțiune de cercetarea socială clasică sau convențională pot fi urmărite în sinteza din tabelul de pe pagina următoare.

Sintagma *cercetare-acțiune* a fost folosită pentru prima dată de psihologul social Kurt Lewin (1946) într-un studiu despre problemele minorităților din SUA, context în care a descris acest tip de investigație sociologică în cadrul căreia cercetătorul caută să schimbe sistemul de organizare a grupurilor și, în același timp, să genereze noi cunoștințe despre dinamica grupurilor (Chelcea, 2004: 99).

Tabelul 1.1. Diferențe între cercetarea clasică și cercetarea-acțiune (adaptare după I. Ionescu, 2003: 224)

Cercetarea socială clasică	Cercetarea-acțiune
Cercetătorul individual sau echipa de cercetători: • proiectează o cercetare de teren fără să-i preocupe aplicabilitatea rezultatelor cercetării; • aleg metodologia de cercetare și etapele desfășurării acesteia; • culeg datele de teren, le prelucrează, le analizează și le interpretează; • redactează un raport de cercetare pe care îl face public în cărți sau articole științifice. Rezultatele cercetării pot fi utilizate sau nu de către decidenți. Subiecții cercetării nu sunt implicați activ în proiectarea și realizarea cercetării și nici în integrarea rezultatelor acesteia în practica socială.	Cercetătorul sau asistentul social cercetător, împreună cu persoanele sau grupurile care se confruntă cu o problemă socială: • culeg propuneri pentru activități de soluționare a problemei sociale identificate împreună; • proiectează o cercetare-acțiune, stabilind de comun acord care sunt acțiunile pe care le vor desfășura și asupra cărora vor reflecta; • culeg date de teren, în principa, prin metode calitative. Utilizatorii rezultatelor cercetării-acțiune sunt toți beneficiarii implicați (persoane, grupuri, decidenți, cercetători). Subiecții cercetării sunt parteneri activi pe tot parcursul demersului de cercetare-acțiune.

Continuatorii lui Kurt Lewin au dezvoltat cercetarea-acțiune în cel puțin trei direcții importante:

a) domeniul dezvoltării resurselor umane și a educației adulților în țările sărace, prin practicile de emancipare și cercetarea-acțiune participativă;

b) domeniul studiilor asupra organizațiilor și a schimbării organizaționale;
c) studierea comunităților vulnerabile/defavorizate, dezvoltare comunitară și asistența socială comunitară (Moscovici & Buschini, 2007: 47-50).

1.1.1. *Tipuri de cercetare-acțiune*

Dincolo de aspectele generale și definitorii ale demersului cercetare-acțiune, există o tipologie diversă prin care se concretizează acest demers și în raport cu care designul și practica cercetării cunoaște multiple variații. Menționăm aici câteva dintre tipurile cercetării-acțiune (Mucchielli, 2002: 53; Pascaru, 2013: 206):

– *cercetarea-intervenție* ca intervenție la nivelul practicilor problematice și cercetare a acestora și a intervențiilor realizate;
– cercetarea-experimentare ca testare sau punere la încercare sistematică și reflexivă a unor strategii, programe sau produse;
– *cercetarea-acțiune-formare*, aplicabilă în educație sau în campanii de informare-conștientizare și educația adulților;
– *cercetarea-în-acțiune* este o cercetare a practicienilor asupra eficacității propriei practici și acțiunilor specifice. Ca și autoetnografia, cercetarea-în-acțiune presupune interogare reflexivă a practicienilor în diverse situații profesionale pentru a îmbunătăți propriile practici și pentru a povesti despre domeniul respectiv și munca în acel domeniu;
– *cercetarea-acțiune participativă* în care participanții la cercetare devin co-cercetători într-o relație de parteneriat și învățare reciprocă;
– *cercetarea-dezvoltare* (*empowerment research*) utilizată în dezvoltarea comunitară și capacitarea/împuternicirea grupurilor vulnerabile;
– *cercetarea feministă* ca cercetare militantă orientată spre creșterea egalității de șanse pentru toți, ieșirea din paradigma dominației masculine bazate pe relații de putere între femei

și bărbați în favoarea învățării relațiilor parteneriale (paradigma partenerială).

1.2. Caracteristici epistemologice și metodologice

Cercetarea-acțiune (eng. *action-research*; fr. *action-recherche*) este o strategie de cercetare ce reunește mai multe caracteristici definitorii (Mucchielli, 2002: 51-53; Chlecea, 2004: 99):

– este o *cercetare aplicată* centrată pe rezolvarea unei probleme concrete și pe optimizarea acțiunii sociale împreună cu subiecții-actori sociali; în cazul cercetării-acțiune, spre deosebile de o cercetare aplicativă clasică, cercetătorul sau practicianul cercetător nu se poziționează ca expert, ci ca partener care facilitează implicarea actorilor sociali în cercetare și acțiune/intervenție;

– este o ***cercetare implicată***, altfel spus, „pariul pozitivist" al observării neutre și externe a fenomenelor sociale este recunoscut ca fiind imposibil de câștigat. În derularea cercetării-acțiune, cercetătorul sau practicianul cercetător abandonează rolul de observator exterior în favoarea unei atitudini participative. El trece de la observația exterioară la cea empatică și participativă, implicându-se într-o relație de cooperare-ajutorare cu sistemul social investigat (Hurubean, 2003: 289);

– este o ***cercetare combinată***, în sensul că se realizează prin *echipe multidisciplinare*, fiind o acțiune colectivă care pune în joc strategii de cercetare și de intervenție. Este o acțiune în care interacționează cercetători și actorii sociali implicați în contexte sociale concrete; se conturează astfel perspective combinate, intercorelate;

– este ***participativă*** în sensul că *presupune participarea nemijlocită a actorilor sociali în desfășurarea cercetării* (Chlecea, 2004: 99); cercetătorul și membrii comunității sau ai grupului cu care se lucrează convin asupra detaliilor de proces și

colaborează pe tot parcursul perioadei de cercetare, învățând unii de la alții cum să procedeze de la elaborarea planului, până la colectarea datelor și aplicarea planurilor de schimbare;
– se derulează în ***formă ciclică*** ce se continuă în spirală, accentul căzând ritmic pe *acțiune* și *reflecție* pe un traseu descris de următoarele componente: *observare – reflectare – acțiune – planificare – revizuirea planului – acțiune – reflectare – schimbare socială* (Băban, 2002);
– este o ***cercetare angajată***, sens care trimite la *utilitatea socială a cercetării*, rezultatele acesteia având valoare în calitate de elemente ale unui proces de schimbare socială (de rezolvare a unei probleme sociale, de ameliorare a unei practici de intervenție sau a unui proces educațional etc.);
– are în principal o ***finalitate practică***, nu teoretică; oferă ocazia reflecției și a înțelegerii acțiunii mai degrabă decât a expunerii rezultatelor în teoretizări abstracte. De asemenea, problematica cercetării nu decurge din teorii prealabile, ci survine din situații sociale concrete;
– este ***autoevaluativă***, în sensul că toți cei implicați în cercetare reflectează asupra procesului și evaluează continuu rezultatele schimbărilor produse;
– este un demers care trebuie conceput pe durată lungă (***demers longitudinal***), și nu ca o intervenție punctuală;
– este o ***cercetare calitativă*** caracterizată prin faptul că: este naturalistă, adică se efectuează chiar la locul acțiunii, cu actorii implicați, cu ajutorul unor procese mai curând emergente decât structurate; face apel preponderent la metode calitative de culegere a datelor și de analiză și interpretare a acestora. Deși este un demers preponderant calitativ, cercetarea-acțiune poate să încorporeze și date cantitative, ca etapă exploratorie pentru o reflecție critică/autocritică ori ca formă preliminară de evaluare a unei situații/probleme sociale.

1.3. Designul cercetării-acțiune

În cercetarea-acțiune, designul cercetării este mai mult *evolutiv*, *emergent și flexibil* decât specificat dinainte într-un protocol de cercetare. În același timp, toate procesele cercetării-acțiune sunt mai degrabă ciclice, în spirală, nu liniare. Kurt Lewin a descris cercetarea-acțiune ca o serie de pași în spirală, fiecare dintre ei cuprinzând etapele planificării, acțiunii, observării și reflectării (Jupp, 2010: 80).

Cu toate că a fost elaborată o diversitate de modele și diagrame ale acestui demers ciclic, putem sintetiza componentele designului cercetare-acțiune în următoarea variantă (Băban, 2002: 328; Chelcea, 2004: 100):

a) *Identificarea și formularea problemei sociale/profesionale*: context social/profesional; dialoguri cu actorii implicați, respectiv alți profesioniști; populația afectată de problemă – explorare/descoperire;
b) *Strategia de investigare/cercetare* sau *analiza nevoi-probleme*: metode calitative de culegere a datelor (interviul liber sau semistructurat; focus grup; observația participativă; studiul documentelor sociale/personale etc.); elaborarea *diagnozei sociale* (evaluarea preliminară a stării de fapt): documentare teoretică; prezentarea problemei în termeni de simptome, posibile cauze și efecte;
c) *Elaborarea strategiei și a planului de acțiune*/intervenție/schimbare socială (obiective; resurse; activități; calendar; responsabilități s.a.) prin negociere cu toți cei interesați (actori sociali, factori de decizie, finanțatori, cercetători);
d) *Implementare planului, reflecția și monitorizarea continuă a acțiunii* și a schimbărilor generate împreună cu toți actorii implicați;
e) *Interpretarea datelor și evaluarea de ansamblu a proiectului*, a sporului de cunoaștere teoretică și practică, (auto)evaluarea eficienței acțiunii și a impactului asupra beneficiarilor. Acest gen de cunoaștere influențează deciziile la nivelul politicilor,

programelor și practicilor directe, contribuie la extinderea și îmbunătățirea bazei de cunoștințe și deprinderi profesionale a domeniului în care a fost realizată (asistență socială; educație; dezvoltare comunitară etc.). În forma prezentată aici, cercetarea-acțiune nu trebuie confundată cu ancheta de evaluare, care măsoară impactul unor intervenții fără a apela la colaborarea activă a participanților (Jupp, 2010: 77);

f) *Reconsiderarea planului de acțiune* din perspectiva noilor date; „învățarea lecțiilor" ca urmare a rezultatelor acțiunii/schimbării sociale; reluarea procesului de câte ori va fi necesar (Băban, 2002: 82-83); asigurarea durabilității acțiunii/strategiei experimentate.

Rezultatele cercetării-acțiune nu sunt în mod necesar „descoperiri" în sensul convențional al progresului teoretic, ci constau mai curând în *practici noi, tipare comportamentale modificate sau ameliorări ale proceselor organizaționale* (Jupp, 2010: 78). Rezultatele obținute prin cercetarea-acțiune sunt integrate mai întâi în practică și apoi în teorie, traseul fiind invers față de cel urmat în cercetarea socială clasică (Hurubean, 2003: 289).

1.4. Asistentul social ca practician cercetător și agent al schimbării

Demersul cercetare-acțiune pune în evidență noile perspective/paradigme cu privire la profesia de asistent social ca practician cercetător și agent al schimbării.

În contextul opțiunilor epistemologice și metodologice specifice cercetării-acțiune putem vorbi despre *practicianul-cercetător* (*scientist-practitioner*), prin care înțelegem un *practician reflexiv și agent al schimbării*). Acesta este un profil socioprofesional pe care îl consider adecvat și pentru asistentul social, ca și pentru alte profesii din zona socioumană.

Practicianul-cercetător este cel care accesează un mixt de resurse (cunoștințe, abilități, valori):

– (auto)reflecția asupra condiției (statutului) profesiei și asupra calității propriei munci (*practică reflexivă; autoetnografia; supervizarea*);
– profesionalizarea în domeniul în care lucrează prin acumulari teoretice (cunoștințe generale și de specialitate) și practice (abilități; cunoaștere tacită; învățare din experiență) cu privire la procesele de investigare a cazurilor, intervenție, învățare, schimbare și dezvoltare umană;
– învățarea și perfecționarea continuă, integrând abilitățile de cercetare calitativă și mixtă;
– integrarea cercetării-acțiune în formarea profesională inițială și continuă, precum și în practica profesională curentă;
– inițierea, participarea și coordonarea unor proiecte de cercetare-acțiune cu scop de intervenție și schimbare socială (la nivel organizațional; comunitar; macro-social prin angajarea în proiecte de anvergură, influențarea politicilor publice, propuneri de noi politici publice, schimbarea unor mentalități, atitudini, comportamente, creșterea gradului de conștientizare etc.).

1.5. Concluzii

Cercetarea-acțiune generează cunoștințe valoroase prin provocarea și studierea schimbării sociale împreună cu toți actorii implicați. Procesele de schimbare sunt cele care îmbogățesc atât cunoașterea, cât și acțiunea (intervenția socială) pentru faptul că schimbările nu sunt introduse după finalizarea cercetării, ci printr-un proces continuu, în spirală.

Demersul cercetare-acțiune, așa cum l-a conceput Kurt Lewin, este o *metodă ce produce o schimbare intenționată în contextele vieții reale*, cu scopul de a analiza științific specificul acțiunii și efectele produse în vederea îmbunătățirii acestora (Mucchielli, 2002: 100).

Chiar dacă acest demers de cercetare este, deocamdată, relativ puțin cunoscut de către studenți și drept urmare puțin folosit în lucrările de licență și disertație, am convingerea că prin

sinteza oferită în acest subcapitol putem încuraja și susține încrederea studenților (ca actuali sau viitori practicieni în domeniul asistenței sociale) în beneficiile procesului de cercetare-acțiune.

Reflecție și învățare

• Care sunt caracteristicile cercetării-acțiune? Menționați cel puțin cinci caracteristici.
• Prin ce se deosebește cercetarea-acțiune de cercetarea socială clasică?
• Care sunt eventualele dificultăți care pot apărea în procesul de cercetare-acțiune?
• Ce teme sau probleme sociale din practica asistenței sociale pot fi abordate prin demersul cercetare-acțiune? Identificați trei exemple.
• În ce sens cercetarea-acțiune este o cercetare calitativă?
• Care este designul unei cercetări-acțiune?
• În ce sens asistentul social este un agent al schimbării?
• Care este profilul asistentului social ca practician cercetător?

Bibliografie

Băban, Adriana, 2002, *Metodologia cercetării calitative*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Chelcea, Septimiu, 2004, *Inițiere în cercetarea sociologică*, București: Comunicare.ro.

Hurubean, Alina, 2003, „Construcția metodologică a asistenței sociale", în *Tratat de asistență socială*, coord. George Neamțu, Iași: Polirom.

Ionescu, Ion, 2003, „Metodologia cercetării socialului. Repere pentru asistenții sociali", subcapitolul „Designul cercetării-acțiune", în *Tratat de asistență socială*, coord. George Neamțu, Iași: Polirom.

Jupp, Victor (coord.), 2010, *Dicționar al metodelor de cercetare socială*, Iași: Polirom.

Moscovici, S., & Buschini, F., (coord.), 2007, *Metodologia științelor socioumane*, capitolul „Cercetarea-acțiune ca metodă privilegiată pentru studierea comunității", Iași: Polirom.

18 Mucchielli, Alex (coord.), 2002, *Dicționar al metodelor calitative în științele umane și sociale*, Iași: Polirom.
Pascaru, Mihai, 2013, „Principii ale cercetării-acțiune participative", în Petru Iluț (coord.), *În căutare de principii. Epistemologie și metodologie socială aplicată*, Iași: Polirom.

2. Studiul de caz – strategie de cercetare calitativă

A.M. Hurubean

2.1. Ce este studiul de caz?

Studiul de caz constituie strategia preferată atunci când se pun întrebări de tipul „cum" și „de ce" în legătură cu o serie de evenimente sau fenomene sociale contemporane, pe care cercetătorul le poate controla în mică măsură sau deloc (Yin, 2005: 17).

Studiile de caz sunt folosite pe scară largă în *cercetările din științele sociale* (psihologia, sociologia, științele politice, antropologia, istoria și economia) cu scopul de a înțelege fenomene și procese socioumane complexe. Un „caz" poate fi o persoană, un eveniment, o activitate socială, o organizație sau o instituție, un grup social sau o comunitate, o politică publică sau un sistem de politici specifice unui domeniu, o țară etc. (Jupp, 2010: 271).

În același timp, studiile de caz sunt utilizate în numeroase *domenii profesionale*, cum ar fi asistența socială, educația, administrația publică, justiția, activitatea managerială, medicina, poliția și altele. De aceea, încă de la început este necesar să facem

distincția între studiul de caz folosit în cercetarea socială și studiile de caz utilizate în domeniile profesionale menționate, preocupate în principal de managementul și „soluționarea cazului" (Iluț, 1997: 105).

În acest subcapitol voi sintetiza câteva aspecte definitorii cu privire la studiul de caz ca strategie de cercetare preponderent calitativă (care utilizează metode și tehnici de tip calitativ în culegerea și analiza datelor de teren).

Cartea lui Robert K. Yin *Studiul de caz. Designul, colectarea și analiza datelor* ne oferă informații și exemple prețioase în acest sens. Astfel, sunt de reținut despre studiul de caz câteva *caracteristici principale*:

– este o *strategie de cercetare/investigare socială* ce presupune un design de cercetare, colectarea datelor, analiza și interpretarea acestora;
– designul cercetării este în principal calitativist, dar putem realiza și studii de caz cu *tentă pozitivist-cantitativistă*, în care există un set de ipoteze și categorii (semi)structurate (Iluț, 1997: 105);
– este o *investigație empirică* prin care cercetăm un fenomen contemporan în contextul său de viață reală, iar granițele între fenomen și context nu sunt foarte bine delimitate;
– se bazează pe *surse multiple de dovezi* accesate prin mai multe metode și tehnici de culegere a datelor: observația, interviul, documentarea; vorbim, în acest context, despre *triangularea metodologică*;
– poate genera, deopotrivă, dovezi calitative și cantitative, însă nu produce date cantitative (generalizări statistice).

Studiul de caz generează informații noi despre un subiect care ar putea îmbogăți sau nuanța o teorie. Problema reprezentativității își pierde atunci din sens în favoarea problemei calității cazului însuși.

În cercetarea calitativă, studiul de caz are două funcții importante:

a) este util în cadrul unei *abordări inductive* în care, plecând de la una sau mai multe situații studiate, încercăm să construim o teorie;

b) în cadrul unei *abordări deductive*, studiul de caz este utilizat pentru a verifica o teorie, deja elaborată, sau pentru a o îmbogăți (Mucchielli, 2002: 408).

2.2. Tipologia studiilor de caz

În funcție de scopul strategiei de cercetare, există trei tipuri de studii de caz (Jupp, 2010: 271):

a) *exploratorii* – pot oferi o analiză inițială asupra unui fenomen care, ulterior, va fi aprofundat prin alte studii și cercetări;

b) *descriptive* – realizează un portret complet al cazului sau cazurilor studiate;

c) *explicative* (sau cauzale) – caută să furnizeze date despre cauzele unui fenomen particular observat în cadrul studiului.

O altă clasificare face distincția între alte trei tipuri de studii de caz (Iluț, 1997: 108; Moscovici & Buschini, 2007: 196):

a) *studiul de caz intrinsec*: investighează în detaliu un caz particular ca interes în sine, fără a urmări realizarea unor comparații sau generalizări și fără intenția de a testa o ipoteză sau o teorie. Studiile monografice sunt un exemplu clasic în acest sens: studiul de caz cu privire la o localitate rurală sau o comunitate pentru a surprinde unicitatea, particularitatea cazului și nu reprezentativitatea pentru categorie sau o problemă socială;

b) *studiul de caz instrumental*: un caz particular este cercetat cu scopul de a rafina o teorie sau de a facilita înțelegerea unui fenomen mai general; în aceste situații, cazul este ales pentru caracterul său tipic sau reprezentativ;

c) *studiul de cazuri multiple* (*colective*): au în atenție mai multe cazuri, care pot fi similare sau contrastante, pentru a identifica trăsături comune sau diferențe specifice relevante pentru înțelegerea nuanțată a unui fenomen social.

Ce anume ne determină să optăm pentru o strategie sau alta de cercetare?

Opțiunea cercetătorului pentru studiul de caz față de alte strategii de cercetare din științele sociale (experiment, sondaj, analiză de arhivă, istorie) trebuie să aibă în atenție mai multe aspecte ale investigării ce urmează să o realizăm:

a) *tipul întrebării de studiu la care vrem să răspundem*;
b) *controlul pe care cercetătorul îl are asupra evenimentelor comportamentale*;
c) *vizarea fenomenelor contemporane, spre deosebire de cele istorice* (Yin, 2005: 21).

2.3. Designul cercetării pentru studiul de caz

Un design de cercetare este *planul logic al cercetării* prin care datele care trebuie colectate și, ulterior, rezultatele ce vor fi obținute sunt legate de întrebările inițiale ale studiului. Designul cercetării este conceput ca o schemă a investigației care indică cel puțin patru aspecte: care sunt întrebările la care studiul caută să răspundă, ce date empirice sunt relevante, care trebuie colectate și cum vor fi analizate rezultatele (Yin, 2005: 37-39).

Componentele designului studiilor de caz (Yin, 2005: 40-52):

– întrebările de studiu;
– ipotezele (dacă există);
– selectarea cazurilor și a unităților de analiză;
– logica prin care se leagă datele de ipoteze (cadrul teoretic);
– realizarea studiilor de caz: culegerea datelor (observații directe; observații participative; interviuri; documente; arhive);

– metode de analiză și interpretare a datelor culese (metode calitative de analiză; inductive/deductive).

a) Întrebările de studiu

Strategia studiului de caz este cea mai adecvată pentru întrebări de genul „cum" și „de ce", astfel încât important este să clarificăm natura întrebărilor studiului nostru (de exemplu, tema 1: parteneriatele interorganizaționale; întrebarea cercetării: *cum și de ce colaborează organizațiile între ele pentru a oferi servicii mixte?* Tema 2: delincvența juvenilă; întrebările cercetării: *care sunt manifestările comportamentului delincvent al minorilor? de ce un minor adoptă comportamentul delincvent?*).

b) Ipotezele studiului

Exemple:

– organizațiile aleg colaborarea pentru că aceasta oferă beneficii reciproce;
– influențele din copilărie/presiunea grupului și comportamentul delincvent. Ipoteza indică direcția de studiu și selectarea dovezilor relevante. În studiile exploratorii, în locul ipotezelor trebuie specificate scopul și criteriile de evaluare a succesului investigării.

c) Selectarea cazurilor și a unităților de analiză

„Cazul" poate fi un individ, un eveniment sau o entitate oarecare (un pacient, un delincvent, un lider; un program, o decizie, o instituție, un eveniment politic/social, economia unei țări, o politică sectorială etc.). Selectarea unității de analiză adecvate va avea loc după specificarea întrebărilor primare de cercetare. Dacă acestea nu favorizează detașarea unei unități față de altele, este posibil ca întrebările să fie prea vagi sau prea numeroase și se impune reformularea lor. Însă, chiar în momentul în care am reușit să stabilim unitatea de analiză, aceasta nu trebuie

considerată definitivă, în sensul că permite (ca de altfel și alte aspecte ale designului) reconfigurări ca urmare a descoperirilor făcute în timpul colectării datelor și în virtutea flexibilității designului de cercetare.

Importantă este precizarea pe care trebuie să o facem în legatură cu opțiunea pentru *cazuri individuale – cazuri multiple*, precum și opțiunea pentru o unitate de analiză sau mai multe unități, respectiv distincția între *unitățile de analiză principale*, cele *înglobate* și *contextul* studiului. Pentru a ilustra ultima distincție avem urmatoarele exemple:

Exemplul 1

- tema: competiția economică internațională;
- caz 1: compania coreeană Samsung;
- unitatea de analiză principală: politicile de bază care fac firma competitivă;
- unitatea de analiză înglobată: creearea cuptorului cu microunde ca produs ilustrativ;
- contextul: dezvoltarea economică a Coreei de Sud.

Exemplul 2

- caz 2: firma Apple în Singapore;
- unitatea de analiză principală: politicile duse de Singapore pentru a face țara competitivă;
- unitatea de analiză înglobată: înființarea unei fabrici de calculatoare a firmei Apple în Singapore.

Studii de caz individuale (un singur caz) *versus* studii de caz multiple (o serie de cazuri):

a) *studiu de caz individual holistic* (un singur caz privit ca întreg); exemplu: caz 1: ONG X din Iași; u.a. (unitatea de analiză): organizația ca întreg;
b) *studiu de caz individual înglobat* (un singur caz și unități multiple de analiză); exemplu: caz 1: ONG X; u.a.: organizația ca întreg; unitatea înglobată: departamentul resurse umane ș.a.; acest tip de studiu de caz solicită precauții în privința

raportului parte-întreg/unitate de analiză principală și unități înglobate;

c) *studiu de caz multiplu de tip holistic* (mai multe cazuri privite ca întreg); exemplu: patru ONG din Iași; u.a.: funcționarea organizațiilor ca întreg (studiu comparativ);

d) *studiu de caz multiplu de tip înglobat* (mai multe cazuri și mai multe unități de analiză); exemplu: patru ONG din Iași; u.a.: funcționarea organizațiilor ca întreg; unitatea înglobată: departamentul resurse umane, serviciile oferite clienților ș.a.

Opțiunea pentru un *caz individual* este motivată atunci când:

- cazul respectiv este *cazul crucial* pentru testarea unei teorii bine formulate. Exemplu: pentru testarea teoriei inovației (ipoteza: inovațiile eșuează datorită „rezistenței la schimbare") s-a ales drept caz o singura școală care avea o istorie bogată în privința inovațiilor;
- este un *caz extrem sau unic* (de exemplu, o revoluție; o catastrofa naturală etc.);
- este *cazul reprezentativ* sau *tipic* prin care putem investiga circumstanțele unei situații comune în viața de zi cu zi (o școală tipică, un cartier tipic, un proiect tipic, o instituție tipică etc.);
- este *cazul revelator*. Această situație apare atunci cand un cercetător are posibilitatea de a observa și analiza un fenomen care anterior a fost inaccesibil cercetării științifice (ex.: comunitățile de imigranți dintr-o țară);
- este *cazul longitudinal*: studierea cazului în două sau mai multe momente diferite de-a lungul timpului pentru a surprinde schimbările petrecute în intervalul respectiv (de exemplu, monitorizarea derulării unui program de intervenție).

Cazuri multiple (*studii comparative*): de exemplu, studiu despre inovații în școli. Opțiunea pentru *cazuri multiple* presupune ca fiecare caz în parte să fie ales cu grijă, astfel încât să satisfacă posibilitatea replicării adică (a) să prezică rezultate similare (*replicare literală*) sau (b) să prezică rezultate diferite (*replicare*

teoretică). Dacă toate cazurile oferă rezultatele așteptate, atunci acestea vor constitui un important sprijin pentru seria inițială de ipoteze. Dacă se contrazic, ipotezele inițiale trebuie revăzute și testate din nou cu ajutorul unui alt set de cazuri. O condiție importantă în toate aceste cazuri de replicare este dezvoltarea unui cadru teoretic cuprinzător prin care se vor face generalizări asupra altor cazuri. Realizarea unui studiu pe cazuri multiple solicită resurse substanțiale și mai mult timp, însă dovezile cazurilor multiple sunt apreciate ca fiind mai convingătoare, iar studiul ca întreg este privit ca unul mai riguros (Yin, 2005: 66).

d) Logica prin care se leagă datele de ipoteze (rolul teoriei în crearea designului)

Această etapă constă în elaborarea unei teorii legate de tema studiului. Culegerea datelor de teren relevante depinde de înțelegerea obiectului studiat (importanța teoriei). Designul complet al studiului ia forma unei teorii pe marginea obiectului de studiu. Nu trebuie să ne gândim la aceasta în sensul formal de teorie vastă în domeniul științelor sociale. Cadrul teoretic al designului este ca un gen de „poveste (ipotetică) ce explică acțiunile, evenimentele, structurile, ideile" (în acest scop folosim documentarea teoretică).

Exemplu: un studiu despre implementarea unui nou sistem de management al informației (SMI) poate porni de la următorul cadru teoretic: pentru ca implementarea unui nou SMI să fie eficientă este nevoie de o restructurare organizațională. Eșecul poate avea loc din cauza împotrivirii manifestate de oameni în fața schimbării, iar înlocuirea lor este singura condiție pentru o implementare eficientă.

Pentru construirea cadrului teoretic al acestui studiu putem folosi/prelucra o serie de teorii specifice existente în literatura de specialitate precum: teorii despre indivizi; teorii despre grupuri; teorii organizaționale; teorii societale; teorii despre schimbare/dezvoltare (Yin, 2005: 50).

Rolul cadrului teoretic nu este doar acela de a facilita etapa colectării datelor, ci și punctul de plecare pentru generalizarea rezultatelor studiului (generalizare analitică).

2.4. Concluzii

Studiul de caz, așa cum este folosit în mod uzual în științele sociale, este o versiune a abordării istorice aplicate lumii contemporane (domeniu numit *istoria imediată*) (Plano, Riggs & Robin, *Dicționar de analiză politică*, 1993). Este definit adesea ca o anchetă empirică asupra unui fenomen contemporan în contextul vieții sale, în care limitele dintre fenomen și context nu sunt cu totul evidente și în care se utilizează surse multiple de culegere a datelor. Metoda studiului de caz constă în a analiza o situație reală, luată în contextul său, pentru a vedea cum se manifestă și cum evoluează fenomenele care-l interesează pe cercetător.

Unul dintre avantajele studiului de caz este că furnizează o situație în care putem observa jocul unui mare număr de factori care interacționează, permițând astfel să fie recunoscute complexitatea și bogăția situațiilor sociale. Cazul însuși trebuie tratat ca un sistem integrat (Mucchielli, 2002: 407).

Reflecție și învățare

• Care sunt deosebirile între studiul de caz cu scop de cercetare și studiul de caz utilizat în practica asistenței sociale?
• Formulați o temă de cercetare din domeniul asistenței sociale care merită să facă obiectul unui studiu de caz. Identificați trei întrebări majore la care studiul dumneavoastră ar încerca să răspundă.
• Care sunt etapele/componentele designului de cercetare pentru studiul de caz?

Bibliografie

Iluț, Petru, 1997, *Abordarea calitativă a socioumanului*. Iași: Polirom.
Jupp, Victor (coord.), 2010, *Dicționar al metodelor de cercetare socială*. Iași: Polirom.
Moscovici, S., & Buschini, F. (coord.), 2007, *Metodologia științelor socioumane*, capitolul „Studiul de caz și monografia". Iași: Polirom.
Mucchielli, Alex (coord.), 2002, *Dicționar al metodelor calitative în științele umane și sociale*. Iași: Polirom.

3. Practici narative aplicate în cercetare și în domenii profesionale socioumane

A.M. Hurubean

3.1. Ce sunt practicile narative aplicate?

În acest subcapitol vă propun o introducere cu scop de inițiere în ceea ce aleg să numesc *practici narative aplicate* pentru a evidenția diversitatea de abordări a metodei biografice utilizate în cercetarea socială și în arii profesionale specifice.

Ca și în alte domenii ale socioumanului, în asistența socială putem folosi practicile narative în mai multe zone de activitate:

– cercetarea de teren (interviul de tip povestea vieții; autoetnografia);

– intervenția socială (practici narative de împuternicire a sistemului client);
– formare și dezvoltare profesională continuă (exercițiul autobiografic al parcursului de carieră-viață; autoetnografia).

Aceasta este o primă distincție pe care este necesar să o avem în atenție ori de câte ori vorbim despre practicile narative pentru a le pune la lucru cu scop de *cercetare*, *intervenție* sau *formare profesională*. Între aceste trei registre de utilizare există diferențe epistemologice și metodologice majore, în timp ce unele puncte comune sau aparente asemănări pot să ne inducă în eroare.

Practicile narative au în comun faptul că se bazează pe facilitarea generării poveștii de viață (la scara întregii vieți), a poveștilor de viață tematice (pe anumite zone/domenii/secvențe/teme de viață) și a poveștilor cotidiene, în general, prin interviuri pregătite și realizate de către cercetători sau practicieni din diferite domenii.

Cu alte cuvinte, practicile narative sub forma povestirilor de viață și a interviurilor de tip povestea vieții sunt folosite în *cercetarea de tip calitativist* din aria științelor socioumane precum: sociologia, psihologia, antropologia, științele educației, etnologie, istorie, lingvistică, studii feministe și de gen.

În același timp, practicile narative bazate pe poveștile de viață sunt utilizate *în domenii profesionale practice* cu scop de intervenție în lucrul cu clienții individuali sau grupuri: psihoterapie, asistență socială, educație, activități de mentorat, coaching, leadership, dezvoltare personală, branding personal și organizațional, medicină, sociologia clinică etc.

De asemenea, ca *parcurs de dezvoltare personală și profesională continuă*, practicile narative aplicate sunt utile profesioniștilor din orice arie de activitate și sunt recomandate cu prioritate profesioniștilor din domeniile: educație, asistență socială, medicină, coaching, management, leadership.

În toate ipostazele utilizării lor, practicile narative aplicate oferă beneficiile (auto)reflecției, ale învățării din experiență, facilitând extinderea înțelegerii complexității fenomenelor socioumane, a conștientizării, schimbării și transformării personale.

Toate aceste procese de cercetare sau de facilitare și acompaniere necesită pricepere, antrenament, profesionalizare pe lângă talentul, intuiția și deschiderea nativă a oamenilor față de povești.

3.2. Puterea (trans)formatoare a povestirilor vieții. Beneficiile procesului de lucru

Poveștile au forță transformatoare. Ele schimbă vieți. Pe parcursul descoperirii și generării propriilor povești de viață, oamenii conștientizează mesajele atașate experiențelor trăite. Astfel, ei învață să (re)scrie narațiunile existente (personale și sociale) pentru a crea viitorul pe care și-l doresc.

Fie că le folosim în cercetare, în intervenția socială sau în formarea profesională, povestirile vieții au un impact benefic atât asupra subiecților-autori, cât și asupra specialiștilor care îi acompaniază în aceste procese de lucru. În cele ce urmează, menționăm câteva dintre valențele comune ale povestirilor de viață, indiferent de domeniul profesional în care sunt folosite.

Astfel, poveștile de viață/povestirile vieții sunt:

a) experiențe personale trăite într-un context social-istoric și cultural; povestea (ta) ca fapt social-istoric: generarea și identificarea poveștilor relevante; a lucra cu sensuri și semnificații personale construite social; prin povești acordăm semnificație evenimentelor vieții noastre; povestea apreciativă, valorizatoare: Ce îți place să povestești despre tine? Cum spui povestea ta? Cum asculți povestea celuilalt?
b) experiențe de învățare-conștientizare; poveștile ca indicator al calității vieții; spune-mi ce povești ai/întreții/încurajezi ca să-ți spun cât de bine îți este: Ce te învață pe tine această poveste? Ce rezonanțe trezește în tine? La ce îți folosește această poveste? Ce spune această poveste despre tine? Ce resurse de învățare îți oferă această poveste (experiență) pentru tine cel/cea din prezent?

c) experiențe de autocunoaștere, dezvoltare personală și profesională: un proces de identificare a propriului „DE CE". Așadar, prin acest proces de generare, de exprimare și scriere a povestirii vieții/a poveștilor de viață-carieră, ne re-conectăm cu ceea ce este cu adevărat important pentru noi, cu valorile noastre, cu pasiunile și talentele pe care le avem, cu scopul și misiunea noastră. Cu alte cuvinte, povestirea de carieră-viață este un demers de identificare și formulare a propriului „DE CE", sens și semnificație a parcursului de carieră-viață (Hurubean, 2016).

d) descrieri bogate a identităților preferate, a modalităților preferate de a trăi viața (Gavrilovici, 2014: 35-44); poveștile ca și conectare cu tine însuți (autenticitate) și potențialul tău creator: Ai o poveste despre viața ta mai bună? Care este scenariul dezirabil pentru tine? Care este povestea ta preferată? Ce face ca asta să fie povestea ta preferată?

e) experiențe de schimbare-transformare-reinventare: a lucra cu puterea transformatoare a poveștilor de viață; poveștile (cuvintele, ideile, imaginile, trăirile) au efecte reale și influențează viețile noastre: poveștile au putere; poveștile prognozează schimbarea: Cum schimbi povestea ta? Cum facilitezi schimbarea poveștii celuilalt?

Beneficiile procesului de lucru pe zona de competențe antrenate, autenticitate, valori, sens și semnificație a vieții, creativitate:

– identificarea și conștientizarea resurselor personale (valori, abilități, talente, pasiuni, motivații, cunoștințe ș.a.) pentru dezvoltarea personală, parcursul școlar/academic și profesional;
– parcurgerea unui proces de dezvoltare personală și profesională (*self leadership*; *personal leadership development process*);
– acompanierea unui proces de învățare experiențială, transformațională, complementar proceselor de învățare ca acumulare de cunoștințe;

– aplicarea practicilor narative (*storytelling* și *storywriting*: generarea și redactarea povestirilor de carieră-viață) ca formă a învățării experiențiale și a dezvoltării personale și profesionale pentru creșterea nivelului de conștientizare și leadership;
– antrenarea compentențelor de cercetare calitativă aplicabile în intervievare, în relația/activitatea profesională și viața cotidiană: ascultarea atentă, profundă, receptivă; prezența; construirea relației de încredere; empatia; folosirea puterii întrebărilor etc.;
– cunoașterea, conștientizarea, anticiparea și acompanierea proceselor de schimbare-tranziție-transformare de tip evolutiv și de tip disruptiv la nivel personal și organizațional;
– antrenarea metacompetențelor pentru managementul incertitudinii și crearea viitorului: (auto)disciplina; gândirea proactivă/anticipativă; gândirea creativă; autonomia; gândirea sistemică; gândirea de tip designer.

3.3. Principii metodologice în practicile narative

Textul de mai jos reprezintă o adaptare după O. Gavrilovici, *Curs de formare în Practici și terapii narative* (Iași, 2020-2021):

• fiecare om este expertul vieții lui;
• omul are dreptul să aibă voce, să se exprime;
• părerea fiecăruia contează;
• ieșim din relațiile de putere: superior-inferior; „OK – non-OK";
• perspectiva apreciativă, umanistă: nonjudecare; valorizarea experiențelor luminoase ale vieții; respect; smerenie; confidențialitate;
• onorăm povestitorul și povestea lui (adevărul subieciv);
• construim relația de încredere în intervievare/procesele de acompaniere;
• problema este problema, iar persoana este persoana (nu identificăm problema cu persoana; nu o „lipim" de identitatea ei);

- prin facilitarea nondirectivă, nonjudicativă (apreciativă) a poveștilor deschidem noi perspective de sens, semnificare și resemnificare a experiențelor de viață, respectiv noi posibilități de acțiune;
- poveștile noastre prognozează *schimbarea și transformarea*: facilităm generarea acelor povești pentru nașterea unei vieți mai bune; poveștile despre deficit, probleme, suferință sunt descrieri păguboase; facilităm poveștile despre „așa îmi doresc să trăiesc", despre modalitățile preferate de a trăi viața (scenariul dezirabil);
- prin povești susținem *identitățile preferate* ale persoanei; contribuim la configurarea și resemnificarea identității personale ca identitate dorită, *identitatea intențională*;
- prin acompanierea poveștilor creăm spațiu de exprimare pentru celălalt și spațiu de întâlnire cu celălalt diferit de noi; poveștile apropie oamenii; deschid calea unei comunicări autentice între ei, a comuniunii; ne umanizează;
- din poveștile „negative", „saturate de probleme" scoatem resurse de învățare-conștientizare și schimbare-transformare.

3.5. Concluzii

În cadrul acestui subcapitol am vorbit despre *practici narative aplicate* în sensul că acestea reunesc seturi de strategii, metode, tehnici, procedee specifice utilizate în cele trei domenii de activitate:

a) cercetarea calitativă (interviul de tip povestea vieții; autoetnografia ș.a.);
b) intervenția socială și psihosocială (terapii narative ș.a.);
c) formarea profesională continuă (exercițiul autobiografic individual (redactat în scris); autoetnografia ș.a.).

Pentru că spațiul acestor pagini este circumscris capitolului dedicat metodologiei cercetării în științele sociale și în practica profesională, atenția noastră rămâne concentrată pe zona de

cercetare narativă, în principal pe două dintre metodele utile asistentului social și anume: interviul de tip povestea vieții și autoetnografia.

În paginile ce urmează, vom dedica spațiu pentru o prezentare sintetică a metodei autoetnografiei, relativ puțin cunoscută și folosită la noi până acum, dar care merită atenția noastră ca cercetători și practicieni calitativiști actuali sau în devenire.

Pentru interviul de tip povestea vieții, puteți folosi ca bază de pornire capitolul dedicat interviului din această carte, precum și lucrările dedicate acestei metode, care sunt traduse în limba română. Recomandăm pentru studiu și aplicare mai ales volumele de mai jos.

Bibliografie

Atkinson, Robert, 2006, *Povestea vieții. Interviul*, Iași: Polirom.
Lieblich, A., Tuvan-Mashiach, R., Zilber, T., 2006, *Cercetarea narativă. Citire, analiză și interpretare*, Iași: Polirom.

4. Cercetarea propriei practici profesionale: un demers autoetnografic emergent

A.M. Hurubean

Prin demersul de cercetare de tip autoetnografic *propria practică profesională devine obiect de cercetare.* Astfel, universul cercetării este reprezentat de *unități de analiză* (etape; cazuri; evenimente; tranziții) din propria practică profesională și din experiența acumulată.

Cercetarea de tip autoetnografic cu privire la propria practică profesională este un *demers emergent, flexibil* care însă nu exclude parcurgerea traseului logic și metodologic pentru *culegerea și analiza datelor de tip calitativ* (*subiectivitatea umană*).

În acest subcapitol voi documenta un răspuns sintetic, cu rol introductiv în acest subiect, cu privire la relevanța autoetnografiei ca design de cercetare a practicii profesionale în domeniul asistenței sociale, pornind de la câteva întrebări exploratorii: *Ce este autoetnografia? Care sunt beneficiile acesteia pentru practica și cercetarea practicii profesionale în domeniul asistenței sociale? Cum o aplicăm în cercetare?*

Întrebările și demersul de lucru sunt aplicabile la cercetarea practicii profesionale din orice domeniu de activitate.

Autoetnografia este un demers de cercetare în care practicianul cercetător utilizează propria experiență profesională ca sursă de date empirice primare la intersecția între reflecția personală și construcția culturală, între autobiografie, etnografie și perspectiva narativă (vezi tabelul 1.2).

Cele trei componente ale termenului (*autoethnography: auto*, *ethno*, *graphy*) sintetizează specificul acestei metode de cercetare a practicii profesionale: utilizarea cercetătorului ca subiect reflexiv (narator) și a propriei practici profesionale („auto") pentru a descrie și interpreta („graphy") aceste experiențe trăite, în contextul sociocultural specific („etno") (Koning & Moore, în Jakson & Cocs, eds., 2020: 93-96).

Autoetnografia este diferită ca abordare de poziția „obiectivă" a cercetătorului detașat de realitatea studiată, pentru a face loc unor narațiuni alternative și mai relaționale cu privire la generarea cunoașterii despre experiențele profesionale trăite (James, 2015: 104).

4.1. Beneficii

Beneficii ale autoetnografiei pentru practica profesională (asistența socială ș.a.):

– practicienii în asistența socială pot folosi această metodă pentru a explora propria lor practică profesională;
– demersul de practică reflexivă (*reflexive practice*), inclus în metoda autoetnografiei, permite profesioniștilor din domeniul asistenței sociale (și din oricare alt domeniu de activitate) învățarea experiențială și îmbunătățirea continuă a propriilor competențe și procese de lucru;
– practicienii își rafinează cunoașterea tacită și explicită în interacțiunile cu ceilalți (clienți; colegi) (James, 2015: 104);
– oferă argumente sustenabile pentru a promova integrarea competențelor de cercetare în formarea practicienilor în domeniul asistenței sociale;
– facilitează aplicarea demersurilor de cercetare (de tip autoetnografic; cercetare-acțiune; *reflective practice learning*) în dezvoltarea practicii profesionale și în parcursul de profesionalizare în diferite domenii de activitate (coaching, educație, cercetare ș.a.);
– oferă informații autentice (date primare) cu privire la traiectoria profesională și provocările practicării profesiei în domeniul respectiv.

Beneficii ale autoetnografiei pentru cercetarea practicii profesionale de asistent social:

– contribuie la extinderea cunoașterii cu privire la practica și procesul de asistență socială;
– oferă informații relevante cu privire la noi subiecte de cercetare;

– contribuie la dezvoltarea domeniului de cercetare cu privire la practica și profesia de asistent social specializat în diferite domenii de intervenție.

Relevanța cercetării pentru practica profesională: formarea și antrenarea practicianului-cercetător (vezi suvcapitolul anterior despre cercetarea-acțiune).

În tabelul 1.2 putem identifica un tablou sintetic cu privire la caracteristicile demersului autoetnografic aplicabil în *explorarea parcursului profesional și a identității profesionale a asistentului social*, precum și relevanța aplicării autoetnografiei în *cercetarea experienței asistentului social în organizații*.

Tabelul 1.2. Prezentarea specificului demersului autoetnografic în practica profesională individuală și organizațională din perspectiva practicianului (adaptare după Koning & Moore, în Jakson & Cocs, eds., 2020, p. 98)

Criterii	Autoetnografia	Autoetnografia organizațională
Scop	Explorarea experienței propriei practici profesionale în context social-cultural, istoric	Reflecție asupra propriei experiențe profesionale în organizații cu scopul îmbunătățirii competențelor, tehnicilor, procesului de lucru (demers de tip *feedforward*)

Participanții/ subiecții cercetării	Sunt parte a contextului social și cultural prin care practicianul-cercetător își extinde cunoașterea cu privire la practica profesională	Sunt parte a contextului social și cultural prin care practicianul-cercetător își extinde cunoașterea cu privire la practica profesională
Cercetătorul	Este subiect al cercetării; practică observația participativă, autoreflecția, narațiunea (exercițiul autobiografic) și studiul altor documente sociale relevante pentru cercetarea propriei practici și a rolului practicianului	Este subiect al cercetării; caută să înțeleagă procesele organizaționale dintr-o perspectivă emică (din interior)
Rezultate	Descrie caracteristicile unei culturi profesionale pentru cei interesați din interiorul sau din afara profesiei	Conștientizări cu privire la viața în organizație, munca, practica profesională
Tematica explorată în cercetarea practicii profesionale	Subiecte ce țin de identitatea profesională; îmbunătățirea practicii (a procesului, a rolului/posturii etc.)	Practician intern sau extern care își examinează propria practică

4.2. Concluzii

Una dintre *deschiderile* importante pe care le marchează *autoetnografia* constă în faptul că acest demers de reflecție și cercetare asupra practicii profesionale, indiferent de domeniu, face conexiunea între practica profesională și cercetare îmbogățind ambele sfere de activitate și contribuind la *dezvoltarea practicianului-cercetător narativ și a cercetătorului-practician*.

Această metodă este folosită și de studenții doctoranzi ca un gen de jurnal al propriiilor cercetări și evoluții profesionale pe parcursul programului de doctorat (*doctoral research journey*) (Williams, 2014). Invităm și încurajăm studenții noștri și studentele noastre să aibă deschidere față de practicile narative aplicate în cercetarea socială și să includă metoda autoetnografiei și interviul de tip povestea vieții în cercetările lor calitative pentru realizarea lucrărilor de licență și disertație.

Bibliografie

Atkinson, Robert, 2006, *Povestea vieții. Interviul*. Iași: Polirom.

Gavrilovici, O., 2014, *Identitatea narativă*. În Boncu, Ș., Dafinoiu I. (ed.). *Psihologie socială clinică* (pp. 35-44). Iași: Polirom.

Hurubean, Alina (coord.), 2016, *Feminin-Masculin. Povestiri de carieră-viață*. Iași: Institutul European.

Iluț, Petru, 1997, *Abordarea calitativă a socioumanului*. Iași: Polirom.

Koning, J. și Moore, L., 2020, *Autoethnography* în: Jakson, Peter și Cocs, Elaine (eds.), *Doing coaching research*, London: SAGE Publication, pp. 93-112.

Lieblich, A., Tuvan-Mashiach R., Zilber, T., 2006, *Cercetarea narativă. Citire, analiză și interpretare*. Iași: Polirom.

James, Joanne, 2015, *Autoethnography: A methodology to elucidate our own coaching practice*, în: *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring Special*, issue no. 9, June 2015, p. 102.

Muccielli, Alex, 2002, *Dicționar al metodelor calitative*, Iași: Polirom. Capitolele: „Epistemologia metodelor calitative" (p. 110); „Metodologia unei cercetări calitative" (p. 239); „Metoda povestirii vieții" (interviul) (p. 289).

Tutty, Leslie, Rothery, Michael, Grinnell, Richard, 2005, *Cercetarea calitativă în asistența socială. Faze, etape și sarcini*, Iași: Polirom.
Williams, Fiona, 2014, „Decisions along the dissertation journey: reflections of a coach-researcher", *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*, special issue no. 8, June 2014, p. 67.

5. Proiectarea cercetării sociale. Designul cercetării calitative

A.I. Bodnariu

5.1. Introducere

Cercetarea socială reprezintă o investigație sistematică a fenomenelor și a problemelor cu care se confruntă indivizii și comunitățile, având ca scop descoperirea de noi cunoștințe, clarificarea aspectelor incerte și corectarea ideilor eronate despre viața socială. Ea se bazează pe metode științifice și pe observații empirice, ceea ce o diferențiază de opiniile și interpretările cotidiene. Cercetarea socială are o natură dinamică: ea nu doar validează teorii existente, ci permite și reînvățarea sau chiar „dezvățarea" unor concepții eronate, adaptând cunoașterea la schimbările și provocările societății contemporane.

Scopurile cercetării sociale includ explorarea, descrierea, explicarea și predicția fenomenelor sociale, ceea ce o face esențială pentru înțelegerea realităților complexe. În asistența socială, cercetarea oferă un sprijin fundamental, deoarece fundamentează intervențiile și politicile sociale, ajută profesioniștii să

depășească dovezile anecdotice și să construiască practici bazate pe dovezi. Printr-o astfel de abordare riguroasă, asistenții sociali pot înțelege mai bine experiențele beneficiarilor, pot identifica dinamici comunitare relevante și pot contribui la transformări sociale sustenabile și sensibile la context.

În asistența socială, la fel ca în ansamblul științelor sociale, se utilizează trei mari paradigme de cercetare: *calitativă*, *cantitativă* și *mixtă*.

• **Cercetarea cantitativă** se concentrează pe măsurarea și analiza fenomenelor prin cifre, statistici și relații numerice. Ea răspunde la întrebări de tipul „cât de des?", „cât de mult?", „care este corelația?".

Exemplu: un sondaj cu chestionare standardizate aplicate la 500 de persoane pentru a evalua nivelul de satisfacție față de serviciile sociale.

• **Cercetarea calitativă** pune accent pe înțelegerea în profunzime a experiențelor, perspectivelor și semnificațiilor atribuite de indivizi sau grupuri. Ea răspunde la întrebări de tipul „cum?", „de ce?", „ce înseamnă pentru participanți?".

Exemplu: interviuri cu persoane fără adăpost pentru a explora modul în care își percep viața de zi cu zi.

• **Cercetarea mixtă** combină cele două abordări pentru a valorifica atât rigoarea numerică, cât și profunzimea înțelegerii. Permite verificarea și completarea datelor prin triangulare, reducând riscul de interpretări parțiale. Răspunde atât la întrebări de tip „Cum?" și „De ce?" (calitativ), cât și la „Cât?" și „Câte?" (cantitativ). Avantaj pentru asistența socială: reflectă realitatea complexă a problemelor sociale, unde numerele singure nu explică poveștile, iar poveștile singure nu arată amploarea fenomenului. Este extrem de utilă pentru evaluarea programelor și elaborarea politicilor sociale, unde se cere atât dovadă numerică, cât și înțelegere contextuală.

Exemple:

– aplicarea unui chestionar cantitativ pentru a măsura frecvența discriminării și realizarea de focus grupuri pentru a înțelege experiențele trăite ale persoanelor afectate;

– o cercetare despre impactul programelor de sprijin pentru familiile monoparentale poate colecta date calitative (interviuri cu părinții despre experiențele lor și obstacolele întâlnite) și date cantitative (sondaj statistic privind numărul beneficiarilor, rata de ocupare în muncă, frecvența utilizării serviciilor). Împreună, aceste date oferă o imagine mai completă și integrată.

În cercetarea socială, fiecare tip de design – calitativ, cantitativ sau mixt – oferă un unghi diferit de înțelegere a realității. Punerea lor în contrast ajută studenții și practicienii să înțeleagă ce întrebări poate răspunde fiecare abordare, ce tip de date utilizează și cum contribuie la cunoaștere și intervenție. În acest scop, tabelul de mai jos sintetizează diferențele și complementaritățile celor trei abordări, cu relevanță directă pentru domeniul asistenței sociale.

Tabelul 1.3. Diferențe între cercetarea calitativă, cantitativă și mixtă

Aspect	Cercetare calitativă	Cercetare cantitativă	Cercetare mixtă
Obiectivul principal	Înțelegerea experiențelor și semnificațiilor	Măsurarea variabilelor și testarea ipotezelor	Integrarea celor două pentru o imagine completă
Întrebări	„Cum?" „De ce?" „Ce înseamnă pentru participanți?"	„Cât de mult?" „Care este frecvența?" „Există o corelație?"	„Cât de mult?" „Cum și de ce?"

Abordare și strategie	Inductivă, exploratorie, orientată spre proces	Deductivă, explicativă, orientată spre rezultate	Combină inductivul și deductivul; design secvențial sau convergent
Tipul datelor	Nonnumerice (texte, interviuri, observații, media)	Numerice (chestionare, scale, experimente)	Atât date narative, cât și date numerice
Dimensiunea eșantionului	Mic, intenționat, pentru profunzime	Mare, aleatoriu/sistematic, pentru generalizare	Mix: eșantioane mici pentru profunzime + mari pentru validare
Contextul cercetării	Medii naturale, accent pe context	Medii controlate, variabile izolate	Poate include ambele: natural și controlat
Eșantion	Mic, intenționat (se caută diversitate, nu reprezentativitate statistică)	Mare, reprezentativ	Atât eșantion mare, cât și mic, în funcție de faza cercetării
Colectarea datelor	Flexibilă, narativă, adaptată pe parcurs	Standardizată, fixată dinainte	Integrează chestionare, interviuri, observații, focus-grupuri

Analiza datelor	Interpretativă, tematică, narativă	Statistică, matematică	Analize separate (narative și statistice), apoi integrate
Rezultate	Profunde, contextuale, descriptive	Generale, comparabile, replicabile	Atât generalizabile, cât și contextuale
Generalizare	Limitată, contextuală, exploratorie	Statistice, cu valoare predictivă	Combinație: contextuală + statistică
Ipoteze și rolul literaturii	Ipoteze emergente, literatură orientativă	Ipoteze stabilite înainte, literatură determinantă	Ipoteze flexibile; literatura orientează ambele abordări
Tipul de întrebări	„Cum?" „De ce?" „Ce?"	„Cât?" „Câte?" „Unde?" „Când?"	Răspunde atât la întrebări exploratorii, cât și la cele măsurabile
Relația cercetător-participant	Reflexivitate, interacțiune, rol activ	Neutru, detașat, obiectivist	Cercetătorul integrează roluri: observator + evaluator

Relevanță pentru asistența socială	Pune accent pe vocea beneficiarilor și contextul lor	Arată amploarea fenomenelor și impactul numeric	Oferă o perspectivă dublă: experiențe+ statistici, utilă pentru politici și practică
Exemplu în asistență socială	Interviuri cu 15 beneficiari pentru a explora dificultățile personale.	Chestionar la 300 de beneficiari pentru a evalua satisfacția.	Sondaj+ focus-grupuri pentru a evalua și înțelege impactul unui program social

Deși cercetările calitativă, cantitativă și mixtă diferă prin obiective, metode și tipuri de date, ele nu trebuie privite ca abordări concurente, ci mai degrabă ca strategii complementare. În practica asistenței sociale, problemele sunt complexe și multidimensionale: este nevoie atât de date statistice pentru a înțelege amploarea fenomenelor, cât și de povești și experiențe individuale pentru a surprinde profunzimea și semnificația lor. Cercetarea mixtă oferă un cadru de integrare a acestor perspective, permițând dezvoltarea unor intervenții și politici sociale mai bine fundamentate, mai relevante și mai eficiente.

Deși fiecare paradigmă de cercetare are propriile avantaje, **cercetarea calitativă** se remarcă prin capacitatea de a surprinde vocea beneficiarilor și de a evidenția complexitatea contextelor sociale. Ea permite explorarea în profunzime a experiențelor umane, a semnificațiilor atribuite acestora și a situațiilor de viață diverse în care apar provocările indivizilor și comunităților. Spre deosebire de abordările cantitative, cercetarea calitativă oferă o perspectivă nuanțată și dă vizibilitate experiențelor adesea marginalizate sau insuficient înțelese, contribuind astfel la o

înțelegere mai completă a realităților sociale. În asistența socială, cercetarea calitativă are o valoare aparte, deoarece permite surprinderea experiențelor beneficiarilor și a dinamicilor comunitare, aspecte dificil de cuantificat prin metode statistice.

În secțiunile următoare vom explora principalele **caracteristici**, **modele de proiectare** și **metode** utilizate în cercetarea calitativă din asistența socială.

5.2. Fundamentele cercetării calitative

Cercetarea calitativă reprezintă o abordare metodologică distinctă în cadrul științelor sociale, diferențiindu-se de cercetarea cantitativă prin accentul pus pe înțelegerea aprofundată, explorarea semnificațiilor și experiențelor subiective ale indivizilor și grupurilor. În timp ce cercetarea cantitativă se concentrează pe măsurarea și analiza numerică a variabilelor, cercetarea calitativă își propune să exploreze complexitatea fenomenelor sociale prin intermediul datelor nonnumerice, cum ar fi interviuri, observații și analiza de conținut. Această abordare permite cercetătorilor să pătrundă în profunzimea experiențelor umane și să înțeleagă modul în care indivizii construiesc sens și interpretează lumea din jurul lor.

Cercetarea calitativă se caracterizează prin mai multe trăsături-cheie. În primul rând, are o **natură exploratorie**, fiind adesea utilizată pentru a descoperi idei și modele noi, pornind de la o abordare deschisă și flexibilă. În al doilea rând, pune un accent deosebit pe **înțelegerea contextului** social, cultural și istoric în care se manifestă fenomenele studiate, recunoscând influența acestor factori asupra experiențelor individuale. **Subiectivitatea și reflexivitatea** reprezintă, de asemenea, caracteristici importante, cercetătorii calitativi recunoscând influența propriilor perspective și asumându-și un proces de autoexaminare critică a rolului lor în modelarea procesului de cercetare și a rezultatelor obținute. Spre deosebire de cercetarea cantitativă, care vizează eșantioane mari și reprezentative, cercetarea calitativă implică

adesea un **eșantionare restrânsă și țintită**, selectând participanți care pot oferi informații bogate și variate relevante pentru întrebarea de cercetare. Scopul este de a selecta participanți care pot oferi informații bogate și relevante pentru întrebarea de cercetare, mai degrabă decât de a obține un eșantion reprezentativ statistic. Procesul de cercetare calitativă este **iterativ**, implicând o revizuire continuă a presupunerilor, ipotezelor sau teoriilor generale pe măsură ce procesul de cercetare avansează. Un alt aspect fundamental este **accentul pus pe semnificație și interpretare**, cercetarea calitativă având ca scop înțelegerea modului în care participanții dau sens experiențelor lor. În cele din urmă, cercetarea calitativă pornește de la premisa că **realitatea este construită social**, adică lumea socială este interpretată și i se atribuie sens de către indivizi în cadrul contextelor sociale.

Din punct de vedere filosofic, cercetarea calitativă este adesea asociată cu perspective precum **interpretativismul** și **constructivismul**. Interpretativismul susține că realitatea socială este în esență subiectivă și că înțelegerea necesită interpretarea semnificațiilor pe care oamenii le atribuie acțiunilor și evenimentelor. Constructivismul merge mai departe, argumentând că realitatea nu este o entitate fixă și obiectivă, ci este construită activ de indivizi prin interacțiunile lor sociale. Aceste perspective filosofice influențează modul în care cercetătorii calitativi abordează întrebările de cercetare, colectează date și analizează rezultatele.

Cercetarea calitativă aduce contribuții unice și valoroase în domeniul asistenței sociale. Prin natura sa exploratorie și capacitatea de a pătrunde în profunzimea experiențelor individuale, este deosebit de potrivită pentru investigarea **subiectelor sensibile** și pentru înțelegerea **perspectivelor populațiilor vulnerabile**. Cercetarea calitativă poate informa dezvoltarea de **intervenții adecvate din punct de vedere cultural**, adaptate la nevoile și valorile specifice ale diferitelor grupuri.

De asemenea, poate contribui la **împuternicirea** (*empowerment*) participanților, oferindu-le o platformă pentru a-și împărtăși

poveștile și perspectivele, și **poate genera cunoștințe acționabile** pentru îmbunătățirea practicilor și politicilor sociale. O mică paranteză: sintagma „cunoștințe acționabile" (*actionable knowledge*) este folosit pe scară largă în științele sociale, în cercetare aplicată și în politicile publice. El se potrivește foarte bine și în asistența socială, unde accentul este pe legătura dintre cunoaștere și practică. Aici se referă la informațiile rezultate din cercetarea calitativă care nu rămân doar la nivel teoretic sau descriptiv, ci pot fi aplicate direct pentru a orienta decizii, politici sau intervenții practice. Cu alte cuvinte: nu e vorba doar de a „ști" ceva, ci de a „ști ce să faci cu acea informație" pentru a produce o schimbare. Iată două exemple: dacă un studiu calitativ arată că beneficiarii unui program social se simt stigmatizați de modul în care li se acordă ajutorul, această cunoaștere devine acționabilă prin schimbarea procedurilor de livrare a serviciilor, pentru a reduce stigmatizarea; sau dacă interviurile cu persoane vârstnice dezvăluie dificultăți de acces la transport, informația nu rămâne doar o constatare, ci se poate traduce în politici locale de mobilitate mai incluzive.

Studiile calitative pot oferi informații despre natura și caracteristicile unor fenomene complexe, ajutându-ne să înțelegem importanța și relevanța intervențiilor în viața beneficiarilor.

5.3. Procesul de proiectare a cercetării calitative

Proiectarea unei cercetări calitative implică o serie de pași interconectați și adesea iterativi, care ghidează cercetătorul de la formularea întrebării inițiale până la comunicarea rezultatelor. Acest proces necesită o planificare atentă și o flexibilitate adaptivă, deoarece cercetătorii calitativi trebuie să fie deschiși la descoperiri neașteptate și să își ajusteze abordarea pe măsură ce înțelegerea lor despre fenomenul studiat se adâncește.

Primul pas crucial în proiectarea unei cercetări calitative este **identificarea întrebării de cercetare**. Aceasta trebuie să fie

clară, concisă și relevantă pentru domeniul asistenței sociale, definind ceea ce studiul își propune să exploreze sau să înțeleagă. Întrebarea de cercetare ar trebui să includă informații care aduc precizări despre participanți și locul cercetării. Este important de menționat că, în studiile calitative, întrebarea de cercetare poate evolua și poate fi rafinată pe măsură ce cercetătorul colectează și analizează datele.

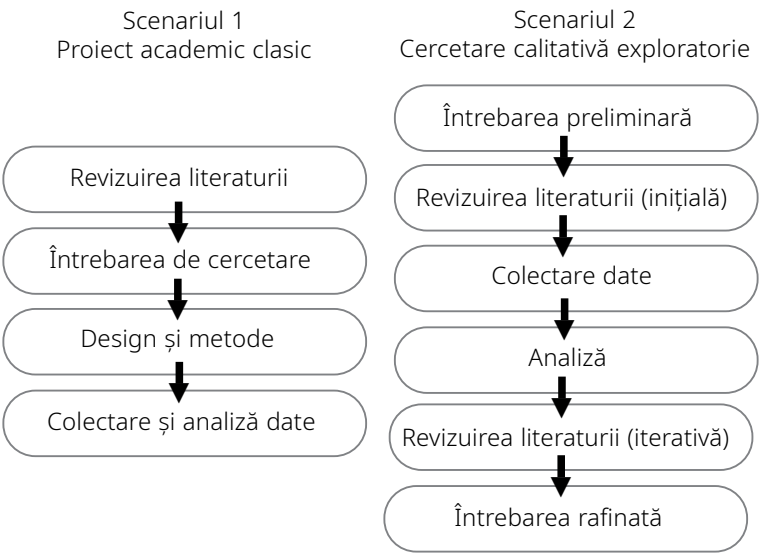
Următorul pas este **revizuirea literaturii**. Aceasta nu este doar un rezumat al lucrărilor științifice existente, ci un proces activ de implicare și organizare a literaturii de specialitate. Obiectivele includ identificarea lacunelor în cunoștințe, înțelegerea cadrelor teoretice existente și poziționarea propriei cercetări în peisajul academic mai larg.

În proiectele academice clasice, revizuirea literaturii se realizează *înainte* de formularea finală a întrebării de cercetare, pentru a identifica ce s-a studiat deja, unde există lacune și cum poate fi justificată tema. Totuși, în cercetarea calitativă, întrebarea are adesea un caracter exploratoriu și poate fi ajustată pe parcurs, motiv pentru care literatura este consultată atât în momentul *inițial* cercetării pentru a justifica tema și a încadra studiul (înainte de întrebarea de cercetare), cât și *ulterior*, în mod *continuu/iterativ*, pe măsură ce analiza aduce noi perspective; atunci se revine la literatura științifică pentru a rafina interpretarea. Într-un proiect de licență sau disertație, revizuirea literaturii apare *inițial* și ajută la formularea întrebării.

Rolul revizuirii literaturii în cercetarea calitativă:

- fundamentează întrebarea de cercetare, arătând ce știm deja și unde sunt lacunele;
- ajută la alegerea cadrului teoretic și a designului de cercetare (ex. fenomenologic, etnografic etc.);
- oferă repere metodologice (cum au colectat și analizat date alți autori pe teme similare);
- evită duplicarea inutilă și arată relevanța studiului.

Pot apărea astfel două scenarii în revizuirea literaturii:



În următoarea etapă este necesară **selectarea designului cercetării**. Există diverse modele de cercetare calitativă relevante pentru asistența socială, fiecare având propriile caracteristici și obiective. Câteva exemple comune includ *fenomenologia*, *etnografia*, *teoria întemeiată pe date* (în literatura de specialitate se mai întâlnește și sintagma *teorie fundamentată*, care traduce expresia consacrată din limba engleză a *grounded theory*), *studiul de caz* și *cercetarea narativă*.

Fenomenologia se concentrează pe înțelegerea esenței și semnificației experiențelor umane legate de un anumit fenomen. *Etnografia* implică imersiunea cercetătorului într-un anumit grup cultural sau social pentru a observa și înțelege practicile, obiceiurile, credințele și valorile acestuia. *Teoria întemeiată pe date* are ca scop generarea de teorii sau cadre conceptuale pe baza analizei datelor colectate. *Studiul de caz* implică examinarea aprofundată a unei persoane, a unui grup, a unei comunități sau a unei instituții specifice. *Cercetarea narativă* se concentrează pe

analiza poveștilor și a relatărilor personale ale indivizilor pentru a înțelege experiențele și procesele lor de creare a sensului. Un alt design relevant este *cercetarea-acțiune participativă* (prescurtat CAP sau, în limba engleză, *Participatory Action Research*, PAR) este o abordare colaborativă care implică cercetători care presupune colaborarea directă cu comunitățile, implicarea beneficiarilor ca parteneri pentru a identifica și aborda problemele sociale, pentru a promova schimbarea socială și împuternicirea. În subcapitolul următor vom prezenta mai extins aceste modele sau designuri de cercetare. Până atunci, pentru a oferi o imagine mai clară a acestor abordări, următorul tabel prezintă o sinteză a modelelor comune de cercetare calitativă.

Tabelul 1.4. Modele comune de cercetare calitativă în asistența socială

Abordare sau modele de cercetare calitativă	Descriere	Exemplu în asistența socială
Fenomenologia	Înțelegerea experiențelor trăite ale clienților care se confruntă cu probleme specifice	Explorarea experiențelor subiective ale persoanelor care trăiesc cu dependența de substanțe
Etnografia	Studierea culturii unei anumite comunități deservite de asistenții sociali	Înțelegerea practicilor culturale ale unei comunități de refugiați și a impactului acestora asupra integrării

Teoria întemeiată pe date (*grounded theory*)	Dezvoltarea unei teorii despre modul în care indivizii fac față unei anumite probleme sociale	Generarea unei teorii despre procesul de recuperare a persoanelor care au suferit traume
Studiul de caz	Investigarea aprofundată a unei organizații care oferă servicii sociale sau a unui caz specific al unui client	Analiza detaliată a implementării unui nou program de asistență socială într-o anumită comunitate
Cercetarea narativă	Analiza poveștilor indivizilor care au experimentat o anumită problemă socială	Înțelegerea impactului violenței domestice prin analiza narațiunilor supraviețuitorilor
Cercetare-acțiune	Colaborarea cu comunități pentru a identifica probleme și a implementa schimbări: – cercetătorii colaborează direct cu participanții; – participanții nu sunt doar „subiecți", ci co-creatori ai cunoașterii; – accentul este pe schimbare socială și împuternicire (*empowerment*), nu doar pe descriere sau teorie.	Lucrul cu un grup de rezidenți pentru a îmbunătăți accesul la servicii de sănătate locale

După ce s-a stabilit abordarea de cercetare, următorul pas este **elaborarea unui plan de cercetare**. Acesta trebuie să descrie *etapele*, *procedurile* și *calendarul studiului*, inclusiv *identificarea*

populației țintă, *metodele de colectare a datelor* și *tehnicile de analiză a datelor*.

Selecția participanților sau eșantionarea este un alt aspect crucial al procesului de proiectare. În cercetarea calitativă în asistența socială, se utilizează adesea strategii de eșantionare intenționată, cum ar fi eșantionarea cu variație maximă (selectarea participanților cu caracteristici cât mai diverse), eșantionarea „bulgăre de zăpadă" (unde participanții inițiali ajută la identificarea altora) și eșantionarea de conveniență (selectarea participanților ușor accesibili). Scopul este de a selecta participanți care pot oferi informații bogate și relevante pentru întrebarea de cercetare, mai degrabă decât de a obține un eșantion reprezentativ statistic. Dimensiunea eșantionului în cercetarea calitativă este adesea determinată de principiul saturației datelor, adică până când includerea de noi subiecți nu mai aduce informații noi.

Urmează etapa de **colectare a datelor** prin aplicarea metodelor de cercetare, respectând designul de cercetare.

După colectare, datele trebuie *analizate***. Analiza datelor calitative** este un proces complex și iterativ care implică organizarea, interpretarea și sintetizarea datelor colectate pentru a identifica modele, teme și semnificații relevante pentru întrebarea de cercetare. Acest proces necesită competența, viziunea și integritatea cercetătorului, deoarece analiza de înaltă calitate depinde de capacitatea acestuia de a pătrunde în profunzimea datelor și de a construi interpretări semnificative.

Primul pas în analiza datelor calitative este adesea *transcrierea înregistrărilor* audio sau video ale interviurilor sau focus grupurilor. Aceasta creează o formă textuală a datelor care poate fi analizată în detaliu. După transcriere, datele trebuie *organizate* într-un mod sistematic, cum ar fi crearea de fișiere text, tabele sau utilizarea de software specializat pentru analiza calitativă.

Urmează procesul de *codificare*, care implică identificarea și etichetarea segmentelor de date (text) cu coduri care reprezintă idei, concepte sau teme specifice. Se trece apoi la *categorizare*,

proces prin care codurile identificate sunt grupate în categorii sau tipuri pe baza unor caracteristici comune identificate în timpul analizei. Există diferite tipuri de codificare, inclusiv *codificarea deschisă* (identificarea codurilor inițiale direct din date), *codificarea axială* (gruparea codurilor în categorii mai largi și identificarea relațiilor dintre ele) și *codificarea selectivă* (selectarea codurilor centrale și integrarea lor într-o teorie sau un cadru conceptual). Pe măsură ce codurile sunt aplicate datelor, cercetătorii încep să *identifice și să organizeze concepte și idei* care emerg din date. Prin examinarea codurilor și a conceptelor, cercetătorii pot apoi să *dezvolte teme* generale care reprezintă modele sau semnificații recurente în date. Aceste teme oferă o înțelegere mai profundă a fenomenului studiat și pot răspunde la întrebarea de cercetare.

După identificarea temelor, urmează etapa de **interpretare a datelor**, unde cercetătorii dau sens temelor și modelelor identificate în contextul întrebării lor de cercetare și al literaturii existente.

Pe baza interpretării, cercetătorul **trage concluzii și generează perspective** cu privire la implicațiile rezultatelor pentru teorie, practică sau cercetări viitoare. În cele din urmă, rezultatele cercetării trebuie **comunicate** într-un raport sau prezentare clară și organizată.

Pentru a asigura **validarea și confirmarea concluziilor**, cercetătorii utilizează diverse strategii, cum ar fi **verificarea cu participanții** (împărtășirea rezultatelor preliminare cu participanții pentru a obține feedback și a verifica acuratețea interpretărilor) și **debriefingul cu colegii** (discutarea analizei cu alți cercetători pentru a obține perspective diferite și a identifica potențiale prejudecăți).

Există diferite abordări ale analizei datelor calitative, fiecare cu propriile sale principii și tehnici. **Analiza tematică** (exemplificată mai sus) este o metodă comună care se concentrează pe identificarea, analizarea și raportarea temelor din cadrul datelor. **Analiza narativă** se concentrează pe înțelegerea poveștilor și a

relatărilor personale ale indivizilor. **Analiza de conținut** implică examinarea și cuantificarea prezenței anumitor cuvinte, subiecte sau concepte în datele textuale sau vizuale documente sociale (rapoarte, dosare de caz), pentru a identifica tipare și teme recurente. **Analiza specifică teoriei întemeiată pe date** are ca scop dezvoltarea de teorii pe baza datelor colectate. Alegerea abordării analitice depinde de întrebarea de cercetare, designul studiului și natura datelor colectate.

Este esențial de reținut că analiza datelor calitative nu este un proces strict linear, ci mai degrabă **iterativ și reflexiv**. Cercetătorii pot reveni la etapele anterioare și le pot rafina pe măsură ce înțelegerea lor despre subiectul studiat evoluează în timpul procesului de cercetare.

Competența, viziunea și integritatea cercetătorului sunt esențiale pentru o analiză de înaltă calitate. Este recomandat ca un începător să lucreze într-o echipă, împreună sau sub supervizarea unui cercetător mai experimentat.

5.4. Formularea întrebărilor eficiente de cercetare în asistența socială calitativă

5.4.1. *Rolul întrebării de cercetare*

– rezumă scopul general al proiectului;
– identifică informațiile căutate;
– în mod obișnuit, există o întrebare centrală, iar în proiectele complexe pot exista întrebări secundare derivate.

5.4.2. *Caracteristicile unei întrebări calitative eficiente*

- **este deschisă**: întrebarea trebuie să permită răspunsuri elaborate, nu simple „da" sau „nu". De exemplu, „Cum percep părinții sprijinul acordat de asistenții sociali?" deschide o discuție

bogată, spre deosebire de „Sunt părinții mulțumiți de sprijinul primit?";

- **explorează experiențe, semnificații, înțelegeri și povești**: accentul se pune pe modul în care participanții își trăiesc și interpretează realitatea, nu pe măsurarea obiectivă a unor variabile;
- **se concentrează pe „cum", „de ce" sau „ce"**: întrebările formulate astfel favorizează explorarea proceselor, a motivațiilor și a contextelor. Ele caută să explice și să descrie, nu să cuantifice;
- **este specifică, dar suficient de largă pentru explorare aprofundată**: întrebarea trebuie să delimiteze clar fenomenul studiat, dar să nu fie atât de restrânsă încât să limiteze perspectivele participanților;
- **este realizabilă**: trebuie să fie compatibilă cu resursele disponibile (timp, acces la participanți, competențe ale cercetătorului). O întrebare prea ambițioasă poate deveni imposibil de cercetat;
- **evită ambiguitățile și formulările generale**: termenii trebuie să fie clari și înțeleși atât de cercetător, cât și de participanți, pentru a nu genera confuzii sau răspunsuri irelevante;
- **clarifică fenomenul de investigat și relevanța lui pentru practica socială**: întrebarea trebuie să reflecte o nevoie reală din domeniul asistenței sociale și să arate de ce este importantă cercetarea acestui fenomen.

5.4.3. *Tipuri de întrebări calitative în asistența socială*

- **explicative**: urmăresc să înțeleagă cauzele și procesele (ex.: „De ce unii tineri în plasament dezvoltă strategii de coping diferite?");
- **descriptive**: analizează caracteristicile fenomenelor (ex.: „Cum descriu persoanele fără adăpost relația lor cu serviciile sociale?");

- **interpretative**: se concentrează pe semnificații și importanța experiențelor (ex.: „Ce înseamnă pentru părinți să primească sprijin din partea unui asistent social în situații de criză?”);
- **în cercetarea-acțiune**: orientate spre „cum” sau „ce”, având rol practic și transformativ (ex.: „Cum pot fi îmbunătățite strategiile de sprijin pentru comunitățile rome prin implicarea directă a acestora în procesul decizional?”).

5.4.4. *Erori de evitat în formularea întrebărilor*

- întrebări **retorice** sau cu tentă ironică;
- întrebări **prea generale** (ex.: „Cum trăiesc oamenii în sărăcie?” – prea vag);
- întrebări **multiple într-una singură**;
- întrebări care se pot rezolva printr-o **căutare rapidă** (ex.: „Câte centre sociale sunt în România?”).

5.4.5. *Importanța formulării corecte*

O întrebare bine formulată:

- asigură direcția cercetării;
- determină **calitatea datelor obținute**;
- permite obținerea unor rezultate **relevante pentru practica socială**;
- contribuie la dezvoltarea unor **proiecte exploratorii și descriptive solide**.

Prin examinarea unor exemple de întrebări de cercetare calitativă puternice și slabe, veți putea învăța să faceți distincția între investigațiile susceptibile de a produce date bogate și aprofundate și cele care sunt prea generale, simpliste sau concentrate pe măsurarea cantitativă.

Tabelul 1.5. Tipuri de întrebări

Temă	Întrebare puternică	Întrebare slabă
Persoane fără adăpost	Cum descriu persoanele care au experimentat lipsa de adăpost interacțiunile lor cu furnizorii de servicii sociale? (*se concentrează pe experiența trăită și pe crearea de sens*)	Care sunt problemele legate de lipsa de adăpost? (*prea general, lipsește focusul pe perspectivele individuale*)
Părinți ai copiilor cu autism	Care sunt strategiile de coping utilizate de părinții copiilor cu tulburări din spectrul autist atunci când accesează servicii de sănătate mintală? (*populație specifică, se concentrează pe un proces*)	Ar trebui ca părinții copiilor cu autism să primească mai mult sprijin? (*răspuns da/nu, nu este exploratoriu*)
Asistenți sociali – satisfacție profesională	Cum percep asistenții sociali din serviciile de protecție a copilului impactul culturii organizaționale asupra satisfacției lor profesionale? (*percepții într-un context specific*)	Sunt asistenții sociali satisfăcuți de locurile lor de muncă? (*prea general, lipsește profunzimea*)

Refugiați și integrare socială	Care sunt experiențele refugiaților care navighează prin sistemul de protecție socială într-o țară nouă? (*experiențe trăite într-un context specific*)	Au nevoie refugiații de mai mult ajutor din partea serviciilor sociale? (*presupunere, nu este exploratoriu*)
Îngrijirea la sfârșitul vieții	Cum iau adulții în vârstă din centrele de îngrijire pe termen lung decizii cu privire la îngrijirea lor la sfârșitul vieții? (*proces și populație specifică*)	Care este cea mai bună modalitate de a oferi îngrijire la sfârșitul vieții adulților în vârstă? (*căutare prescriptivă, nu exploratorie*)
Copii cu părinți plecați la muncă	Cum descriu copiii experiența de a trăi fără părinți și ce strategii dezvoltă pentru a face față absenței acestora? (*explorare a trăirilor și a strategiilor de adaptare*)	Câți copii au părinții plecați la muncă în străinătate? (*întrebare cantitativă, nu calitativă*)
Violență domestică	Cum povestesc supraviețuitoarele violenței domestice procesul prin care au căutat ajutor și sprijin? (*explorare a experienței subiective și a procesului*)	De ce nu pleacă femeile abuzate de lângă agresor? (*formulare cu prejudecată, nu exploratorie*)

Persoane cu dizabilități	Cum trăiesc persoanele cu dizabilități experiența interacțiunii cu serviciile publice și ce bariere percep? (*se concentrează pe experiența trăită și barierele percepute*)	Există suficiente servicii pentru persoane cu dizabilități? (*întrebare de tip da/nu, orientată cantitativ*)

5.5. Navigarea în peisajul designurilor cercetării calitative

5.5.1. *Fenomenologia. Înțelegerea experiențelor trăite ale indivizilor*

Definiție

Fenomenologia este studiul **semnificației fenomenelor** și al **experiențelor trăite**, investigate din perspectiva individului. Ea urmărește să înțeleagă **cum** și **de ce** oamenii se comportă într-un anumit fel, din propriul lor punct de vedere, și să descrie **esența universală a unui fenomen** prin explorarea experiențelor cotidiene, suspendând presupunerile preconcepute.

Caracteristici-cheie

– accent pe experiența relatată din perspectiva persoanei întâi;
– abordare descriptivă, orientată spre „experiențele trăite”;
– căutarea esențelor care definesc fenomenul;
– încercarea de a înțelege lumea așa cum este percepută și trăită de indivizi;
– colectarea și analiza datelor au loc simultan.

Scop

Scopul fenomenologiei este de a **descoperi semnificația experiențelor trăite**, adesea trecute cu vederea. Cercetătorii pun între paranteze propriile credințe și sentimente pentru a pătrunde în punctul de vedere al participanților.

Metode comune de colectare a datelor

– interviuri aprofundate (semistructurate sau nestructurate);
– observația;
– conversațiile naturale;
– analiza textelor personale (jurnale, scrisori etc.).

Exemple de aplicare în asistența socială

– înțelegerea experiențelor utilizatorilor de servicii care navighează prin sistemul de protecție socială;
– explorarea experiențelor asistenților sociali care se confruntă cu epuizarea profesională;
– investigarea experiențelor familiilor afectate de sărăcie, dizabilitate sau boală mintală.

Exemple de cercetări

– explorarea experiențelor mamelor care au un adolescent diagnosticat cu cancer;
– analiza experiențelor angajaților din sectorul serviciilor financiare în legătură cu bunăstarea la locul de muncă.

Relevanță pentru asistența socială

Fenomenologia oferă cercetătorilor o **perspectivă puternică pentru înțelegerea realităților subiective** ale indivizilor afectați de probleme sociale. Concentrându-se pe esența experiențelor trăite, acest design poate furniza perspective profunde asupra sentimentelor, percepțiilor și semnificațiilor care modelează reacțiile oamenilor la circumstanțele lor.

În asistența socială, preocupată fundamental de **bunăstarea și experiențele individuale**, fenomenologia se aliniază perfect:

permite înțelegerea mai profundă a perspectivelor clienților, ale practicienilor sau ale altor actori implicați și susține o practică centrată pe persoană, mai empatică și mai eficientă.

5.5.2. *Etnografia. Studiul culturilor și al contextelor sociale*

Definiție

Etnografia își are originea în antropologia socială și culturală și presupune **imersiunea directă a cercetătorului în mediul participanților** pentru a oferi o relatare detaliată a fenomenelor sociale. Ea studiază oamenii și culturile în mediul lor natural, urmărind să înțeleagă semnificațiile și comportamentele asociate apartenenței la grup. Accentul cade pe **cultura trăită** a grupurilor: credințe, obiceiuri, comportamente, cunoștințe și deprinderi.

Caracteristici-cheie

– observare și implicare imersivă, pe perioade extinse;
– observația participativă este metoda fundamentală;
– necesită triangulare, utilizând metode multiple (observație, interviuri, focus-grupuri etc.);
– vizează o înțelegere holistică a culturii;
– cercetătorii trăiesc adesea alături de participanți și devin parte a culturii lor, explorând ritualuri, practici și obiceiuri.

Metode comune de colectare a datelor

– observația participativă;
– interviuri aprofundate cu informatori-cheie;
– focus-grupuri;
– analiza documentelor și a artefactelor culturale;
– note de teren, fotografii, materiale vizuale.

Exemple de aplicare în asistența socială

– studiul culturii unei agenții de servicii sociale;

– înțelegerea factorilor culturali care influențează comportamentele de sănătate într-o comunitate;
– examinarea subculturilor din cadrul populațiilor marginalizate (ex.: tineri fără adăpost, comunități de imigranți);
– analiza culturii organizaționale dintr-o echipă de protecție a copilului;
– explorarea muncii de îngrijire în centrele rezidențiale pentru vârstnici.

Relevanță pentru asistența socială

Etnografia oferă cercetătorilor instrumente pentru a înțelege **contextele culturale** care modelează viețile și comportamentele indivizilor și comunităților deservite. Prin imersiune, pot fi obținute perspective **emice** (din interior), care dezvăluie nuanțele normelor, valorilor și practicilor culturale cu impact direct asupra problemelor sociale.

Pentru asistența socială, etnografia aduce o valoare importantă:
– evidențiază modul în care factorii culturali influențează situațiile sociale;
– sprijină dezvoltarea de intervenții **sensibile cultural**;

5.5.3. *Teoria fundamentată (Grounded Theory). Dezvoltarea teoriilor din date*

Definiție

Teoria fundamentată este o abordare inductivă ce urmărește **generarea unui model teoretic** pornind din date, prin observarea unei populații și analiza comparativă a discursului și comportamentului participanților. Spre deosebire de cercetările care testează teorii preexistente, teoria fundamentată **permite ca teoria să „emerge" din datele colectate**.

Caracteristici-cheie

– **colectarea și analiza datelor au loc simultan**, una informând-o pe cealaltă;

– datele sunt organizate progresiv în **concepte, categorii și teme**;
– utilizează **eșantionarea teoretică** – participanții sunt recrutați pe măsură ce apar noi direcții, până la saturarea categoriilor;
– aplică **compararea constantă** între date pentru a identifica concepte relevante;
– scopul final este **construirea unei teorii noi**, bine fundamentate în date.

Scop

Dezvoltarea unei teorii explicative despre modul în care oamenii abordează probleme sociale complexe, identificând procese, strategii și semnificații.

Metode comune de colectare a datelor

– interviuri individuale și focus-grupuri (metode principale);
– observația (participativă sau nonparticipativă);
– analiza documentelor relevante.

Exemple de aplicare în asistența socială

– înțelegerea proceselor prin care pacienții își dezvoltă strategii de adaptare la probleme cronice de sănătate;
– construirea unei teorii despre reziliența clienților sau despre procesul de recuperare după traumă;
– analiza experiențelor asistenților sociali privind modul în care este ascultată vocea copilului în protecția copilului;
– explorarea experienței primei vizite la o clinică de oncologie.

Relevanță pentru asistența socială

Teoria fundamentată oferă o abordare **sistematică și inductivă**, care permite dezvoltarea de teorii direct ancorate în experiențele și perspectivele participanților. Este valoroasă în domeniul asistenței sociale deoarece:

– clarifică procese sociale complexe, greu de explicat prin teorii existente;
– generează cadre teoretice relevante pentru contexte specifice;

– sprijină dezvoltarea unor **intervenții bazate pe practică** și pe realitățile trăite ale clienților.

5.5.4. *Studiul de caz. Analiza cuprinzătoare a unor indivizi, grupuri sau programe specifice*

Definiție

Studiul de caz presupune o **examinare aprofundată a unei „unități"** (individ, familie, grup, organizație, instituție, program sau document) în contextul său real. Scopul este de a analiza fiecare aspect al subiectului în detaliu pentru a formula concluzii și eventuale generalizări.

Caracteristici-cheie

– se concentrează pe un singur caz sau pe un număr limitat de cazuri;
– oferă o înțelegere holistică și contextuală, integrând mediul în analiză;
– utilizează **surse multiple de date** pentru triangulare (interviuri, observații, documente etc.);
– poate fi **exploratoriu, descriptiv sau explicativ**;
– permite investigarea problemelor complexe și detaliate;
– poate studia cazuri unice sau reprezentative;
– este adesea **longitudinal**, desfășurat pe perioade mai lungi.

Metode comune de colectare a datelor

– interviuri;
– observații (directe și participative);
– analiza documentelor și arhivelor;
– sondaje;
– artefacte fizice.

Exemple de aplicare în asistența socială

– analiza unei intervenții de succes cu un client specific;
– studiul dificultăților întâmpinate de o organizație de servicii sociale;

– examinarea implementării unei politici sociale într-o comunitate anume;
– analiza utilizării rețelelor sociale pentru implicarea tinerilor;
– investigarea experiențelor asistenților sociali într-un context de conflict politic.

Relevanță pentru asistența socială

Studiul de caz este un design **versatil și valoros** pentru înțelegerea profundă a situațiilor complexe în contexte reale. El permite:
– explorarea detaliată a problemelor sociale;
– descoperirea de modele și relații subtile care scapă abordărilor cantitative;
– fundamentarea intervențiilor și a politicilor sociale pe o înțelegere contextualizată și realistă.

Asistența socială, care se confruntă frecvent cu situații particulare (cazuri individuale, organizații, politici), găsește în studiul de caz o metodologie ideală pentru investigații detaliate și aplicabile practicii.

5.5.5. *Cercetarea narativă. Examinarea poveștilor și a relatărilor personale*

Definiție

Cercetarea narativă se concentrează pe **explorarea și relatarea vieții unui individ**, fiind ideală pentru a spune **poveștile experiențelor personale**. Utilizează „povestirea" ca metodă de comunicare, înregistrând experiențele unui individ sau ale unui grup mic și surprinzând **semnificația** pe care participanții o atribuie evenimentelor trăite.

Caracteristici-cheie

– accent pe **povestire și relatări personale**, cu detalii contextuale bogate;
– urmează adesea o **structură temporală și secvențială**;

– se concentrează pe **semnificația experiențelor** relatate de participanți;
– cercetătorii analizează **modul în care poveștile sunt spuse**, pentru a înțelege procesele de sens;
– cronologia joacă un rol important, permițând rememorarea locurilor, situațiilor și schimbărilor;
– participantul și cercetătorul **colaborează** pentru a menține fidelitatea între povestea relatată și experiența trăită.

Metode comune de colectare a datelor
– interviuri aprofundate, în special semistructurate;
– note de teren;
– scrisori, jurnale, fotografii și alte documente personale;
– focus-grupuri cu grupuri mici sau comunități.

Exemple de aplicare în asistența socială
– istorii de viață ale clienților pentru a înțelege traiectoria rezilienței și provocărilor;
– analiza experiențelor asistenților sociali în roluri sau contexte specifice;
– înțelegerea impactului politicilor sociale prin poveștile personale ale beneficiarilor;
– explorarea experienței subiective a unui terapeut;
– analiza modului în care persoanele cu Alzheimer își construiesc și prezintă povestea vieții.

Relevanță pentru asistența socială

Cercetarea narativă este deosebit de potrivită pentru domeniu deoarece:
– **centrează povestea individului**, dând voce persoanelor și comunităților marginalizate;
– oferă o înțelegere profundă a experiențelor personale și a semnificațiilor atribuite;
– sprijină dezvoltarea unor intervenții **centrate pe persoană** și mai empatice;

– se aliniază cu principiile asistenței sociale, care pun accent pe **perspectiva și resursele clientului**;
– facilitează o înțelegere mai bogată a **nevoilor și punctelor forte** ale beneficiarilor.

5.5.6. *Cercetarea-acțiune. Implicarea în investigații colaborative pentru a aborda probleme practice și a promova schimbarea socială*

Definiție

Cercetarea-acțiune este o metodă calitativă orientată spre **rezolvarea problemelor sociale** (de exemplu, în școli, organizații, comunități) prin generarea de cunoștințe și implementarea simultană a unor măsuri practice. Ea creează o legătură directă între **teorie și practică**, având ca valori centrale **emanciparea, colaborarea și împuternicirea participanților**.

Caracteristici-cheie

– orientată spre **acțiune** și schimbare concretă;
– implicarea activă a participanților în toate etapele;
– proces colaborativ între cercetător și comunitate;
– cicluri iterative și flexibile, adaptate la schimbări;
– accent pe **îmbunătățirea practicilor** și a contextelor sociale;
– scopul principal: producerea de **procese acționabile**, nu doar acumularea de cunoștințe.

Metode comune de colectare a datelor

– sondaje și chestionare;
– interviuri individuale și focus-grupuri;
– ateliere participative și conversații informale;
– înregistrări orale și metode vizuale (de ex. *photovoice*);
– analiza documentelor.

Exemple de aplicare în asistența socială

– îmbunătățirea furnizării de servicii într-o agenție socială;

– dezvoltarea de proiecte colaborative pentru a răspunde nevoilor comunității;
– evaluarea și creșterea eficienței programelor sociale;
– împuternicirea grupurilor marginalizate să-și abordeze propriile provocări;
– investigarea modului în care profesorii sau asistenții sociali percep și implementează noi strategii de intervenție.

Relevanță pentru asistența socială

Cercetarea-acțiune este un design **profund relevant** pentru asistența socială, deoarece:

– răspunde angajamentului profesiei față de **justiția socială** și schimbarea comunitară;
– implică beneficiarii, comunitățile și profesioniștii în toate fazele procesului de cercetare;
– produce cunoștințe **contextualizate și aplicabile imediat**;
– conduce la **acțiuni concrete** și la îmbunătățirea bunăstării indivizilor și comunităților;
– susține dezvoltarea unor soluții **durabile și colaborative**.

5.6. Metode de colectare a datelor calitative

În cadrul unui model sau design de cercetare, cercetarea calitativă se bazează pe o varietate de metode de colectare a datelor, fiecare fiind potrivită pentru a răspunde anumitor întrebări de cercetare și pentru a explora diferite aspecte ale fenomenelor sociale. În contextul asistenței sociale, cercetătorii utilizează adesea următoarele metode:

Observația este o metodă fundamentală care implică observarea sistematică a comportamentelor, interacțiunilor și evenimentelor într-un cadru natural. Există diferite tipuri de observație, inclusiv **observația participativă**, unde cercetătorul se integrează în grupul studiat asistând și documentând interacțiuni și procese sociale direct în teren (de exemplu într-un

centru comunitar sau într-o școală) și **observația nonparticipativă**, unde cercetătorul rămâne un observator extern. Observația poate fi **directă**, implicând observarea în timp real, sau **indirectă**, prin analiza înregistrărilor sau a altor materiale. În asistența socială, observația poate fi utilizată pentru a studia interacțiunile dintre clienți și asistenți sociali într-un centru de servicii, pentru a analiza dinamica grupurilor de suport sau pentru a înțelege comportamentele într-un anumit context comunitar.

Interviurile reprezintă o altă metodă esențială în cercetarea calitativă, implicând conversații structurate sau nestructurate între cercetător și participanți pentru a obține informații detaliate despre experiențele, opiniile și perspectivele acestora. **Interviurile structurate** utilizează un set predeterminat de întrebări, în timp ce **interviurile semistructurate** se bazează pe un ghid de interviu, dar permit o anumită flexibilitate în formularea întrebărilor și în ordinea acestora. **Interviurile nestructurate** sunt mai flexibile și permit participanților să discute liber despre subiectul de interes. **Interviurile în profunzime** sunt utilizate pentru a explora experiențe individuale în detaliu.

Focus grupurile sunt sesiuni de discuții moderate cu un grup mic de indivizi care împărtășesc caracteristici sau experiențe comune. Aceste grupuri sunt utile pentru a explora dinamica grupului, experiențele comune, interacțiunile sociale și diversele perspective asupra problemelor sociale relevante pentru asistența socială. Un moderator facilitează discuția, încurajând participanții să își împărtășească opiniile și să interacționeze unii cu alții.

Analiza documentelor implică examinarea sistematică a documentelor existente pentru a obține date calitative. Aceste documente pot include dosare de caz, rapoarte de agenții, documente de politici, jurnale personale, scrisori, e-mailuri și alte materiale textuale sau vizuale relevante pentru întrebarea de cercetare în asistența socială. Analiza documentelor poate oferi informații valoroase despre istoria unui caz, funcționarea unei organizații sau evoluția politicilor sociale. *Metodele vizuale* includ utilizarea de videoclipuri, filme, fotografii și alte materiale

vizuale ca surse de date calitative. Aceste metode pot fi utile pentru a explora experiențe vizuale, pentru a documenta contexte sociale sau pentru a stimula discuții în timpul interviurilor sau focus grupurilor. De exemplu, în asistența socială, fotografiile pot fi utilizate pentru a înțelege mediul de viață al clienților sau pentru a explora percepțiile acestora asupra comunității lor.

Iată o sinteză a metodelor de cercetare utilizate în modelele de cercetare calitativă în asistența socială.

Tabelul 1.6. Metode de colectare a datelor calitative

Metodă	Descriere	Exemplu în asistența socială
Interviuri aprofundate	Obținerea de informații detaliate prin conversații individuale, structurate sau nestructurate.	Explorarea experiențelor persoanelor fără adăpost prin interviuri.
Focus-grupuri	Discuții de grup pentru a surprinde perspective colective și interacțiuni sociale.	Identificarea nevoilor beneficiarilor unui program de asistență socială prin focus grupuri.
Observația	Înregistrarea sistematică a comportamentelor și interacțiunilor în context natural.	Observarea interacțiunilor copiilor într-un centru de zi.
Analiza documentelor	Studierea materialelor scrise, vizuale sau multimedia relevante.	Analiza rapoartelor instituționale privind cazurile de protecție a copilului.

Este crucial ca cercetătorii să selecteze metodele de colectare a datelor care se aliniază cel mai bine cu întrebarea lor de cercetare și cu designul calitativ ales. Adesea, cercetătorii utilizează o combinație de metode, un proces cunoscut sub numele **triangulare**, pentru a spori credibilitatea și validitatea rezultatelor lor. Prin utilizarea mai multor surse de date și metode, cercetătorii pot obține o înțelegere mai cuprinzătoare a fenomenului studiat și pot valida constatările din perspective diferite.

Exemplu de miniproiect calitativ

(revizuirea literaturii → întrebare → eșantionare → metodă → analiză → concluzii)

0. Revizuirea literaturii
- Scop: identificarea studiilor existente despre impactul migrației părinților asupra copiilor rămași acasă.
- Surse: articole academice, rapoarte UNICEF, studii naționale privind migrația și familia.
- Rezultat: s-a constatat că există multe date statistice, dar puține cercetări calitative care să descrie experiențele directe ale adolescenților. Această lacună justifică alegerea metodei calitative și formularea întrebării de cercetare.

1. Întrebarea de cercetare
- Cum percep adolescenții rămași acasă efectele migrației părinților asupra vieții lor emoționale și sociale?

2. Designul cercetării
- Se alege un design fenomenologic, întrucât scopul este explorarea și înțelegerea experiențelor subiective trăite de adolescenți.

3.Obiective
- Înțelegerea experiențelor subiective ale adolescenților rămași acasă.
- Identificarea strategiilor de adaptare utilizate de aceștia.
- Oferirea de informații utile pentru dezvoltarea serviciilor sociale dedicate copiilor cu părinți migrați.

4.Eșantionare
- Tip: eșantionare intenționată (purposive sampling).
- Criterii de includere: adolescenți între 14–18 ani, cel puțin un părinte plecat la muncă în străinătate de minimum 1 an.
- Număr participanți: 10 adolescenți din două comunități rurale diferite.

5.Metodă de colectare a datelor
- Interviuri semistructurate, cu un ghid de întrebări deschise (ex. „Cum s-a schimbat viața ta de când părintele a plecat în străinătate?").
- Durata fiecărui interviu: 45–60 minute.
- Loc: într-un spațiu sigur, pus la dispoziție de școală sau de centrul comunitar.

6.Analiza datelor
- Codificare inițială: etichetarea fragmentelor de text (ex. „dor de părinți", „responsabilități crescute în familie").
- Categorizare: gruparea codurilor în categorii mai largi: „emoții negative", „adaptare pozitivă", „sprijin social".
- Teme emergente:
  o Impact emoțional al despărțirii (tristețe, dor, anxietate).
  o Asumarea de roluri și responsabilități suplimentare în gospodărie.
  o Importanța rețelelor de sprijin (prieteni, bunici, profesori).

7.Considerații etice
- Obținerea consimțământului informat al părinților/tutorilor și al adolescenților.

- Asigurarea confidențialității și anonimității.
- Posibilitatea de a opri interviul oricând, fără consecințe.

8.Concluzii
- Adolescenții resimt emoții intense de pierdere și dor, dar și presiuni suplimentare legate de responsabilitățile familiale.
- Cei care au acces la sprijin social consistent (prieteni, rude, cadre didactice) manifestă o capacitate mai bună de adaptare.
- Rezultatele pot fi folosite de asistenții sociali pentru a dezvolta programe de suport emoțional și activități comunitare pentru copiii afectați de migrația părinților.

5.7. Considerații etice în cercetarea calitativă în asistența socială

Un aspect important în proiectarea cercetării calitative este **luarea în considerare a aspectelor etice relevante**. Acestea includ obținerea consimțământului informat de la participanți, asigurarea confidențialității și anonimatului, minimizarea potențialului de vătămare și respectarea dreptului participanților de a se retrage în orice moment.

Cercetarea calitativă în asistența socială implică explorarea experiențelor personale și adesea sensibile ale indivizilor și comunităților, ceea ce impune o atenție deosebită față de principiile etice. Asigurarea bunăstării, demnității și drepturilor participanților este primordială în toate etapele procesului de cercetare.

Consimțământul informat este un principiu etic fundamental, care necesită obținerea acordului voluntar al participanților de a participa la studiu, după ce au fost informați pe deplin despre scopul, procedurile, riscurile și beneficiile cercetării, precum și despre dreptul lor de a se retrage în orice moment. În cercetarea calitativă, obținerea consimțământului poate fi un proces continuu, mai ales în studiile longitudinale sau atunci

când întrebările de cercetare evoluează. Este important să se utilizeze un limbaj clar și accesibil în formularele de consimțământ și să se acorde participanților suficient timp pentru a pune întrebări și a lua o decizie informată.

Confidențialitatea și anonimatul sunt, de asemenea, aspecte etice cruciale. Cercetătorii trebuie să protejeze informațiile private ale participanților și să se asigure că identitățile lor nu sunt dezvăluite în rezultatele cercetării. Trebuie stabilite protocoale clare pentru stocarea, gestionarea și eliminarea datelor confidențiale, inclusiv transcrierile, înregistrările și notele de teren. Datele calitative pot fi accesate doar de personalul autorizat.

Cercetătorii trebuie să fie conștienți de **potențialul de vătămare** fizică, psihologică, socială sau economică a participanților și să ia măsuri pentru a-l minimiza. În cercetarea calitativă în asistența socială, care adesea explorează experiențe personale și potențial traumatizante, este esențială o abordare sensibilă și respectuoasă. Cercetătorii trebuie să fie pregătiți să ofere sprijin și resurse participanților care pot fi afectați de discuțiile din timpul studiului.

Relația cercetător-participant ridică, de asemenea, considerente etice importante. Există o dinamică de putere inerentă în această relație, iar cercetătorii trebuie să fie conștienți de potențialul lor de a influența participanții sau de a exploata vulnerabilitatea acestora. Construirea încrederii, menținerea unor limite adecvate și reflectarea asupra impactului propriei identități și perspective asupra procesului de cercetare sunt esențiale pentru o conduită etică.

De asemenea, este importantă **raportarea și diseminarea rezultatelor** într-un mod etic și transparent, evitând denaturarea sau raportarea selectivă a constatărilor și luând în considerare impactul potențial al rezultatelor asupra participanților și a comunității mai largi.

În multe cazuri, proiectele de cercetare calitativă trebuie să fie revizuite și aprobate de **comitete de etică a cercetării** pentru

a se asigura că sunt respectate standardele etice adecvate. Cercetătorii trebuie să se familiarizeze cu reglementările etice relevante și să obțină aprobările necesare înainte de a începe colectarea datelor.

În exemplul propus, designul de cercetare este unul *fenomenologic*, deoarece accentul cade pe înțelegerea experiențelor subiective ale adolescenților rămași acasă în urma migrației părinților. Dacă accentul ar fi pus pe analiza unei singure comunități sau a unui singur caz (ex. un centru social anume) designul de cercetare ar fi fost *studiul de caz*. Dacă accentul ar fi pe poveștile de viață detaliate ale adolescenților designul de cercetare ar fi fost c*ercetarea narativă* (a se vedea prezentarea sintetică a designerilor de cercetare în secțiunea de mai sus denumită „Procesul de proiectare a cercetării calitative").

Alegerea interviului semistructurat ca metodă principală reflectă intenția de a explora în profunzime trăirile participanților, iar analiza prin coduri, categorii și teme urmărește să surprindă esența acestor experiențe. Astfel, cercetarea nu își propune să generalizeze statistic, ci să evidențieze modul în care adolescenții interpretează și dau sens realităților cu care se confruntă.

În figura de pe pagina următoare, vă prezentăm o variantă schematizată a fluxului de implementare a miniproiectului de cercetare dat ca exemplu.

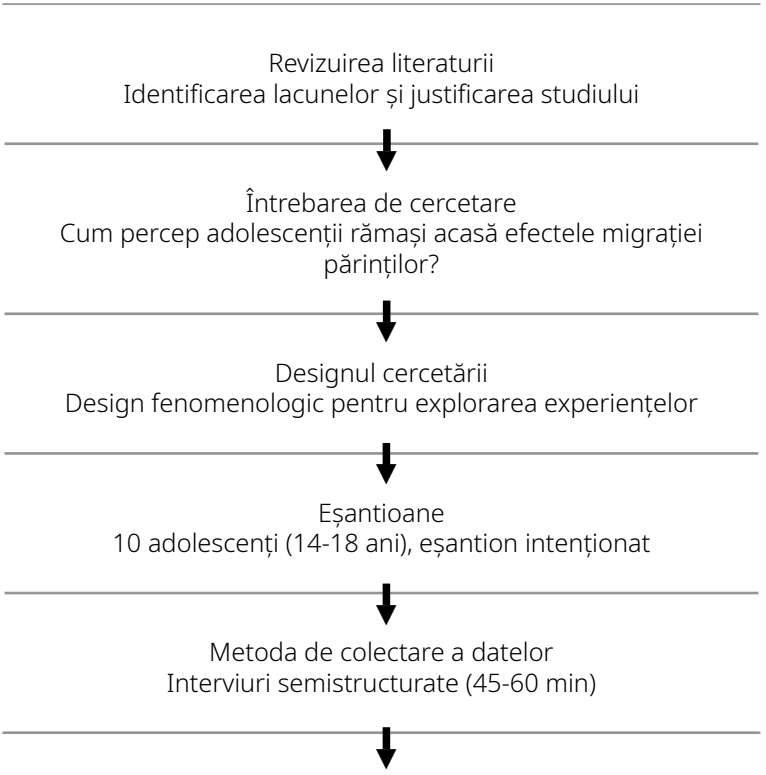
5.8. Asigurarea calității și rigurozității în cercetarea calitativă

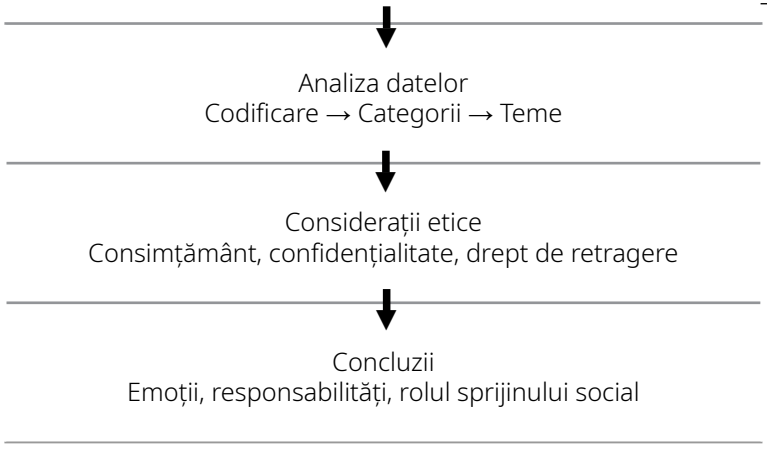
Asigurarea calității și rigurozității este esențială în cercetarea calitativă pentru a spori credibilitatea și valoarea constatărilor. Deși conceptele tradiționale de validitate și fiabilitate utilizate în cercetarea cantitativă sunt adesea recontextualizate

în cercetarea calitativă, există criterii specifice care pot fi utilizate pentru a evalua **încrederea** în constatări.

Credibilitatea se referă la măsura în care constatările cercetării sunt plauzibile și reflectă în mod adecvat perspectivele participanților. Cercetătorii pot spori credibilitatea prin *implicare prelungită* în teren, *observație persistentă*, utilizarea *triangulării* datelor (utilizarea mai multor surse de date sau metode), *verificarea cu participanții* și *debriefingul cu colegii*.

Figura 1.1. Flux al unui miniproiect calitativ în asistența socială





Transferabilitatea se referă la gradul în care constatările pot fi aplicate în alte contexte sau setări. În cercetarea calitativă, generalizarea statistică nu este de obicei scopul, dar cercetătorii pot oferi *descrieri detaliate* ale contextului studiului și ale caracteristicilor participanților pentru a permite cititorilor să facă judecăți informate cu privire la transferabilitatea constatărilor.

Fiabilitatea (sau **dependabilitatea**[1] din eng. *dependability*) **procesului de cercetare** se referă la consistența procesului de cercetare. Ea poate fi asigurată prin documentarea clară a metodelor, procedurilor de colectare a datelor și tehnicilor de analiză. O strategie frecvent utilizată este crearea unei *piste de audit*, care presupune consemnarea detaliată a tuturor deciziilor și pașilor făcuți în timpul cercetării – de la selecția participanților, la codificarea datelor și alegerea metodelor de analiză. Scopul acestei documentări este de a oferi transparență și posibilitatea ca un alt cercetător să urmărească procesul și să verifice dacă

1. Neologism adaptat direct din limba engleză, introdus tocmai pentru a păstra echivalența terminologică cu modelul lui Lincoln & Guba – „credibility, transferability, dependability, confirmability". Pentru detalii a se vedea Lincoln, Yvonna S., Egon G. Guba. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1985.

concluziile sunt justificate de date. Practic, pista de audit funcționează ca un „jurnal de cercetare" sau un „dosar al procesului".

Verificabilitate (sau **confirmabilitatea**[1], din eng. *confirmability*; sau în sensul că rezultatele pot fi urmărite în datele colectate) se referă la asigurarea faptului că rezultatele cercetării sunt fundamentate pe date și nu reprezintă doar proiecțiile, prejudecățile sau presupunerile cercetătorului. Pentru a spori confirmabilitatea, pot fi utilizate strategii precum *triangularea*, *menținerea unei piste de audit* sau *ținerea unui jurnal reflexiv*, în care cercetătorul notează și analizează propriile ipoteze și interpretări.

Transparența metodologică este, de asemenea, crucială pentru a demonstra rigurozitatea procesului de cercetare calitativă. Cercetătorii ar trebui să descrie clar și detaliat modul în care au fost colectate și analizate datele, inclusiv deciziile luate și justificările acestora.

Este important de recunoscut că cercetarea calitativă are **potențiale limitări**. De exemplu, constatările *nu sunt de obicei generalizabile statistic la o populație mai largă*. Există, de asemenea, preocupări legate de subiectivitatea datelor și de potențialul de părtinire al cercetătorului. Câteodată procesul poate necesita timp și resurse considerabile. Cu toate acestea, cercetarea calitativă permite o înțelegere aprofundată a experiențelor și perspectivelor participanților, oferind informații bogate și detaliate. Flexibilitatea designului permite adaptarea pe măsură ce cercetarea evoluează. Prin utilizarea strategiilor pentru asigurarea calității și rigurozității, cercetătorii calitativi pot produce constatări *credibile*, *transferabile* (în anumite limite), *fiabile* sau de încredere și *verificabile* care contribuie semnificativ la înțelegerea fenomenelor sociale complexe în contextul asistenței sociale.

1. La fel, neologism adaptat direct din limba engleză, tot din modelul lui Lincoln & Guba; Lincoln, Yvonna S., Egon G. Guba, ibidem.

5.9. Concluzii

Proiectarea cercetării calitative în asistența socială este un proces esențial care necesită o înțelegere profundă a fundamentelor metodologice, o planificare atentă a fiecărei etape și o angajare fermă față de principiile etice și rigorile academice. O cercetare calitativă bine concepută are un potențial semnificativ de a genera perspective valoroase asupra problemelor sociale complexe, de a înțelege experiențele diverse ale indivizilor și comunităților și de a informa practicile eficiente în domeniul asistenței sociale.

Cercetarea calitativă nu este doar un exercițiu academic, ci o resursă esențială pentru practica de zi cu zi a asistenților sociali. Prin metode precum interviul, focus grupul sau analiza narativă, profesioniștii pot înțelege în profunzime experiențele, nevoile și perspectivele beneficiarilor. Această cunoaștere le permite să proiecteze intervenții mai sensibile cultural, mai relevante și mai eficiente, să identifice resursele comunitare și barierele ascunse, dar și să contribuie la schimbări de politici și servicii. În plus, prin implicarea directă a beneficiarilor în procesul de cercetare, asistenții sociali nu doar colectează date, ci construiesc relații de încredere și promovează împuternicirea (*empowerment-ul*) persoanelor și comunităților. În acest fel, cercetarea calitativă devine o punte între teorie și practică, între cunoaștere și acțiune, sprijinind misiunea fundamentală a asistenței sociale: aceea de a îmbunătăți viața oamenilor.

Bibliografie

Monitorul Oficial al României, anul 176 (XX), nr. 173 (2008), „Codul deontologic al profesiei de asistent social", pp. 11-15.

Babbie, E., 2010, *Practica cercetării sociale*, Iași: Polirom.

Creswell, J. W., & Poth, C. N., 2018, *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

Creswell, J. W. & Creswell, D. J., 2022, *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.* 6th ed.). SAGE Publications

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.), 2024, *The SAGE handbook of qualitative research* (6th ed.). SAGE Publications.

Flick, U., 2014, *An introduction to qualitative research* (5th ed.). SAGE Publications.

Flick, U. (Ed.), 2022, *The SAGE handbook of qualitative research design.* SAGE Publications.

Iluț, P., 1997, *Abordarea calitativă a socioumanului*. Polirom.

King, F. R., 2005, *Strategia cercetării. Treisprezece cursuri despre elementele științelor sociale*. Iași: Polirom.

King, G., Keohane, R., Verba, S., 2000, *Fundamentele cercetării sociale*. Iași: Polirom.

Mucchielli, A., 2002, *Dicționar al metodelor calitative.* Iași: Polirom.

Neamțu, G., Stan, D. (coord.), 2005, *Asistența Socială. Studii și aplicații*. Iași: Polirom.

Padgett, D. K., 2016, *Qualitative methods in social work research* (3rd ed.). SAGE Publications.

Paillé, P., & Mucchielli, A., 2021, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd.). Armand Colin.

Rubin, A., & Babbie, E. R., 2017, *Research methods for social work* (9th ed.). Cengage Learning.

Silverman, D., 2004, *Interpretarea datelor calitative. Metode de analiză a comunicării, textului și interacțiunii*. Iași: Polirom.

Tutty, L. M., Rothery, M. A., & Grinnell, R. M., 2005, *Cercetarea calitativă în asistența socială: Faze, etape și sarcini*. Iași: Polirom.

6. Metoda interviului în asistența socială

A.I. Bodnariu

6.1. Introducere

Interviul reprezintă o conversație intenționată între asistentul social și client, concepută pentru a facilita o relație de lucru cooperativă, concentrându-se pe nevoi, dorințe, probleme, resurse și soluții. Este considerată cea mai importantă și frecvent utilizată tehnică în asistența socială, servind ca un mijloc central pentru contactul direct și angajamentul constructiv cu clienții.

6.2. Diferențiere între interviul de cercetare și cel de intervenție

În asistența socială, interviul este atât un mijloc de comunicare, cât și o metodă de intervenție, adesea nondirectivă, bazată pe premisa că persoana intervievată este capabilă să ofere un discurs coerent cu privire la experiențele sale. Deși ambele forme implică interacțiunea cu persoane și folosesc tehnici similare de comunicare, ele se diferențiază prin obiective, grad de structurare și modul în care este construită relația cu participantul. Înțelegerea acestor diferențe este esențială pentru studenți și viitorii practicieni, întrucât permite alegerea adecvată a tipului de interviu în funcție de scopul urmărit – cunoașterea unui fenomen social sau sprijinirea clientului în rezolvarea unei probleme.

Tabelul 1.7. Comparație între interviul de cercetare și interviul de intervenție

Criteriu	Interviul de cercetare	Interviul de intervenție
Scop	Obținerea de date pentru analiza științifică, testarea ipotezelor, descrierea fenomenelor sociale	Sprijinirea directă a clientului în rezolvarea problemelor personale, familiale sau sociale
Grad de structurare	De obicei structurat sau semistructurat, pentru comparabilitate între participanți	Mai flexibil, adaptat nevoilor individuale ale clientului
Relația cu participantul	Mai formală, axată pe obiectivitate și neutralitate	Relație de încredere, empatie, validare și sprijin emoțional
Rolul asistentului social	Colector de informații, observator neutru	Facilitator al schimbării, sprijin direct și consilier
Accent	Obiectivitate, comparabilitate și rigoare metodologică	Autenticitate, suport, adaptare la contextul clientului
Exemplu	Interviu semistructurat pentru a studia percepțiile elevilor privind abandonul școlar	Interviu terapeutic cu o persoană aflată în criză, pentru a-i reda echilibrul emoțional

Natura polivalentă a interviului – ca modalitate de a schimba informații și ca instrument activ în procesul de intervenție – subliniază rolul său fundamental în practica asistenței sociale. Stăpânirea tehnicilor de interviu este, prin urmare, crucială pentru o intervenție eficientă a asistentului social.

6.3. Obiective ale interviului în asistența socială

Utilizarea metodei interviului în asistența socială are multiple **obiective**. Printre acestea se numără colectarea de date, diagnosticarea situației clientului și oferirea de sprijin în vederea rezolvării problemelor prin intermediul comunicării directe. Interviul facilitează stabilirea unor relații de lucru bazate pe cooperare, concentrându-se pe identificarea nevoilor, dorințelor, problemelor, resurselor și soluțiilor posibile. De asemenea, contribuie la construirea unei relații de încredere și la implicarea clientului în procesul de ajutorare.

Interviul joacă un rol esențial în procesul de evaluare și intervenție în asistența socială. Prin interviu, asistentul social explorează și evaluează problemele prezentate împreună cu clientul.

În *etapa de evaluare* interviul este utilizat pentru a obține informații cu privire la situația clientului și pentru realizarea istoricului personal, familial și social al acestuia (interviu informațional). Ajută astfel la înțelegerea caracteristicilor problemei (natura, cauzele, durata acesteia), a gradului de conștientizare a acesteia de către client (interviu de diagnostic) și sprijinirea identificării unor soluții.

Interviul contribuie la identificarea resurselor personale, familiale și comunitare care pot fi implicate în rezolvarea cazului, inclusiv a rețelei sale de relații în familie și comunitate. Astfel, este fundamental pentru proiectarea strategiilor de intervenție și este utilizat în aproape toate etapele managementului de caz.

Interviul nu se limitează la evaluarea inițială, ci este un instrument utilizat continuu pe parcursul întregului proces de asistență socială, de la înțelegerea problemei până la planificarea și implementarea intervențiilor. Aceste obiective variate indică faptul că metoda interviului este adaptabilă la diverse stadii și scopuri din cadrul practicii asistenței sociale.

6.4. Tipuri de interviuri în asistența socială

În practica asistenței sociale, sunt utilizate diverse **tipuri de interviuri**, fiecare având caracteristici și scopuri specifice.

6.4.1. *Interviul structurat*

Interviul structurat utilizează întrebări standardizate (care sunt formulate la fel pentru toți respondenții, în aceeași ordine și cu aceleași instrucțiuni sau care conține variante de răspuns predefinit) și grile de evaluare, având ca obiectiv principal asigurarea obiectivității. Acest tip de interviu nu permite asistentului social autonomie sau inițiativă, întrebările fiind formulate clar și succesiunea lor fiind prestabilită. Interviurile structurate au ca obiectiv asigurarea unei anumite consistențe în culegerea informațiilor (permițând, de exemplu, la un nivel primar, intercomparabilitatea cazurilor) și pot fi utile pentru colectarea unor date specifice, dar pot limita profunzimea explorării și stabilirea unei relații de încredere din cauza unui format rigid de aplicare.

Pe de altă parte, pot fi concepute ghiduri de interviu care conțin o succesiune fixă de întrebări standardizate (ex. „Care este cea mai mare dificultate cu care vă confruntați la locul de muncă?"), însă modul de aplicare permite răspunsuri deschise. Astfel, deși toți participanții primesc aceeași întrebare, fiecare poate răspunde liber. În acest caz, interviul este considerat semistructurat.

6.4.2. *Interviul nestructurat*

Interviul nestructurat este un interviu aparent informal, desfășurat într-un cadru general de discuție sau în jurul unei teme specifice. Atitudinile și întrebările asistentului social sunt ghidate de dinamica interacțiunii și de fluxul conversațional. Acest tip de interviu adesea seamănă cu un interviu clinic și ilustrează cel mai bine o abordare nondirectivă. Interviurile nestructurate

sunt valoroase pentru construirea unei relații de încredere și pentru explorarea în profunzime a perspectivei clientului, dar necesită asistenți sociali calificați pentru a se asigura că sunt acoperite aspectele relevante și că interviul rămâne focalizat pe tema de interes.

Un exemplu ar putea fi al unui asistent social care se întâlnește cu o persoană fără adăpost pentru a înțelege mai bine situația sa, pentru a explora experiențele de viață și contextului personal al acesteia. Nu există o listă de întrebări prestabilite; discuția curge liber, în funcție de ce dorește intervievatul să împărtășească. Asistentul social poate începe simplu: „Povestește-mi despre tine și despre cum ai ajuns aici." Apoi, în funcție de răspunsuri, poate interveni cu întrebări de clarificare sau sondare. Observăm că, pentru atingerea obiectivelor unui interviu nestructurat, este necesar ca între asistentul social și intervievat să se construiască o relație de încredere, care să permită profunzimea interacțiunii.

6.4.3. *Interviul semistructurat*

Interviul semistructurat combină elemente ale interviurilor structurate și nestructurate. Este ghidat de o listă de elemente sau teme, dar permite flexibilitate în modul și ordinea în care acestea sunt abordate. Acest tip de interviu oferă posibilitatea de a pune întrebări suplimentare dacă persoana intervievată ridică un aspect necunoscut. Interviurile semistructurate oferă un echilibru între structură și flexibilitate, permițând asistentului social să acopere anumite domenii specifice, oferind totodată spațiu pentru o explorare mai profundă, bazată pe răspunsurile clientului și pe temele emergente.

De exemplu un asistent social realizează un interviu cu un tânăr care a abandonat școala dorind să obțină o imagie mai nuanțată despre factorii care influențează abandonul școlar. Are o listă de întrebări pregătite:

- Care au fost principalele motive pentru care ai decis să renunți la școală?
- Cum îți petreci timpul acum?
- Ce sprijin crezi că te-ar fi ajutat să continui studiile?

…dar le poate reformula și poate adăuga întrebări suplimentare în funcție de răspunsurile clientului, lăsând totuși libertate pentru detalii personale.

Se remarcă faptul că tipologia de mai sus, a interviurilor structurat, nestructurat și semistructurat este generată de *modul în care se dorește concentrarea și derularea discuției* în jurul unor anumite tematici.

6.4.4. *Interviul individual versus interviul de grup*

În contextul practicii asistenței sociale, deși sunt utilizate în principal interviurile individuale, interviurile de grup pot fi o metodă valoroasă pentru scopuri specifice, cum ar fi grupurile de suport sau evaluările nevoilor comunității. Modul de abordare a interviurilor de grup trebuie să țină cont de dinamica specifică grupurilor umane aflate în situația de a se confrunta cu o problemă specifică sau a grupurilor constituite din membri care trec sau au trecut prin experiențe similare. Știința psihologiei sociale poate oferi o înțelegere necesară a acestor contexte particulare de intervievare.

6.4.5. *Interviuri specifice*

Diverse tipuri de interviuri servesc scopuri distincte în asistența socială, necesitând abordări și tehnici (metode de implementare, de punere în practică) adaptate. Tipologia de mai jos este generată de ideea orientării interviului către un obiectiv specific. Interviul informațional și interviul de diagnostic au fost menționate și mai sus, în introducere.

• **Interviul informațional**: conceput pentru a obține informațiile necesare realizării istoricului social al clientului, ajutând

asistentul social să înțeleagă mai bine clientul și problemele sale. Interviul informațional poate sta la baza unei strategii de cercetare științifică, în care se explorează teme de cercetare sau se urmărește verificarea unor ipoteze științifice.

• **Interviul de diagnostic**: natura întrebărilor este orientată spre luarea unor decizii specifice dar pleacă de la ideea înțelegerii caracteristicilor problemei clientului.

• **Interviul terapeutic**: vizează ajutorarea persoanei în rezolvarea dificultăților sale, orientând-o și sfătuind-o. Necesită construirea unei interacțiuni bazate pe recunoaștere, pe validarea rolurilor în interacțiune (asistent social și client), a importanței problemei clientului și a experiențelor sale. De asemenea, interacțiunea trebuie să asigure siguranță afectivă pentru a evita respingerea și *să promoveze autonomia interlocutorului*. Cu alte cuvinte, asistentul social trebuie să fie ghid și sprijin, nu autoritate care impune soluții, lăsând persoanei posibilitatea de a-și reconstrui viața prin propriile forțe. Astfel, scopul asistentului social în interviul terapeutic este *de a crea condițiile* în care clientul *va dezvolta* sau *va regăsi* capacitatea de a lua singur decizii legate de viața sa, de a-și asuma responsabilitatea pentru propriile alegeri și acțiuni, de a dobândi încredere în propriile resurse și competențe, de a-și exercita dreptul la autodeterminare adică de a-și defini singur obiectivele și modalitățile de a le atinge.

• **Interviul motivațional**: o metodă directivă, centrată pe client, pentru îmbunătățirea motivației intrinseci de schimbare prin explorarea și rezolvarea ambivalenței.

• **Interviul de explorare**: utilizat pentru a colecta informații structurate și complexe despre situația deja cunoscută a clientului.

Tabelul 1.8. Principalele tipuri de interviuri utilizate în asistența socială

Tipul interviului	Caracteristici-cheie	Scop principal în asistența socială
Structurat	Întrebări clar formulate, succesiune prestabilită, fără autonomie pentru asistentul social	Colectarea uniformă de date, asigurarea acoperirii tuturor aspectelor relevante
Semi-structurat	Ghid de interviu flexibil, permite aprofundarea răspunsurilor și explorarea unor aspecte neprevăzute	Obținerea de informații detaliate, menținând totodată un anumit nivel de structură și focalizare
Nestructurat	Conversație liberă, clientul își exprimă liber experiențele, asistentul social intervine minimal	Explorarea aprofundată a perspectivei clientului, identificarea problemelor și emoțiilor relevante
Informațional	Obținerea materialului necesar realizării istoricului social al clientului	Înțelegerea contextului social, familial și personal al clientului, identificarea evenimentelor semnificative din viața acestuia
De diagnostic	Întrebări specifice și direcționate pentru a stabili natura problemei și resursele disponibile	Evaluarea detaliată a problemei clientului, identificarea cauzelor și a potențialelor soluții, maparea resurselor disponibile în sistemul client

Terapeutic	Sprijinirea clienților în vederea producerii unor schimbări pozitive în viața lor	Facilitarea conștientizării, responsabilizării și schimbării comportamentelor disfuncționale, restabilirea echilibrului psihosocial
Motivațional	Centrat pe client, bazat pe ascultare activă, empatie și validare; folosește tehnici de clarificare și reflectare pentru a explora ambivalența clientului față de schimbare; evită confruntarea directă, accentuează autonomia persoanei	Sprijinirea clientului în creșterea motivației interne pentru schimbare, facilitarea asumării responsabilității personale și stimularea angajamentului față de noi comportamente pozitive
De explorare	Colectarea de informații structurate și complexe despre situația deja cunoscută a clientului	Aprofundarea înțelegerii situației clientului, obținerea de detalii suplimentare și perspective noi

6.5. Etapele interviului în asistența socială

Desfășurarea unui interviu eficient implică parcurgerea mai multor etape esențiale.

Etapele descrise mai jos sunt specifice atât interviului ca **metodă de cercetare științifică** având ca scop explorarea unei problematici sau validarea unor ipoteze științifice. Ne referim aici la etapele *pregătirii interviului*, *fazei inițiale*, *explorării problemei și colectării informațiilor*, *evaluării și analizei*, dar și a interviului ca **instrument de intervenție asistențială** – în toate etapele descrise mai jos. Principiile derulării interviului se păstrează, astfel, pe tot parcursul interacțiunii directe cu clientul.

6.5.1. *Pregătirea interviului. Crearea unui mediu sigur și confortabil*

Pregătirea temeinică este crucială pentru un interviu reușit. Aceasta include revizuirea informațiilor despre client și, uneori, obținerea de informații relevante pentru a i le furniza. Planificarea conținutului interviului și armonizarea acestuia cu mediul în care se va desfășura sunt, de asemenea, importante. Asistentul social trebuie să definească obiectivul și să selecteze forma de interviu cea mai potrivită.

Un mediu sigur și confortabil este esențial pentru construirea încrederii și facilitarea unei comunicări deschise în timpul interviului. Aceasta implică, de exemplu: eliminarea barierelor potențiale și asigurarea că clientul se simte respectat și implicat, organizarea spațiului pentru a încuraja interacțiunea și a asigura intimitatea, oferirea de băuturi răcoritoare pentru a face clientul să se simtă mai confortabil și minimizarea distragerilor în timpul interviului.

De asemenea, este important să se ia în considerare aspectele legate de siguranță atât pentru asistent social, cât și pentru viitorul interlocutor.

6.5.2. *Faza inițială. Stabilirea relației și a scopului*

Faza inițială este critică pentru stabilirea unei relații pozitive și pentru pregătirea terenului pentru restul interviului. Aceasta implică eliminarea barierelor potențiale pentru a crea o atmosferă în care intervievatul sau clientul se simte respectat, ascultat și implicat, salutarea și abordarea cu respect a persoanei, clarificarea scopului sesiunii și a rolului asistentului social și stabilirea bazei pentru o comunicare deschisă și onestă prin construirea unei relații de încredere și respect.

6.5.3. *Explorarea problemei și colectarea informațiilor*

Această etapă se concentrează pe obținerea unei înțelegeri cuprinzătoare a situației clientului din perspectiva acestuia. Asistentul social utilizează întrebări deschise pentru a încuraja clientul să vorbească despre experiențele și perspectivele sale. Ascultarea activă este esențială pentru a înțelege pe deplin comunicarea verbală și nonverbală a clientului. Asistentul social explorează sentimentele, gândurile și experiențele clientului și identifică natura și structura interacțiunilor dintre client și persoanele semnificative din viața sa.

6.5.4. *Evaluarea și analiza*

În această etapă, asistentul social analizează informațiile colectate pentru a evalua situația clientului, identifică dificultățile și consecințele potențiale pe care clientul ar putea să nu le observe, analizează datele colectate pentru a înțelege nevoile clientului și formulează o opinie și recomandări bazate pe judecata profesională.

Această fază este una de analiză și formulare a strategiei de derulare a întâlnirilor viitoare și nu implică în mod direct clientul.

6.5.5. *Intervenția și stabilirea obiectivelor*

Această etapă se îndreaptă spre planificarea acțiunii, în care asistentul social colaborează cu clientul pentru a stabili obiective și a dezvolta strategii pentru abordarea problemelor identificate. Se elaborează un contract clar pentru schimbare, se prioritizează problemele și se determină strategiile de intervenție, iar clienții sunt împuterniciți prin implicarea lor în procesul de luare a deciziilor.

6.5.6. *Încheierea interviului*

În intervenția asistențială, o încheiere bine gestionată asigură claritatea, consolidează munca depusă și stabilește așteptările pentru viitor. Aceasta implică rezumarea celor discutate în timpul sesiunii, punând accent pe punctele forte derivate din discuție, solicitarea de feedback pentru a ne asigura că rezumatul este exact, clarificarea pașilor următori și furnizarea, eventual, a unor informații (de contact) necesare și încheierea discuției la nivel informativ și emoțional.

6.5.7. *Documentarea postinterviu și reflecția*

Documentarea și reflecția postinterviu (după fiecare întrevedere!) sunt esențiale pentru menținerea unor înregistrări precise, pentru asigurarea continuității în asistarea clientului și pentru îmbunătățirea practicii asistentului social în timp. Aceasta presupune documentarea promptă și exactă a interviului, stocarea informațiilor sensibile în mod sigur și confidențial, reflectarea asupra gândurilor și sentimentelor personale din timpul și de după sesiune, revizuirea procesului și a rezultatelor pentru a fundamenta următoarele întâlniri și strategia de intervenție.

6.6. Tehnici de comunicare eficiente în interviul din asistența socială

Comunicarea eficientă este esențială pentru succesul interviului în asistența socială, fie că vorbim de interviu ca metodă de cercetare sau ca instrument folosit în intervenția asistențială. Trebuie subliniat că asistenții sociali trebuie să fie adaptabili și să își adapteze abordarea pentru a satisface nevoile și circumstanțele unice ale fiecărui client. Aceasta include luarea în considerare a mediului cultural, a limbii și a valorilor clientului și

ajustarea tehnicilor de comunicare pentru a se potrivi circumstanțelor individuale ale clientului.

Există diverse tehnici pe care asistenții sociali le pot utiliza pentru a facilita o comunicare productivă.

6.6.1. *Ascultarea activă și reflexivă*

Ascultarea activă presupune concentrarea deplină asupra a ceea ce comunică intervievatul sau clientul, atât prin cuvinte, cât și prin semnale nonverbale, fără a-l întrerupe. Ascultarea reflexivă implică redarea sau reformularea celor spuse, pentru a verifica înțelegerea și a demonstra implicarea în dialog. În ambele cazuri, asistentul social trebuie să fie atent nu doar la conținutul verbal, ci și la indiciile nonverbale, precum limbajul corpului, tonul vocii și expresiile faciale.

Un exemplu de ascultare activă ar putea fi: Intervievatul sau clientul spune: „Mă simt copleșit de toate responsabilitățile de acasă și de la muncă." Asistentul social (fără întrerupere, cu contact vizual și încuviințări din cap): „Înțeleg, te ascult". Accentul e pe atenția deplină și prezența activă, fără a reformula încă.

Un exemplu de ascultare reflexivă ar putea fi: Intervievatul sau clientul spune: „Mă simt copleșit de toate responsabilitățile de acasă și de la muncă". Asistentul social: „Îți este greu să faci față atât sarcinilor de acasă, cât și celor de la serviciu, și asta te apasă foarte mult". Accentul e pe reflectarea și reformularea mesajului (vezi mai jos parafrazarea), pentru a confirma că a fost înțeles corect și pentru a arăta implicare.

6.6.2. *Gestionarea emoțiilor profesionale în interviu*

Pe lângă ascultarea activă și empatie, un element esențial al interviului îl constituie capacitatea asistentului social de a-și recunoaște și gestiona propriile emoții. În cadrul interviului, nu doar clientul exprimă emoții, ci și asistentul social trăiește

reacții emoționale la ceea ce aude sau observă. Aceste emoții pot varia de la empatie, compasiune și solidaritate, până la frustrare, teamă, furie sau chiar neputință. Capacitatea de a gestiona aceste stări este fundamentală pentru menținerea profesionalismului.

Gestionarea emoțiilor este importantă pentru:

- a preveni reacțiile impulsive (ex. ridicarea tonului, judecata morală, defensivitatea);
- a evita transferul emoțional către client, care poate simți tensiunea și se poate închide în comunicare;
- a menține echilibrul relațional, permițând o ascultare activă și reflexivă autentică;
- a proteja sănătatea psihologică a asistentului social, reducând riscul de epuizare emoțională (*burnout*).

Strategii utile pentru gestionarea emoțiilor pe parcursul interviului sau a unei succesiuni de interviuri ar putea fi:

- autoreflexivitatea – observarea propriilor reacții interioare în timp real („Ce simt acum și de ce?”);
- respirația conștientă și pauzele scurte – pentru a regla tensiunea emoțională în timpul unui moment dificil;
- separarea rolului personal de cel profesional – conștientizarea faptului că problemele clientului îi aparțin acestuia, chiar dacă cer empatie și sprijin;
- supervizarea și suportul colegial – discutarea situațiilor emoțional încărcate cu un supervizor sau echipă de sprijin;
- autocontrolul expresiilor nonverbale – menținerea unei posturi deschise și a unui ton calm, chiar dacă emoțiile sunt intense;
- autocompasiunea și îngrijirea de sine – recunoașterea limitelor proprii și adoptarea unor practici de reducere a stresului (odihnă, hobbyuri, exerciții fizice).

Iată un exemplu al unui client care ridică vocea și acuză:

Clientul: „Nu înțelegeți nimic din ce trăiesc, doar mă judecați!”.

Asistentul social simte furie și tendința de a se apăra, dar respiră adânc, păstrează tonul calm și răspunde: „Îmi dau seama că simți că nu ești înțeles și asta îți provoacă multă frustrare. Este important pentru mine să aflu ce anume te face să simți asta".

Astfel, emoția este recunoscută și redirecționată constructiv, în loc să ducă la conflict.

6.6.3. *Empatia și validarea*

Empatia este capacitatea de a înțelege și de a împărtăși sentimentele altuia, conectându-ne, dar fără a ne identifica cu intervievații sau clienții la un nivel profund. Validarea implică recunoașterea și afirmarea în comunicare a faptului că sentimentele, gândurile sau experiențele interlocutorului sunt legitime. Astfel, exprimarea înțelegerii și oferirea de sprijin prin declarații empatice constituie tehnici importante de semnalizare a empatiei și validării.

Un exemplu de empatie exprimată în cadrul interviului:

Intervievatul sau clientul spune: „Simt că nu mai pot face față problemelor de acasă și sunt epuizat".
Asistentul social: „Îmi dau seama cât de copleșitor trebuie să fie pentru tine să încerci să ții pasul cu toate aceste responsabilități".

Putem observa că asistentul se conectează emoțional și arată că înțelege trăirea clientului.

Iată un exemplu de validare exprimată în cadrul interviului:

Intervievatul sau clientul spune: „Uneori mă simt vinovat că nu pot rezolva totul singur".
Asistentul social: „E firesc să simți vinovăție în situația ta. Sentimentele tale sunt legitime și arată cât de mult îți pasă de familie".

Se remarcă faptul că asistentul recunoaște și afirmă că emoțiile clientului sunt justificate și acceptabile.

6.6.4. *Gestionarea situațiilor dificile*

Asistenții sociali trebuie să dețină abilități de gestionare a situațiilor dificile și a rezistenței clientului, menținând în același timp o abordare profesională și empatică. Aceasta presupune păstrarea calmului și a profesionalismului sub presiune, menținerea unei atitudini neutre din punct de vedere moral și încurajarea unei comunicări deschise și oneste în situații conflictuale. De asemenea, implică explorarea preocupărilor clientului, căutarea de alternative atunci când apare rezistența, stabilirea unor limite clare și gestionarea comportamentelor dificile cu respect.

Un exemplu:

> Clientul spune (iritat, ridicând tonul): „Nu are rost să tot vin aici, oricum nu mă ajută nimeni! Toată lumea mă judecă și mă controlează!".
> Asistentul social (rămâne calm, voce fermă, dar caldă): „Îți înțeleg frustrarea și este important pentru mine să știu cum te simți. Nu sunt aici să te judec, ci să încercăm împreună să găsim soluții".
> Clientul (mai liniștit, dar încă reticent): „Da, dar mereu mi se spune ce să fac și nu mai suport asta".
> Asistentul social: „Îți dorești să fii ascultat, nu să ți se impună lucruri. Putem discuta despre ce anume ți-ar fi de ajutor și despre ce alternative vezi tu în această situație. Îți propun să stabilim împreună câteva obiective clare, dar în ritmul tău".
> În acest exemplu observăm că: asistentul social rămâne calm sub presiune, evită judecata și adoptă o atitudine neutră, folosește empatia și validarea („Îți înțeleg frustrarea"), redirecționează discuția spre colaborare și alternative, stabilește limite și clarifică rolurile, fără a forța clientul.

Un alt exemplu, poate mai simplu decât o situație reală care poate fi mai încărcată, dar nu mai puțin revelator, sperăm, pentru o abordare adecvată a situației de către asistentul social, surprinde un comportament agresiv din partea clientului:

> Clientul (bate cu pumnul în masă, ridică vocea): „Am spus că NU mai vreau să aud de serviciile voastre! Toți sunteți la fel, vreți doar să mă controlați!".
> Asistentul social (își păstrează calmul și spune cu o voce fermă și clară, fără a ridica tonul): „Observ că ești foarte supărat acum și îți exprimi frustrarea prin ridicarea vocii. Îți înțeleg mânia, dar te rog să vorbim fără a folosi gesturi agresive, pentru ca discuția noastră să fie sigură și constructivă".
> Clientul tace câteva secunde, respiră adânc și coboară vocea.
> Asistentul social (continuă, cu ton mai blând): „Îți mulțumesc că ai reușit să te calmezi puțin. Aș vrea să înțeleg mai bine ce anume te nemulțumește cel mai mult, ca să putem găsi împreună o cale de a rezolva situația".
> În acest exemplu se poate constata că asistentul social recunoaște emoția („Observ că ești foarte supărat"), stabilește o limită clară („te rog să vorbim fără gesturi agresive"), menține siguranța și controlul cadrului interviului, validează efortul clientului de a se calma și redirecționează conversația spre soluții.

6.6.5. *Întrebări deschise și închise*

Utilizarea strategică a întrebărilor deschise și închise este crucială în interviu. Întrebările deschise încurajează intervievatul sau clientul să vorbească pe larg despre experiențele, sentimentele și opiniile sale, în timp ce întrebările închise sunt folosite pentru a obține informații specifice sau pentru a confirma fapte. Asistentul social trebuie să echilibreze utilizarea ambelor tipuri de întrebări în funcție de etapa și scopul interviului.

6.6.6. *Parafrazarea și sintetizarea*

Parafrazarea implică reformularea în alte cuvinte a ceea ce a spus persoana pentru a demonstra înțelegerea. Sintetizarea presupune prezentarea principalelor puncte parcurse ale discuției pentru a asigura claritatea și concentrarea. Aceste tehnici ajută la *reflectarea intensității sentimentelor* și la *identificarea stimulilor din mediu care provoacă aceste sentimente*.

Expresia „reflectarea intensității sentimentelor" se referă la faptul că, în procesul de parafrazare și sintetizare, asistentul social nu doar redă conținutul factual al mesajului clientului, ci recunoaște și oglindește nivelul emoțional (ușor, moderat, puternic) al trăirilor exprimate de client, validează emoțiile („Îmi dau seama că te simți foarte copleșit de această situație"), transmite faptului că a înțeles nu doar ce simte interlocutorul, ci și cât de intens trăiește acel sentiment.

De exemplu, intervievatul sau clientul spune:

> Client: „Nu mai suport, sunt epuizat, nu mai am energie deloc!".
> O reflectare simplă ar fi: „Te simți obosit". Însă o reflectare a intensității ar fi: „Te simți extrem de epuizat, aproape la limita puterilor".

Astfel, reflectarea intensității sentimentelor ajută clientul să se simtă înțeles profund și creează cadrul pentru o explorare mai autentică a problemelor sale, pentru identificarea stimulilor din mediu care provoacă aceste sentimente.

6.6.7. *Clarificarea și sondarea*

Tehnicile de clarificare și sondare sunt utilizate pentru a obține informații mai detaliate și pentru a descoperi aspecte sau perspective subiacente. Clarificarea presupune invitarea interlocutorului să ofere detalii pentru a descrie o situație, în timp ce sondarea implică adresarea unor întrebări bine gândite,

formulate blând, pentru a explora mai profund gândurile și sentimentele acestuia și pentru a obține o înțelegere mai completă, fără a fi intruziv

De exemplu, intervievatul sau clientul spune:

> Client: „La serviciu e foarte greu și mă simt obosit tot timpul".
> Încercând să aducă o dimensiune suplimentară în înțelegerea celor spuse de client, asistentul social aplică o tehnică de *clarificare*, cerând explicații pentru a lămuri sensul afirmației:
> „Când spui că e greu la serviciu, te referi la volumul de muncă, la relațiile cu colegii sau la altceva?".
> Astfel, îl ajută pe client să explice și să detalieze ceea ce înseamnă „greu".

De exemplu, intervievatul sau clientul spune:

> Client: „Nu prea am chef să ies din casă zilele astea".
> Încercând să aducă o dimensiune suplimentară în înțelegerea celor spuse de client asistentul social aplică o tehnică de sondare, punând întrebări care duc discuția mai adânc, spre gânduri și emoții:
> „De obicei, atunci când te gândești să ieși din casă, simți ceva anume?".

Astfel, explorează mai profund trăirile și motivele din spatele comportamentului.

6.6.8. *Comunicarea nonverbală*

Comunicarea nonverbală joacă un rol crucial în interviu, influențând confortul și încrederea clientului. Asistentul social trebuie să mențină o postură relaxată, care să exprime deschidere, să folosească un limbaj și un ton al vocii adecvat, care să nu pară agresiv sau acuzator, să păstreze contactul vizual într-un

mod prietenos și echilibrat și să fie atent la expresiile faciale și la gesturi.

De exemplu, dacă clientul intră în birou vizibil tensionat, asistentul social îl întâmpină zâmbind ușor, se ridică de pe scaun, îi face semn spre locul liber, se așază cu spatele drept, dar relaxat, puțin aplecat în față, arătând interes, menține contact vizual cald, dar nu insistent, dă din cap aprobator când clientul vorbește. Vocea sa este calmă, prietenoasă, cu un ritm moderat.

6.6.9. *Gestionarea tăcerii și a întreruperilor*

Utilizarea eficientă a tăcerii reprezintă o tehnică esențială în interviu, deoarece oferă intervievatului sau clientului spațiul necesar pentru a reflecta, a-și organiza gândurile și a procesa emoțiile trăite în timpul conversației. Tăcerea nu trebuie percepută ca o lipsă de implicare, ci ca un semnal de respect față de ritmul interior al clientului, permițându-i acestuia să decidă când și cum dorește să continue. Totodată, asistentul social are responsabilitatea de a gestiona aceste momente cu sensibilitate, intervenind doar atunci când tăcerea riscă să devină inconfortabilă sau să blocheze dialogul. Alegerea unui timp optim pentru a relua convorbirea – printr-o întrebare deschisă, o parafrazare sau o simplă încurajare verbală – contribuie la menținerea echilibrului dintre susținerea clientului și orientarea interviului spre obiectivele stabilite. Astfel, tăcerea devine nu doar o pauză, ci un instrument activ de facilitare a exprimării autentice și de consolidare a relației de încredere.

De exemplu, intervievatul sau clientul povestește despre pierderea locului de muncă și spune cu voce scăzută:

> Client: „Nu știu ce voi face mai departe…".
> După această afirmație, asistentul social nu intervine imediat, ci lasă câteva secunde de tăcere. În acest timp, clientul își apleacă privirea și își frământă mâinile. După câteva momente, clientul continuă singur:

„De fapt, mă tem că nu voi reuși să-mi găsesc un alt job, mai ales că am și probleme de sănătate".
Observăm că tăcerea i-a oferit spațiul necesar pentru a-și exprima o temere mai profundă, pe care, probabil, nu ar fi menționat-o dacă ar fi fost întrerupt imediat. În acest moment, asistentul poate relua conversația printr-o întrebare blândă:
„Îmi dau seama că această incertitudine este foarte apăsătoare. Ai vrea să îmi spui mai multe despre dificultățile de sănătate de care vorbești?".

Iată alte câteva exemple care subliniază importanța tăcerii în cadrul interviului.

Să luăm o situație de doliu.
Clientul (cu voce tremurată): „De când a murit mama, totul s-a schimbat…".
Tăcere câteva secunde, timp în care începe să lăcrimeze. După un răgaz, adaugă:
„Cel mai greu e că nu am pe nimeni cu care să vorbesc despre asta".
Asistentul (reia conversația prin validare): „Îți este foarte greu să treci prin această pierdere singur".

Să luăm o situație de rușine sau stigmatizare.
Client: „Nu pot spune nimănui că am apelat la serviciile de asistență socială…".
Asistentul păstrează tăcerea, permițându-i să continue.
Clientul: „Mi-e teamă să nu mă judece prietenii și vecinii".
Asistentul (blând): „Îți este teamă de judecata celorlalți. Cum te afectează acest lucru în relațiile de zi cu zi?".

Să luăm o situație de confuzie sau incertitudine.
Client: „Nu știu ce să fac mai departe, simt că sunt blocat…".
Asistentul așteaptă câteva secunde.

Clientul: „De fapt, am două opțiuni, dar niciuna nu mi se pare bună".
Asistentul: „Ai menționat că vezi două opțiuni. Ai vrea să discutăm despre ele?".

Să luăm o situație de furie sau descărcare emoțională.
Client (ridicând tonul): „Nimeni nu înțelege prin ce trec, toți mă critică!".
Asistentul păstrează o tăcere calmă, menținând contact vizual și o postură deschisă.
După câteva momente, clientul își coboară vocea și spune: „În realitate, mi-aș dori doar să fiu ascultat".
Asistentul: „E foarte important pentru tine să simți că cineva te ascultă cu adevărat".

Tăcerea nu trebuie confundată cu de-focalizarea interviului, care, în acest context, poate reprezenta doar un gând sau chiar o „spaimă" difuză a asistentului sau a unui intervievator neexperimentat. Capacitatea de a găsi momentul optim pentru reluarea dialogului se dezvoltă, de regulă, prin experiență, autoreflexivitate și prin abilitatea de a sesiza și gestiona impulsul de a interveni prea repede, de a controla frica de a „pierde controlul interviului" sau tendința de a solicita imediat clarificări. O utilizare adecvată a tăcerii poate face diferența dintre un interviu doar corect implementat și unul cu adevărat revelator.

Autoreflecția este crucială pentru ca asistenții sociali să identifice zonele de îmbunătățire, să își gestioneze propriile răspunsuri emoționale și să asigure o practică etică și eficientă. Aceasta include reflectarea asupra gândurilor și sentimentelor din timpul și de după sesiunile de interviu, solicitarea de sfaturi și îndrumare de la supervizori și colegi, evaluarea și îmbunătățirea continuă a abilităților de intervievare prin învățare continuă și conștientizarea prejudecăților și presupunerilor personale.

6.7. Posibile bariere ale comunicării

Chiar și atunci când tehnicile de comunicare sunt aplicate corect în cadrul interviului, comunicarea poate fi afectată de obstacole subtile, care distorsionează mesajul sau, științific spus, reduc fidelitatea și validitatea informațiilor obținute. Aceste bariere apar fie din partea asistentului social, fie din partea clientului și pot afecta dinamica interviului și relația cu clientul.

Bariere frecvent întâlnite:

- **anticiparea** – asistentul presupune ce va spune clientul, ascultând selectiv doar mesajele care îi confirmă așteptările. Aceasta duce la interpretări bazate pe stereotipuri și etichete diagnostice;
- **presupuneri asupra sensului mesajelor** – când un mesaj este ambiguu, asistentul îl interpretează prea rapid după propriile categorii și riscă să tragă concluzii greșite;
- **caracterul insuficient de explicit al scopului** – dacă scopul interviului nu este explicat clar, asistentul și clientul pot urmări obiective diferite sau chiar contradictorii, ceea ce produce confuzie și neînțelegere:
- **angajarea prematură în activități de schimbare** – asistentul se grăbește să inițieze schimbarea înainte de colectarea completă a datelor și de construirea unei relații de încredere;
- **lipsa de atenție a asistentului social** – preocuparea cu alte gânduri sau activități, întreruperile ori alegerea unui cadru nepotrivit reduc calitatea comunicării și descurajează clientul;
- **rezistența solicitantului de ajutor** – barieră creată de client, care se poate manifesta prin anxietate în fața unui străin, norme culturale ce descurajează cererea de ajutor sau chiar un sentiment de „siguranță" în menținerea problemelor.

Tabelul 1.9. Exemple de posibile bariere ale comunicării

Barieră	Cum apare	Exemplu	Cum poate fi prevenită
Anticiparea	Asistentul presupune ce va spune clientul și nu mai ascultă complet	Clientul: „Uneori mă cert cu familia...” Asistentul (întrerupe): „Deci ești într-un conflict permanent acasă”.	Practicarea ascultării active și evitarea întreruperilor
Presupune-rea asupra sensului mesajului	Interpretarea grăbită a unui mesaj ambiguu	Clientul: „Nu mai am energie...” Asistentul: „Deci ești bolnav”.	Verificarea sensului prin parafrazare: „Când spui că nu ai energie, la ce te referi mai exact?”
Scop insuficient explicat	Obiectivele interviului nu sunt clarificate la început	Clientul crede că interviul este pentru ajutor financiar, dar asistentul urmărește evaluarea familiei	Prezentarea clară a scopului și etapelor interviului încă de la început

Angajarea prematură în schimbare	Asistentul propune soluții înainte de a înțelege complet situația	Clientul: „Am probleme cu copilul la școală". Asistentul: „Înscrie-l imediat la meditații".	Explorarea completă a situației înainte de recomandări
Lipsa de atenție a asistentului social	Distrageri, întreruperi, preocupări paralele	Asistentul se uită la telefon în timp ce clientul povestește	Alegerea unui cadru adecvat și menținerea concentrării pe client
Rezistența clientului	Teama, rușinea, normele culturale sau dorința de a păstra problemele „ascunse"	Clientul răspunde monosilabic sau spune „totul e în regulă", deși este evident contrariul	Crearea unui climat de încredere și siguranță, validarea emoțiilor clientului

Este important să distingem între aceste posibile bariere ale comunicării și erorile frecvente în interviu. Barierele reprezintă obstacole contextuale și cognitive care pot distorsiona procesul de comunicare și pot proveni atât din partea asistentului social, cât și din partea clientului. În schimb, erorile frecvente țin mai ales de conduita și tehnica asistentului social în timpul interviului. Înțelegerea ambelor dimensiuni ajută la prevenirea blocajelor și la menținerea unei interacțiuni eficiente.

6.8. Erori frecvente în interviu și cum pot fi evitate

Pe lângă stăpânirea tehnicilor de comunicare, viitorii asistenți sociali trebuie să fie atenți și la greșelile pe care ei le pot

face, diminuând astfel eficiența interviului. Conștientizarea acestor erori îi ajută pe viitorii profesioniști să le evite și să mențină o interacțiune autentică și utilă pentru client.

În continuare, câteva exemple de erori comune de tehnică și atitudine pe care le poate face asistentul social.

a) Sunt puse prea multe întrebări închise:
– limitează exprimarea clientului la „da/nu" sau variante prestabilite;
– alternativă: folosirea întrebărilor deschise pentru a încuraja detalierea.

b) Interpretarea prematură:
– asistentul social grăbește concluziile înainte ca informațiile să fie suficiente;
– alternativă: ascultarea completă și verificarea înțelegerii prin parafrazare.

c) Judecata morală:
– comentarii sau atitudini critice față de comportamentele clientului;
– alternativă: adoptarea unei atitudini neutre și empatice.

d) Întreruperea frecventă:
– rupe firul narativ și transmite lipsă de respect;
– alternativă: folosirea tăcerii ca tehnică de susținere a dialogului.

e) Supraconcentrarea pe date factuale:
– accent exclusiv pe fapte, ignorând dimensiunea emoțională;
– alternativă: echilibru între explorarea informațiilor și a emoțiilor.

f) Lipsa de congruență între verbal și nonverbal:
– mesajele nonverbale contrazic cuvintele (ex. ton rece, dar cuvinte prietenoase);

– alternativă: armonizarea limbajului verbal cu cel nonverbal pentru autenticitate.

Tabelul 1.10. Erori frecvente în interviu

Eroare	Cum apare	Exemplu practic	Alternativă recomandată
Punerea prea multor întrebări închise	Întrebările limitează răspunsurile la „da/nu"	Asistentul social întreabă succesiv: „Ai job? Da sau nu? „Locuiești cu părinții? Da sau nu?" „Primești ajutor social? Da sau nu?" *Intervievatul sau clientul răspunde monosilabic și nu se deschide.*	Întrebări deschise, de ex.: „Povestește-mi despre situația ta de la locul de muncă și despre sprijinul pe care îl ai acasă".
Interpretarea prematură	Asistentul trage concluzii înainte să aibă suficiente informații	Clientul: „De multe ori evit să ies din casă". Asistentul social (grăbit): „Deci ești depresiv". *Clientul se simte etichetat și judecat.*	Clarificare: „Cum te simți atunci când alegi să nu ieși din casă?" sau „Îmi poți spune ce simți atunci când alegi să nu ieși din casă?".

Judecata morală	Comentarii critice sau etichete negative	Clientul: „Uneori mă descarc pe copii și țip la ei”. Asistentul social: „Nu e bine deloc să faci asta, e greșit!”. *Clientul devine defensiv și închis.*	Validare și explorare: „Îți este greu să-ți gestionezi emoțiile în acele momente. Hai să vedem împreună ce soluții ai putea încerca”.
Între-ruperea frecventă	Asistentul nu lasă clientul să-și termine ideea	Clientul: „Am început să mă simt mai rău în ultima perioadă, pentru că...”. Asistentul social (întrerupe): „Ai încercat să mergi la medic?”. *Clientul nu își poate exprima complet gândurile.*	Asistentul așteaptă până când clientul termină și apoi întreabă: „Ai vrea să-mi povestești și ce ai făcut pentru a gestiona această stare?”. Folosirea tăcerii și a ascultării active până când își termină clientul ideea.

Supra-concen-trarea pe date factuale	Accent doar pe fapte, ignorând emoțiile	Asistentul social întreabă succesiv: „Câte camere are apartamentul?", „Cât plătești chirie?", „Câte ore lucrezi?". *Se colectează doar date practice, dar se ignoră starea emoțională a intervievatului sau clientului.*	Echilibru: „Cum te simți în legătură cu condițiile tale de locuit și cu programul de lucru?".
Lipsa de congruen-ță verbal/ nonverbal	Cuvintele nu se potrivesc cu gesturile și expresiile	Asistentul social (spune calm): „Da, te ascult". Dar între timp se uită la telefon și bate cu pixul în masă. *Clientul simte dezinteres.*	Asistentul social spune: „Da, te ascult" (menținând contact vizual, postură deschisă și atenție reală).

Nevoia de distincție menționată mai sus între posibilele bariere ale comunicării și erorile frecvente în interviu se referă la factorii care stau la baza barierelor și erorilor de comunicare. Precizarea este importantă pentru că, deși barierele și erorile de comunicare au cauze diferite, uneori efectele lor pot fi similare. De exemplu, bariera de comunicare denumită „presupunerea sensului mesajului", apărută pe fondul unui obstacol cognitiv (incapacitatea temporară de a sesiza importanța mesajului

clientului), poate duce la același rezultat ca eroarea tehnică de «interpretare prematură». În ambele cazuri, mesajul clientului este distorsionat și înțelegerea realității sale poate fi afectată.

În tabelul de mai jos este prezentată o abordare comparativă a caracteristicilor principale ale barierelor și erorilor de comunicare.

Tabelul 1.11. Bariere *versus* erori în comunicare – cauză și efect

Element	Bariere de comunicare	Erori de comunicare
Cauză	Obstacole cognitive sau contextuale (ex.: anticiparea, presupunerea sensului mesajului, lipsa de atenție, rezistența clientului).	Atitudini sau tehnici greșite ale asistentului social (ex.: interpretare prematură, judecată morală, întreruperi).
Manifestare	Distorsionarea mesajului fără intenție directă, prin filtrarea sau neînțelegerea acestuia.	Distorsionarea mesajului prin intervenții neadecvate sau reacții impulsive.
Exemplu	„Presupunerea sensului mesajului" – asistentul interpretează grăbit un răspuns ambiguu: Clientul: „Nu mai am energie...". Asistentul: „Deci ești bolnav".	„Interpretarea prematură" – asistentul trage concluzii înainte ca informațiile să fie complete: Clientul: „De multe ori evit să ies din casă". Asistentul social (grăbit): „Deci ești depresiv".

Efect asupra clientului	Confuzie, sentiment că nu este înțeles, reticență în a se deschide.	Frustrare, blocaj în comunicare, pierderea încrederii.

6.8.1. *Tipuri de replici care pot genera bariere verbale*

În interviul de asistență socială, anumite tipuri de replici folosite de asistent pot bloca comunicarea, declanșând reacții defensive, ostilitate sau neîncredere.

Exemple de replici-barieră:

- *Moralizarea*: exprimări de tip „trebuie", „ar trebui", „se cuvine", care transmit judecăți de valoare și generează vinovăție sau neîncredere.

Exemplu: „Nu ar fi trebuit să faci asta".

- *Acordarea prematură de sfaturi*: recomandări rapide, fără explorarea suficientă a situației, care sporesc dependența sau provoacă rezistență.

Exemplu: „Îți sugerez să te muți în alt loc".

- *Încercarea de convingere prin argumente*: insistarea asupra corectitudinii unui punct de vedere, fără a ține cont de sentimentele clientului, ceea ce poate genera ostilitate.

Exemplu: „Această atitudine nu duce nicăieri".

- *Judecarea, criticarea, învinovățirea*: replici care transmit dezaprobare directă și declanșează reacții defensive sau contraatac.

Exemplu: „Aici greșiți".

- *Analizarea și etichetarea comportamentului*: diagnosticări rapide sau folosirea jargonului profesional, chiar dacă sunt corecte, care pot provoca rezistență și frustrare.

Exemplu: „Acesta este un comportament pasiv-agresiv".

- *Liniștirea și consolarea excesivă*: expresii menite să aline („Nu vă îngrijorați, lucrurile se vor rezolva"), dar care pot minimaliza trăirile clientului și bloca explorarea emoțiilor.

Exemplu: „Vă veți simți mai bine mâine”.

Aceste replici creează impresia că asistentul știe „mai bine” decât clientul, ceea ce reduce autenticitatea interacțiunii. Pentru a evita barierele verbale, se recomandă neutralitate, ascultare activă și explorarea empatică a situației clientului.

Pentru o mai bună înțelegere a acestor bariere verbale, tabelul de mai jos oferă exemple concrete, efectele lor asupra clientului și alternative de replici recomandate.

Tabelul 1.12. Tipuri de replici care pot genera bariere verbale

Tip de replică-barieră	Exemplu	Efect negativ asupra clientului	Alternativă recomandată
Moralizarea	„Nu ar fi trebuit să faci asta.”	Creează vinovăție, neîncredere, blocaj în comunicare.	Reformulare neutră: „Cum vezi acum decizia pe care ai luat-o?”.
Acordarea prematură de sfaturi	„Îți sugerez să te muți în alt loc.”	Clientul se simte controlat, apare rezistență.	Explorare: „Ce opțiuni ai luat în considerare până acum?”.

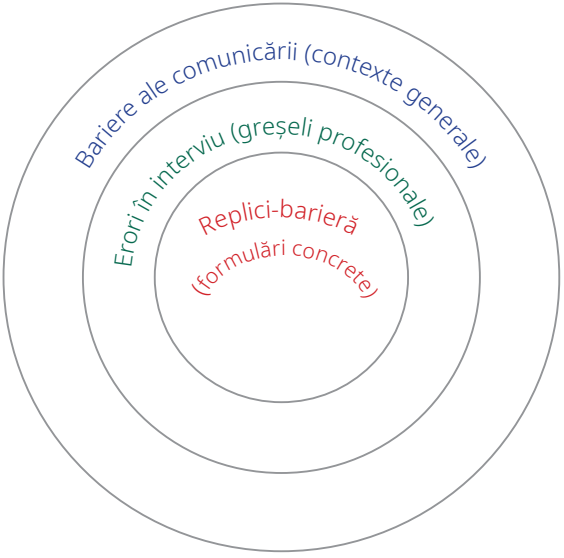
Încercarea de convingere prin argumente	„Această atitudine nu duce nicăieri.”	Ostilitate, opoziție, închidere emoțională.	Reflectare: „Ai rezerve față de această abordare. Ce anume îți creează dificultăți?”.
Judecarea, criticarea, învinovățirea	„Aici greșiți.”	Rușine, defensivitate, contraatac.	Validare: „Ai făcut ceea ce ai considerat potrivit în acel moment. Hai să explorăm și alte variante”.
Analizarea și etichetarea comportamentului	„Acesta este un comportament pasiv-agresiv.”	Clientul se simte redus la o etichetă, devine reticent.	Deschidere: „Am observat că uneori reacționezi indirect. Cum te simți în acele momente?”.
Liniștirea și consolarea excesivă	„Nu vă îngrijorați, lucrurile se vor rezolva.”	Minimalizarea trăirilor, clientul simte că nu este înțeles.	Empatie: „Îți este foarte greu acum și e firesc să simți asta”.

6.8.2. *Distincția și relația dintre barierele comunicării, erorile în interviu și replicile-barieră*

Barierele comunicării, **erorile în interviu** și **replicile-barieră** sunt interconectate, dar se disting prin nivelul la care apar: barierele reflectă obstacole generale, erorile țin de conduita profesională, iar replicile-barieră sunt expresii verbale concrete care pot bloca dialogul. Conștientizarea acestor diferențe îi ajută pe asistenții sociali să prevină distorsiunile, să mențină o relație de încredere și să susțină un proces de comunicare autentic.

Barierele comunicării (cadru general) includ **erorile în interviu** (greșeli profesionale), care la rândul lor pot fi ilustrate prin **replici-barieră** (formulări concrete).

Figura 2. Relația dintre bariere, erori și replici-barieră



În figura de mai sus, cercul cel mai larg reprezintă barierele comunicării, obstacolele generale care pot proveni atât de la asistentul social, cât și de la client (ex. anticiparea, lipsa de atenție, rezistența).

În interior se află erorile în interviu, adică greșeli de tehnică și atitudine ce țin de modul de lucru al asistentului social (ex. întrebări excesiv de închise, interpretarea prematură).

Cercul central ilustrează replicile-barieră, manifestări verbale concrete ale unor erori (ex. moralizarea, critica directă, etichetarea).

Astfel, figura arată că **replicile-barieră sunt o formă particulară de eroare, iar erorile fac parte din barierele mai largi ale comunicării**.

Mai jos, într-un tabel comparativ este prezentată distincția dintre aceste concepte.

Tabelul 1.13. Bariere *versus* erori *versus* replici-barieră

Element	Bariere ale comunicării	Erori în interviu	Replici care generează bariere verbale
Definiție	Obstacole generale care distorsionează mesajul.	Greșeli de tehnică și atitudine ale asistentului social.	Formulări verbale concrete, nepotrivite, care blochează dialogul.
Origine	Pot proveni de la asistent sau de la client.	Țin exclusiv de conduita asistentului social.	Țin exclusiv de limbajul asistentului social.

Nivel	Mai larg: cognitiv, emoțional, contextual.	Nivel de practică profesională.	Nivel de exprimare verbală.
Exemplu tipic	Anticiparea, lipsa de atenție, rezistența clientului.	Întrebări excesiv de închise, interpretarea prematură, judecata morală.	„Nu ar fi trebuit să faci asta.”/ „Aici greșiți.”
Efect asupra clientului	Confuzie, neînțelegere, blocaj în exprimare.	Frustrare, pierderea încrederii, închidere în comunicare.	Sentiment de critică, minimalizare, rezistență.
Relație între concepte	Cadru general.	Subcategorie: greșeli de tehnică ale asistentului.	Subsubcategorie: expresii verbale concrete ale erorilor.

6.9. Considerații etice și deontologice în interviul de asistență socială

Practica asistenței sociale este guvernată de principii etice și deontologice fundamentale care trebuie respectate în timpul interviurilor.

6.9.1. *Principiile etice fundamentale în asistența socială*

Aceste principii includ respectul pentru demnitatea și valoarea intrinsecă a persoanei, importanța relațiilor umane, integritatea și onestitatea în practică, justiția socială și echitatea,

încrederea în umanitate și susținerea acesteia, competența și învățarea continuă. Respectarea acestor principii etice fundamentale este esențială în practica asistenței sociale. Ele trebuie să ghideze procesul interviului și asigurând respectarea drepturilor și bunăstării clienților.

6.9.2. *Confidențialitatea și limitele acesteia*

Interviul se bazează pe principiul confidențialității și pe utilizarea responsabilă a informațiilor obținute. Asistentul social are obligația de a proteja atât informațiile, cât și identitatea intervievatului sau clientului și de a se asigura că acesta înțelege implicațiile confidențialității. Informațiile sensibile trebuie documentate (stocate și folosite) în siguranță și confidențial, urmând politicile organizaționale. Informațiile nu trebuie împărtășite cu alte persoane care nu sunt implicate în îngrijirea clientului. Totodată, este esențială clarificarea limitelor confidențialității, cum ar fi situațiile în care dezvăluirea este necesară pentru a preveni un rău grav.

6.9.3. *Consimțământul informat*

Asistenții sociali trebuie să obțină consimțământul informat al intervievaților sau clienților înainte de a face înregistrări audio sau video sau de a permite observarea interviului de către o terță parte. Este esențial ca intervievații sau clienții să înțeleagă pe deplin la ce anume își dau acordul în interacțiunea cu asistentul social. Trebuie furnizate informații complete, clare și simple despre riscurile și potențialul oricărei acțiuni.

6.9.4. *Respectul pentru autodeterminare și demnitate*

Fiecare ființă umană trebuie tratată ca o valoare unică, implicând respect necondiționat. Asistentul social trebuie să respecte dreptul intervievatului sau clientului la autodeterminare și

să sprijine eforturile acestuia de a-și accesa drepturile, împuternicindu-l și arătând respect pentru toate tipurile de diversitate.

6.9.5. *Evitarea conflictelor de interese*

Asistenții sociali trebuie să evite relațiile duale, mai ales în relația cu clienții, să mențină limite profesionale clare și să nu exploateze relațiile pentru câștig personal. Evitarea conflictelor de interese asigură că judecata și acțiunile asistentului social sunt centrate exclusiv pe interesele superioare ale clientului.

6.9.6. *Standarde profesionale și codul deontologic*

Asistenții sociali sunt obligați să respecte standardele profesionale și codul deontologic al profesiei, care stipulează normele de conduită profesională și practică. Aceștia trebuie să practice profesia cu integritate morală, demnitate, onestitate și competență și să fie conștienți și sensibili la mediul cultural, limba și valorile intervievatului sau clientului.

6.10. Documentarea și înregistrarea interviului în asistența socială

Documentarea și înregistrarea interviurilor în asistența socială sunt aspecte esențiale ale practicii profesionale.

6.10.1. *Importanța documentării precise și obiective*

În practica intervenției asistențiale *notele de interviu* servesc ca o înregistrare scrisă a problemelor clientului, a modului în care le manifestă, a progresului și a deciziilor de intervenție. Documentarea exactă și obiectivă asigură continuitatea acordării suportului și poate îmbunătăți rezultatele intervenției. Documentarea este o parte integrantă a practicii asistenței sociale și trebuie realizată în mod etic și competent.

Ce informații trebuie documentate în urma interviului aplicat ca instrument în intervenția asistențială

O documentare cuprinzătoare ar trebui să includă numele și informațiile de contact ale clientului, problema prezentată, consimțământul informat al clientului, evaluarea profesională (inclusiv evaluarea riscului), obiectivele intervenției, pașii parcurși în intervenție și rezultatele sau notele de progres, comunicarea cu alți profesioniști, data, ora și durata întrevederii, locația și circumstanțele, precum și elemente-cheie, cum ar fi tipul și durata serviciilor suport oferite, locația și data acordării și scopul interacțiunii. Aceste informații sunt generate treptat, pe parcursul întrevederilor succesive.

6.10.2. *Metode și instrumente de documentare*

Există diverse metode și instrumente disponibile pentru documentare, de la formate standardizate la platforme și instrumente electronice securizate care oferă în plus și instrumente adaptabile de analiză automată a informațiilor, a sesiunilor de interviu. De regulă, organizațiile au propriul format standard de documentare. Notele de caz pot fi scrise și în timpul ultimei părți a sesiunii (documentare concomitentă).

6.10.3. *Înregistrarea audio și video a interviurilor*

Înregistrările audio și video pot fi instrumente valoroase pentru supervizare și autoreflecție profesională, dar trebuie realizate întotdeauna cu consimțământul informat al clientului și cu respectarea strictă a protocoalelor de confidențialitate.

6.11. Concluzie generală

Interviul reprezintă una dintre cele mai importante metode de lucru în asistența socială, fiind atât un instrument de

cunoaștere, cât și de sprijin. El îmbină dimensiunea tehnică – structurată prin tipuri, etape, tehnici de comunicare și reguli etice – cu dimensiunea relațională, bazată pe empatie, validare și construirea unei relații de încredere. Calitatea interviului depinde nu doar de aplicarea corectă a metodelor, ci și de capacitatea asistentului social de a gestiona propriile emoții, de a evita barierele și erorile de comunicare și de a menține o atitudine profesională, neutră și respectuoasă.

Utilizarea eficientă a interviului presupune adaptarea sa la unicitatea fiecărui client și la specificul fiecărei situații. Aceasta implică o combinație de cunoștințe teoretice solide, abilități practice bine dezvoltate, conștientizare etică și sensibilitate culturală. În plus, învățarea continuă și reflecția asupra propriei practici sunt esențiale pentru perfecționarea constantă a abilităților de intervievare.

Astfel, interviul nu este doar un schimb de informații, ci un proces complex de explorare și înțelegere, care permite asistentului social să colecteze date esențiale, să evalueze situații, să construiască relații de încredere și să ofere sprijin personalizat. Printr-o aplicare atentă și responsabilă, interviul devine un instrument puternic de promovare a autonomiei și demnității persoanei asistate.

Bibliografie

Alfred, Kadushin, Goldie, 2013, *The social work interview*. Columbia University Press.

Brinkmann, S., 2013, *Qualitative interviewing.* Oxford University Press.

De Singly, F., Blanchet, A., Gotman, A., Kaufmann, J.-C., 1998, *Ancheta și metodele ei: chestionarul, interviul de producere a datelor, interviul comprehensiv*. Iași: Polirom.

Edwards, R. & Holland, J., 2023, *Qualitative interviewing.* Bloomsbury Academic.

Flick, U., 2022, *Doing Interview Research. The Essential How To Guide.* SAGE Publications.

Gavreliuc, Alin, 2007, *De la relațiile interpersonale la comunicarea socială: psihologia socială și stadiile progresive ale articulării sinelui*. Iași: Polirom.

Higham, P., 2020, *Communication and Interviewing Skills for Practice in Social Work*, Counselling and the Health Professions. Routledge.

Iovu, M. B., & Lazăr, F., 2022, *Competențele profesionale ale asistenților sociali*. Colegiul Național al Asistenților Sociali din România.

Kadushin, A., & Kadushin, G., 1997, *The social work interview: A guide for human service professionals*. Columbia University Press.

Magnusson, E.& Marecek, J., 2015, *Doing interview-based qualitative research: a learner's guide.* Cambridge University Press.

Manea, Livius, 2008, *Interviul în practica asistenței sociale*. București: Editura Universității din București.

Maple, F.,1985, *Dynamic interviewing: An introduction to counseling*. Sage Human Services Guides 41. Beverly Hills, CA: SAGE.

Maple, F., 1998, *Goal-focused interviewing*. Sage Human Services Guides 73. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Monitorul Oficial al României Anul 176 (XX) — Nr. 173, 2008, *Codul deontologic al profesiei de asistent social*. pp.11-15.

Petracchi, M., & Collins, S., 2006, „Using simulated clients to teach beginning social work students interviewing skills". *Journal of Teaching in Social Work, 26*(1-2), 151-166.

Tompea, Doru, 2003, „Deontologia asistenței sociale și construcția paradigmei profesionale". În George Neamțu (coord.), *Tratat de asistență socială* (pp. 401-464). Iași: Polirom.

Trevithick, P., 2012, *Social work skills and knowledge: A practice-based handbook*. Open University Press.

Tutty, L. M., Rothery, M. A., & Grinnell, R. M., 2005, *Cercetarea calitativă în asistența socială: Faze, etape și sarcini*. Iași: Polirom.

Partea a II-a

Cunoștințe de specialitate

Capitolul 2
Sistemul de asistență socială

A.I. Șandru, L.Ciobanu

1. Principii și valori ale sistemului național de asistență socială

A.I. Șandru

Sistemul național de asistență socială este format dintr-un ansamblu de instituții, organizații, cadre legislative, programe, servicii și intervenții sociale care au rolul de a sprijini persoanele aflate în dificultate. Acesta funcționează într-o structură organizată, care definește pozițiile, rolurile și relațiile dintre actorii implicați.

Potrivit lui Buzducea, un sistem public de asistență socială cuprinde mai multe componente de bază: instituțiile, serviciile și prestațiile sociale, legislația de profil, profesioniștii implicați, dar și beneficiarii acestor măsuri.

Pe lângă acești factori determinanți, sistemul are nevoie și de strategii clare pentru soluționarea problemelor sociale, precum și de resurse adecvate. Funcționarea eficientă a asistenței

sociale depinde de implicarea resurselor umane, de contextul social și de capacitatea sistemului de a răspunde coerent disfuncțiilor identificate.

Actualmente, cadrul legal este reglementat de **Legea nr. 292/2011 privind asistența socială**, care definește sistemul ca totalitatea instituțiilor și acțiunilor prin care statul, administrația publică și societatea civilă intervin pentru a preveni sau combate efectele marginalizării și excluziunii sociale.

Principiile și valorile fundamentale ale sistemului, conform legii, sunt:

- **Solidaritatea socială** – exprimă sprijinul comunității față de persoanele vulnerabile, pentru a le facilita integrarea socială;
- **Subsidiaritatea** – dacă individul sau familia nu își pot satisface nevoile sociale, intervin comunitatea locală și, complementar, statul;
- **Universalitatea** – garantează dreptul fiecărei persoane la asistență socială, în condițiile prevăzute de lege;
- **Respectul pentru demnitatea umană** – presupune recunoașterea și protejarea identității, integrității și intimității fiecărei persoane;
- **Abordarea individualizată** – intervențiile sunt adaptate la particularitățile fiecărei situații de viață;
- **Parteneriatul** – cooperarea dintre autorități, ONG-uri, instituții religioase și comunitate pentru sprijinirea celor în dificultate;
- **Participarea beneficiarilor** – implicarea activă a acestora în elaborarea politicilor și programelor care îi privesc;
- **Transparența** – responsabilizarea administrației și facilitarea implicării cetățenilor în luarea deciziilor;
- **Nediscriminarea** – garantarea accesului la servicii indiferent de rasă, sex, religie, orientare sexuală, statut social sau dizabilitate;
- **Eficacitatea** – utilizarea resurselor în scopul obținerii rezultatelor planificate;

- **Eficiența** – raport optim între costuri și beneficii în acordarea prestațiilor;
- **Respectul pentru autodeterminare** – dreptul persoanei de a-și alege liber opțiunile, atâta timp cât nu afectează alte persoane;
- **Activizarea** – încurajarea ocupării și reintegrării sociale, cu accent pe consolidarea familiei;
- **Unicitatea dreptului** – pentru aceeași nevoie sau risc social se acordă un singur tip de beneficiu;
- **Proximitatea** – serviciile sunt oferite cât mai aproape de locul de viață al beneficiarilor;
- **Complementaritatea și abordarea integrată** – coordonarea serviciilor sociale cu cele din alte domenii (educație, sănătate, cultură);
- **Concurența și competitivitatea** – stimularea calității prin tratament egal între furnizorii publici și privați;
- **Egalitatea de șanse** – toți beneficiarii au acces egal la oportunități și servicii;
- **Confidențialitatea** – protejarea datelor personale și a intimității beneficiarilor;
- **Echitatea** – tratament egal pentru persoane cu condiții socio-economice similare;
- **Focalizarea** – direcționarea ajutorului către persoanele cele mai vulnerabile;
- **Dreptul la alegerea furnizorului** – beneficiarul își poate alege liber furnizorul de servicii acreditat.

1.1. Modele europene de organizare a sistemului de asistență socială

La nivel european, regăsim mai multe tipuri de sisteme de asistență socială, în funcție de tradițiile și politicile statelor:

1. **Modelul anglo-saxon sau modelul liberal** – exemplu: Marea Britanie

- statul intervine limitat, doar în sprijinul celor mai vulnerabili;
- ajutoarele sunt direcționate și supuse testării mijloacelor;
- accent pe responsabilitatea individuală și integrarea pe piața muncii;
- finanțarea provine din taxe generale, iar serviciile sunt frecvent externalizate.

2. **Modelul nordic sau modelul social-democrat**, prezent în state precum Suedia, Danemarca
   - statul oferă protecție universală și de calitate pentru toți cetățenii;
   - se bazează pe egalitate și solidaritate;
   - finanțarea este susținută prin taxe mari și implicare publică extinsă;
   - nivel scăzut de sărăcie și încredere ridicată în instituții.

3. **Modelul mediteraneean sau modelul sud-european**, regăsit în țări precum Spania și Grecia
   - sprijinul familial joacă un rol central;
   - sistemul este fragmentat și mai puțin dezvoltat instituțional;
   - finanțarea se face din contribuții sociale și fonduri publice;
   - accesul la servicii poate fi inegal, cu riscuri de excluziune.

4. **Modelul continental sau modelul corporatist** – exemplu: Germania
   - drepturile la prestații depind de contribuțiile sociale;
   - accent pe sprijinul pentru angajați și familii;
   - sistemele sunt bine organizate și administrate de instituții autonome;
   - persoanele fără contribuții suficiente pot întâmpina dificultăți în accesarea ajutorului.

Bibliografie

Bădărău, O. L., 2022, *Asistența socială a familiei și copilului*, Universitatea „Petre Andrei" din Iași
Bădărău, O. L., 2024, *Introducere în asistența socială*, Iași: Noel
Buzducea, D., 2021, *Asistența socială. Compediu de istorie, teorie și practică.* Iași: Polirom
Buzducea, D., 2009, *Sisteme moderne de asistență socială,* Iași: Polirom
Mihăilescu, I., 2003, *Sociologie generală. Concepte fundamentale și studii de caz,* Iași: Polirom
Neamțu, G. (coord.), 2011, *Tratat de asistență socială,* Iași: Polirom
Pop, L. M., (coord.) 2002, *Dicționar de politici sociale,* București: Expert
Preda, M., 2006, *Comportament organizațional. Teorii, exerciții și studii de caz*, Iași: Polirom
https://lege5.ro/gratuit/gi4diobsha/legea-asistentei-sociale-nr-292-2011

2. Structura sistemului de asistență socială: servicii sociale și beneficii sociale

A.I. Șandru

Sistemul național de asistență socială funcționează ca un sprijin complementar – și, în anumite situații, subsidiar – sistemului de asigurări sociale, având rolul de a interveni în sprijinul persoanelor aflate în dificultate sau expuse riscului de excluziune socială. Acesta este alcătuit din două componente esențiale:

- **Serviciile sociale**, care oferă intervenții specializate adaptate nevoilor individuale sau comunitare;

- **Beneficiile sociale**, care constau în ajutoare financiare sau materiale destinate asigurării unui trai decent și prevenirii marginalizării.

Împreună, aceste două dimensiuni contribuie la realizarea obiectivelor majore ale politicii sociale: **incluziune, echitate și coeziune socială.**

2.1. Serviciile sociale

Conform art. 27 alin. 1 din Legea nr. 292/2011, serviciile sociale includ activități menite să răspundă nevoilor sociale generale sau speciale ale indivizilor, familiilor ori grupurilor, având ca scop prevenirea și combaterea excluziunii, promovarea incluziunii și creșterea calității vieții.

În literatura de specialitate, acestea sunt descrise ca instrumente redistributive, prin care statul urmărește îmbunătățirea bunăstării sociale. Ele pot lua forma unor programe specializate, intervenții organizate, tehnici și metode adaptate diferitelor tipuri de disfuncționalități și vulnerabilități.

Prin intermediul acestor servicii, persoanele aflate în dificultate pot obține condiții de trai decente, pot deveni autonome și pot fi sprijinite să se reintegreze în comunitate.

Potrivit legislației în vigpare, au dreptul la servicii sociale, cetățenii români cu domiciliul sau reședința în România, cetățenii UE, SEE și Elveția aflați legal pe teritoriul țării, străinii și apatrizii cu domiciliul sau reședința în România care se confruntă cu situații dificile.

2.1.1. Clasificarea serviciilor sociale

Conform art. 5 din Legea nr. 292/2011, avem următoarele tipuri de servicii sociale:

1. După scopul intervenției:
   – asistență pentru nevoi de bază;

– îngrijire personală;
– recuperare sau reabilitare;
– reintegrare socială etc.

2. În funcție de grupurile țintă:
– copii și familii;
– persoane cu dizabilități;
– vârstnici;
– victime ale violenței domestice;
– persoane fără adăpost;
– persoane dependente (alcool, droguri, jocuri de noroc etc.);
– victime ale traficului de persoane;
– persoane aflate în executarea unor pedepse alternative;
– persoane din comunități izolate;
– șomeri de lungă durată;
– aparținători ai beneficiarilor.

3. După regimul de asistare:
– rezidențial (centre, locuințe protejate etc.);
– nerezidențial (centre de zi, servicii mobile, cantine etc.).

4. În funcție de locul de furnizare:
– la domiciliul beneficiarului sau al furnizorului;
– în centre de zi, rezidențiale sau în comunitate.

5. După tipul furnizorului:
– public (instituții de stat);
– privat (ONG-uri, culte, persoane fizice sau juridice).

6. După regimul de acordare:
– standard (cu documentație completă);
– special (cu birocrație minimă, pentru cazuri de urgență sau anonime).

2.1.2. *Funcțiile principale ale serviciilor sociale*

- sprijinirea dezvoltării capacităților individuale de soluționare a problemelor;
- facilitarea accesului la educație, sănătate, ocupare și prestații sociale;
- protejarea drepturilor beneficiarilor și sprijin în relația cu alte instituții.

2.1.3. *Tipuri de situații abordate*

1. **Situații de urgență**: abandon, violență, lipsa adăpostului, dezastre – care necesită intervenții rapide și coordonate.
2. **Situații de dificultate cronică**: sărăcie severă, dependență, marginalizare – unde este necesar un sprijin constant și orientat spre reintegrare.

Într-un peisaj social în continuă transformare, serviciile sociale își afirmă tot mai mult rolul esențial în sprijinirea persoanelor aflate în dificultate, adoptând o abordare narativă profund umană și structurată. Ele nu mai sunt simple intervenții punctuale, ci răspunsuri complexe și integrate la nevoile reale ale comunității.

La baza acestor servicii stă o abordare proactivă și integrată, care anticipează problemele înainte ca acestea să devină critice. Intervențiile nu se desfășoară izolat, ci sunt coordonate atent cu alte domenii-cheie, precum educația, sănătatea și ocuparea forței de muncă. În loc să se limiteze la acordarea de ajutoare financiare, serviciile sociale pun accentul pe sprijinul personalizat și sustenabil, oferind soluții adaptate fiecărui caz în parte, cu scopul de a reda beneficiarilor autonomia și demnitatea.

Parcursul unui beneficiar în cadrul acestui sistem începe cu o **evaluare inițială**, menită să identifice problemele urgente și contextul de viață. Urmează **elaborarea unui plan de intervenție**, ce trasează direcțiile de acțiune, și apoi **evaluarea complexă**, care aprofundează înțelegerea situației. Pe baza acestei analize

detaliate, se construiește un **plan individualizat**, care ghidează **implementarea măsurilor concrete**. Progresul este apoi **monitorizat și evaluat** în mod constant, pentru ca, la nevoie, situația beneficiarului să fie **reevaluată și adaptată noilor realități**.

Cei care furnizează aceste servicii sunt diverși și colaborează pentru a acoperi un spectru cât mai larg de nevoi. **Furnizorii publici**, precum autoritățile locale sau instituțiile din domeniul educației și sănătății, se îmbină cu **furnizorii privați**, printre care se numără organizațiile neguvernamentale, cultele religioase, persoanele fizice autorizate sau operatorii economici. Împreună, aceștia construiesc o rețea de sprijin care depășește asistența punctuală, oferind un cadru de intervenție empatic, coerent și eficient.

2.1.4. *Calitatea serviciilor sociale*

Calitatea este definită prin capacitatea serviciilor de a răspunde eficient și prompt nevoilor beneficiarilor. Aceasta se reflectă în:

– timp de reacție și promptitudine;
– eficiența atingerii obiectivelor;
– respectul acordat beneficiarilor;
– menținerea standardelor în timp.

Conform Legii nr. 197/2012, evaluarea calității se realizează prin: Indicatori de performanță, Standarde minime (clasa III) și superioare (clasele I și II).

2.1.5. *Acreditarea și licențierea serviciilor*

1. **Acreditarea furnizorilor**

Verifică dacă entitatea poate organiza și furniza servicii sociale conform legii. Este acordată de Direcția Politici Servicii Sociale din Ministerul Muncii.

Cerințe:

– formă legală conform legii;

– activitate în domeniul social;
– capacitate managerială;
– încadrarea serviciilor în prevederile Legii nr. 292/2011.

2. **Licențierea serviciilor**

Se acordă fiecărui serviciu în parte, după evaluarea conformității cu standardele minime. Este obligatorie și are valabilitate de 5 ani.

Etape:
– evaluarea serviciului;
– decizia de acordare/respingere;
– eliberarea licenței provizorii/definitive;
– înregistrarea în Registrul electronic unic.

2.1.6. *Finanțarea serviciilor sociale*

Finanțarea serviciilor sociale reprezintă fundamentul pe care se clădește întregul sistem de sprijin pentru persoanele aflate în dificultate. Potrivit prevederilor articolului 132 din Legea nr. 292/2011, resursele financiare provin dintr-o paletă variată de surse: de la **bugetul de stat și cele locale**, până la **contribuțiile directe ale beneficiarilor**, **sponsorizări, donații**, sau **fonduri externe**, fie ele europene ori internaționale. Pe lângă acestea, legislația permite și utilizarea **altor surse legale**, ceea ce ar trebui, în teorie, să ofere o flexibilitate importantă în susținerea acestor servicii esențiale.

Cu toate acestea, realitatea din teren nu reflectă întotdeauna această generozitate legislativă. Deși Hotărârea Guvernului nr. 867/2015 prevede o gamă largă de servicii sociale adaptate diverselor nevoi, **disparitățile de acces** rămân semnificative, în special în **zonele rurale și comunitățile defavorizate**. Lipsa unei finanțări echitabile și coerente contribuie la o **acoperire teritorială inegală**, ceea ce generează dezechilibre între regiuni și afectează în mod direct șansele egale ale cetățenilor de a beneficia de sprijinul de care au nevoie.

Astfel, una dintre cele mai mari provocări actuale ale sistemului de asistență socială este **asigurarea unei dezvoltări echitabile**, care să nu lase în urmă pe cei mai vulnerabili. Accesul real la servicii sociale nu depinde doar de existența lor în acte, ci și de **capacitatea financiară și administrativă de a le aduce aproape de oameni, acolo unde este cea mai mare nevoie**.

Tabelul 2.1. Servicii sociale *versus* beneficii sociale

Caracteristică	Servicii sociale	Beneficii sociale
Definiție	Intervenții specializate pentru sprijinirea integrării sociale	Sprijin financiar sau material acordat persoanelor în nevoie
Formă	Activități directe, servicii personalizate	Ajutoare financiare sau materiale
Obiectiv principal	Reabilitare, autonomie, prevenirea excluziunii	Asigurarea unui nivel minim de trai
Tipuri	Îngrijire, consiliere, recuperare, sprijin familial etc.	Alocații, ajutoare sociale, tichete, subvenții etc.
Durată/ intervenție	Pe termen scurt, mediu sau lung, adaptată situației	De obicei periodic sau ocazional, în funcție de criterii
Furnizori	Publici (stat, primării) și privați (ONG, culte, PFA)	Statul, prin agenții teritoriale sau primării
Acces	Pe baza evaluării sociale și planului individualizat	În funcție de venit, situație familială, statut social
Rol în sistem	Activ, proactiv, integrativ	Pasiv, compensatoriu

Finanțare	Bugete locale/stat, donații, fonduri externe	Bugete de stat și locale
Exemple	Centre de zi, locuințe protejate, consiliere psihologică	Ajutor social, alocație de susținere, tichete sociale

2.2. Beneficiile de asistență socială – formă de sprijin și incluziune

Beneficiile de asistență socială constituie un mecanism prin care statul sprijină persoanele sau familiile aflate în dificultate, fie prin completarea veniturilor, fie prin acordarea de ajutoare materiale sau financiare. Scopul acestor beneficii este dublu: pe de o parte, să asigure un nivel minim de trai; pe de altă parte, să contribuie la incluziunea socială și la îmbunătățirea calității vieții (Legea nr. 292/2011, art. 7).

2.2.1. *Tipologia beneficiilor de asistență socială*

Potrivit legislației, aceste beneficii sunt clasificate după mai multe criterii:

1. **După criteriile de eligibilitate**:
   - selective – acordate pe baza evaluării veniturilor și bunurilor (testarea mijloacelor);
   - universale – acordate tuturor, indiferent de venit;
   - categoriale – acordate anumitor grupuri, cu sau fără testarea veniturilor (copii, persoane cu dizabilități etc.).

2. **După scopul urmărit**:
   - combaterea sărăciei și a excluziunii sociale;
   - susținerea copilului și familiei;

- sprijinirea persoanelor cu nevoi speciale;
- intervenția în situații de urgență sau vulnerabilitate extremă.

3. **După destinatar**:
   - individuale – pentru o persoană sau un membru al familiei cu nevoie specifică;
   - familiale – destinate sprijinirii întregii familii.

În sprijinul celor mai vulnerabili membri ai societății, statul oferă o serie de beneficii sociale menite să asigure un minim de stabilitate și demnitate. Aceste forme de sprijin, deși variate, au un obiectiv comun: să răspundă nevoilor reale ale familiilor, persoanelor cu venituri reduse și celor cu dizabilități.

Pentru **familiile cu copii**, există o rețea de beneficii menite să susțină atât dezvoltarea celor mici, cât și echilibrul economic al gospodăriilor. **Alocația de stat pentru copii**, cu caracter universal, reprezintă un sprijin constant pentru fiecare copil, indiferent de statutul social al familiei. Pe lângă aceasta, **indemnizația pentru creșterea copilului** vine în ajutorul părinților în primii ani de viață ai copilului, iar **stimulentul de inserție** încurajează întoarcerea timpurie la muncă.

Alocația pentru susținerea familiei, **indemnizația de acomodare pentru adopție** și **alocația lunară de plasament** oferă sprijin financiar în situații specifice, atunci când copiii sunt adoptați, crescuți în afara familiei naturale sau provin din medii vulnerabile.

Pentru **persoanele și familiile cu venituri reduse**, statul pune la dispoziție forme de ajutor care asigură un trai minim decent. **Ajutorul social**, oferit prin mecanismul venitului minim de incluziune (VMI), este o ancoră financiară pentru cei lipsiți de resurse. În situații neprevăzute, pot fi acordate **ajutoare de urgență sau de înmormântare**, în timp ce **sprijinul pentru încălzirea locuinței** protejează familiile vulnerabile în sezonul rece.

În ceea ce privește **persoanele cu dizabilități**, sistemul social recunoaște nevoile suplimentare pe care le implică traiul zilnic și oferă **indemnizații și bugete complementare** atât pentru copii, cât și pentru adulți cu handicap. **Părinții sau tutorii** acestor persoane beneficiază de indemnizații speciale, iar pentru copiii cu dizabilități între 0 și 7 ani există **sprijin lunar pentru îngrijire**. Totodată, sunt prevăzute **ajutoare specifice pentru persoane diagnosticate cu HIV/SIDA sau TBC**, reflectând preocuparea sistemului pentru acele categorii care necesită protecție suplimentară. Prin aceste măsuri concrete, statul încearcă să reducă inegalitățile și să ofere un **cadru de sprijin real și adaptat** diverselor situații de viață în care se pot afla cetățenii.

2.2.2. *Sistemul Venitului Minim de Incluziune (VMI)*

Conform Legii nr. 196/2016, VMI este un program integrat care combină sprijinul financiar cu accesul la servicii sociale, educaționale, de ocupare și sănătate. Are două componente:

1. **Sprijin pentru incluziune** – înlocuiește vechiul ajutor social;
2. **Sprijin pentru familia cu copii** – încurajează participarea copiilor la educație și înlocuiește alocația pentru susținerea familiei.

O singură cerere activează ambele componente, iar plata este lunară și unificată.

2.2.3. *Alte tipuri de beneficii*

Într-o societate echitabilă, sistemul de beneficii sociale joacă un rol fundamental, fiind expresia concretă a angajamentului statului față de cetățenii aflați în situații de vulnerabilitate. Dincolo de alocații sau ajutoare clasice, există o serie de **beneficii suplimentare**, adaptate unor nevoi particulare, menite să ofere stabilitate, sprijin și șansa unei vieți demne.

Un exemplu relevant îl reprezintă **ajutorul pentru încălzirea locuinței**, destinat consumatorilor vulnerabili, conform Legii nr. 226/2021. În funcție de venitul lunar net pe membru de familie și de tipul de energie utilizat – fie că este vorba despre electricitate, gaze naturale, lemne sau alți combustibili – acest ajutor devine un sprijin crucial în sezonul rece pentru numeroase gospodării. Într-un context internațional marcat de crize umanitare, statul oferă și **ajutoare temporare pentru refugiați**, acordate fără obligația de rambursare, pentru o perioadă de până la nouă luni, cu posibilitatea de prelungire. Aceste măsuri reflectă solidaritatea și responsabilitatea față de cei forțați să își părăsească locuințele din cauza conflictelor sau persecuțiilor.

Părinții care au desfășurat activități generatoare de venit în ultimii doi ani pot beneficia de **concediu și indemnizație pentru creșterea copilului**, reglementate de OUG nr. 111/2010. Acest sprijin include o indemnizație lunară echivalentă cu 85% din venitul net realizat, dar nu mai mult de 8.500 lei, precum și **stimulentul de inserție**, acordat celor care revin mai devreme la locul de muncă. Aceste drepturi nu se adresează doar părinților biologici, ci și celor care au copilul în plasament sau sunt tutori legali. Pentru **copiii cu dizabilități și îngrijitorii acestora**, legislația oferă posibilitatea de **concediu prelungit**, dar și **indemnizații speciale** pentru copiii între 3 și 7 ani. În plus, persoanele cu handicap grav sau accentuat, care nu pot accesa alte tipuri de concedii, pot beneficia de sprijin lunar, iar îngrijitorii care muncesc în regim redus (4 ore/zi) primesc suport financiar dedicat.

Un alt tip de ajutor esențial este **indemnizația de acomodare acordată în procesul de adopție**. Persoanele sau familiile care adoptă un copil pot beneficia de un concediu de acomodare de până la un an, însoțit de o indemnizație lunară ajustată în funcție de vârsta copilului, eventualul grad de handicap sau prezența fraților adoptați împreună. În cazuri complexe, valoarea indemnizației poate fi majorată cu până la 100%. Toate aceste beneficii se stabilesc în raport cu **Indicatorul Social de Referință (ISR)**, un instrument care asigură o abordare uniformă și

predictibilă în calcularea sumelor acordate, fie că este vorba despre sprijin direct pentru nevoile de zi cu zi, fie despre stimulente pentru reintegrarea profesională.

În ansamblu, sistemul de beneficii sociale nu este doar un mecanism financiar – este un act de justiție socială. Prin el, statul contribuie activ la reducerea sărăciei, la combaterea excluziunii sociale, la prevenirea abandonului școlar, a violenței domestice, a lipsei de locuință și a șomajului de lungă durată. Aceste fenomene afectează nu doar indivizii, ci întregul țesut social. De aceea, eficiența și amploarea acestor măsuri reflectă, în fond, nivelul de umanitate și responsabilitate al unei societăți față de cei mai vulnerabili dintre noi.

Bibliografie

Agabrian, M., 2003, *Sociologie generală,* Iași: Institutul European

Bădărău, O. L., 2022, *Asistența socială a familiei și copilului*, Universitatea „Petre Andrei" din Iași

Bădărău, O. L., 2024, *Introducere în asistența socială*, Iași: Noel

Buzducea, D., 2021, *Asistența socială. Compediu de istorie, teorie și practică.* Iași: Polirom

Buzducea, D., (coord) 2010, *Asistența socială a grupurilor de risc,* Iași: Polirom

Bódi, D. C., 2007, „Managementul calității serviciilor sociale", în Muntean, A., Gagebiel, J. (coord.), *Practici în asistența socială. România și Germania,* Iași: Polirom, pp.41-49

Cojocaru, S., Cojocaru D., 2008, *Managementul de caz în protecția copilului. Evaluarea serviciilor și practicilor din România*, Iași: Polirom

Lazăr, F., 2015, *Patimile asistenței sociale din România,* București: Tritonic.

Schifirneț, C., 2002, *Sociologie,* București: comunicare.ro.

Tirziman, E., 2023, *Societatea digitală*, București: Pro Universitaria

Vlăsceanu, M., 2003, *Organizații și comportament organizațional,* Iași: Polirom

Guvernul României, *Ordonanța nr.86 din 19 august 2004* privind serviciile sociale, Monitorul Oficial nr.799 din 30 august 2004
Guvernul României, *Legea nr.47 din 8 martie 2006* privind sistemul național de asistență socială, Monitorul Oficial nr. 239 din 16 martie 2006, Monitorul Oficial nr.799 din 30 august 2004.

3. Rolul rețelelor sociale în asistența socială

L. Ciobanu

3.1. Introducere

Rețelele sociale reprezintă un fenomen global care a transformat modul în care oamenii comunică, relaționează și se informează. În contextul asistenței sociale, acestea au devenit instrumente valoroase atât pentru profesioniști, cât și pentru beneficiari, oferind noi canale de comunicare, promovare și intervenție. Materialul de față analizează rolul rețelelor sociale în asistența socială, cât și provocările asociate utilizării acestora.

3.2. Rețelele sociale digitale – instrumente moderne în sprijinul asistenței sociale

Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn sau YouTube sunt doar câteva dintre rețelele sociale frecvent utilizate de populație.

Conform raportului Digital 2025 de la DataReportal, aproximativ 75% dintre utilizatorii de internet din România folosesc

rețelele sociale, ceea ce demonstrează importanța crescândă a acestor platforme în comunicarea actuală.

În România YouTube este accesat de 13 milioane de persoane, Facebook de 9,9 milioane, TikTok de 8,5 milioane, Instagram de 5,5 milioane și LinkdIn de 4,9 milioane.

3.3. Tipuri de rețele sociale și relevanța lor în asistența socială

Asistenții sociali pot folosi rețelele sociale pentru a distribui informații utile, pentru a încuraja implicarea comunitară sau pentru a facilita accesul la resurse și servicii.

Rețelele sociale pot fi clasificate în funcție de scopul principal:

Platforme de socializare generală – Facebook, Instagram: ideale pentru comunicare publică și promovare. Multe ONG-uri și instituții folosesc aceste rețele pentru a anunța servicii sociale disponibile sau campanii de sprijin pentru persoane vulnerabile.

Platforme video – YouTube, TikTok: eficiente în campanii vizuale și educaționale.

Platforme de mesagerie – WhatsApp, Telegram: utile pentru comunicare directă și grupuri restrânse.

Platforme profesionale – LinkedIn: folosite pentru networking și schimb de bune practici.

3.4. Beneficii ale utilizării rețelelor sociale în asistența socială

Rețelele sociale oferă asistenților sociali oportunități valoroase de a-și îmbunătăți practica profesională prin stabilirea unor canale de comunicare mai accesibile și mai directe cu beneficiarii. Aceste platforme permit crearea unui mediu mai relaxat de

interacțiune, care poate facilita deschiderea beneficiarilor și exprimarea mai liberă a nevoilor lor.

Prin utilizarea rețelelor sociale într-un cadru profesional controlat, asistenții sociali pot menține o comunicare continuă cu comunitățile cu care lucrează, pot disemina informații utile mai rapid și pot ajunge la persoane care altfel ar putea fi greu de contactat prin metodele tradiționale.

Pentru a maximiza aceste beneficii păstrând în același timp standardele etice, este esențial ca profesioniștii să utilizeze conturi dedicate exclusiv activității profesionale, separate de conturile personale. Această abordare permite valorificarea potențialului rețelelor sociale în sprijinirea beneficiarilor, menținând în același timp granițele profesionale necesare și respectând principiile de confidențialitate și obiectivitate.

Oportunități:

- acces rapid la grupuri vulnerabile sau izolate;
- difuzarea informației în timp real;
- crearea de comunități de sprijin online. Rețelele sociale pot fi un instrument eficient pentru a atrage voluntari și a facilita recrutarea lor pentru diverse activități de asistență socială;
- reducerea costurilor de comunicare;
- creșterea transparenței și încrederii publice.

3.5. Provocări și riscuri

Implementarea rețelelor sociale în practica asistenței sociale aduce cu sine o serie de provocări complexe care necesită atenție specială. Una dintre principalele preocupări este răspândirea dezinformării, care poate afecta grav încrederea beneficiarilor în serviciile sociale și poate compromite eficacitatea intervențiilor. Informațiile false sau parțial corecte pot circula rapid pe aceste platforme, creând confuzie și neîncredere în sistemul de asistență socială.

Securitatea datelor reprezintă o altă provocare majoră, întrucât platformele de rețele sociale sunt adesea ținta atacurilor cibernetice, iar informațiile personale sensibile ale beneficiarilor pot fi compromise. Breșele de securitate pot expune date confidențiale, punând în pericol nu doar intimitatea persoanelor asistate, dar și respectarea normelor de protecție a datelor personale.

Expunerea la conținut neadecvat, inclusiv discursul instigator la ură, violența online sau informațiile cu caracter discriminatoriu, poate afecta atât profesioniștii, cât și beneficiarii, creând un mediu toxic care poate deteriora relația terapeutică și procesul de ajutor.

Pentru a naviga eficient în acest peisaj digital complex, asistenții sociali trebuie să dezvolte competențe digitale solide, care să includă cunoștințe despre verificarea informațiilor, gestionarea confidențialității online, recunoașterea și combaterea dezinformării, precum și aplicarea principiilor etice în mediul virtual. De asemenea, este necesară o formare continuă în domeniul siguranței cibernetice și o înțelegere aprofundată a politicilor de confidențialitate ale diferitelor platforme pentru a putea proteja adecvat atât propria persoană, cât și beneficiarii serviciilor sociale.

Utilizarea excesivă a rețelelor sociale poate duce la izolare socială și poate contribui la probleme de sănătate mintală, cum ar fi anxietatea și depresia. În contextul asistenței sociale, această dependență poate compromite calitatea relației terapeutice, reducând empatia și înțelegerea nuanțelor emoționale care sunt esențiale în procesul de ajutor. Asistenții sociali riscă să piardă din vedere importanța comunicării nonverbale și a prezenței fizice în construirea încrederii cu beneficiarii, iar aceștia din urmă pot dezvolta o preferință exagerată pentru comunicarea virtuală, evitând contactul direct care este adesea necesar pentru progresul real în rezolvarea problemelor sociale complexe.

3.6. Promovarea activităților sociale prin intermediul rețelelor sociale

Rețelele sociale reprezintă astăzi unul dintre cele mai eficiente canale de comunicare și promovare a activităților sociale, datorită accesibilității lor și capacității de a ajunge rapid la un public numeros și divers. Platforme precum Facebook, Instagram sau TikTok permit organizațiilor, asociațiilor și grupurilor comunitare să își prezinte misiunea, valorile și inițiativele într-o manieră atractivă și interactivă.

Prin publicarea constantă de conținut relevant – texte, imagini, videoclipuri și povești inspiraționale – se pot evidenția rezultatele proiectelor, impactul asupra beneficiarilor și nevoile comunității. Comunicarea online poate fi folosită pentru:

– informarea publicului despre proiecte, campanii și evenimente;
– mobilizarea voluntarilor și donatorilor;
– sensibilizarea opiniei publice cu privire la problemele sociale existente;
– crearea de comunități virtuale în jurul unor cauze comune.

Un plan de promovare eficient în social media ar trebui să includă:

– definirea clară a obiectivelor (ex. creșterea vizibilității, atragerea de resurse);
– alegerea canalelor potrivite pentru publicul țintă;
– stabilirea unui calendar editorial cu postări regulate;
– utilizarea materialelor vizuale de calitate și a unui limbaj adaptat publicului;
– interacțiunea activă cu urmăritorii (răspunsuri la comentarii, mesaje private, sondaje).

Astfel, rețelele sociale nu doar transmit informații, ci creează un spațiu de dialog și colaborare, facilitând implicarea comunității și susținerea inițiativelor sociale.

3.7. Recomandări

1. **Investiți în conținut vizual de calitate** – fotografiile și videoclipurile reale, cu oameni și activități autentice, au cel mai mare impact emoțional.
2. **Construiți o poveste a cauzei** – oamenii se conectează mai ușor la povești decât la simple informații statistice.
3. **Folosiți mai multe platforme** – nu vă limitați la o singură rețea socială; adaptați mesajele pentru fiecare canal.
4. **Interacționați cu publicul** – răspundeți la comentarii, creați sondaje, încurajați distribuirea conținutului.
5. **Colaborați cu influenceri locali** – aceștia pot amplifica mesajul și atrage noi susținători.
6. **Planificați campaniile** – un calendar editorial ajută la menținerea unei prezențe constante și coerente.
7. **Monitorizați rezultatele** – analizați statisticile postărilor și ajustați strategia în funcție de ceea ce funcționează.
8. **Respectați confidențialitatea** – obțineți acorduri scrise pentru publicarea imaginilor sau informațiilor personale ale beneficiarilor.

3.8. Concluzii

Rolul rețelelor sociale în domeniul asistenței sociale a devenit esențial în contextul digitalizării accelerate a societății. Aceste platforme nu mai sunt doar un mijloc opțional de comunicare, ci o necesitate strategică pentru orice organizație sau instituție care dorește să crească impactul intervențiilor sociale și să consolideze legătura cu comunitatea.

Prin utilizarea rețelelor sociale, se facilitează accesul rapid și eficient la informații relevante, se promovează transparența activităților și se stimulează participarea activă a beneficiarilor, voluntarilor și donatorilor. Astfel, inițiativele sociale capătă vizibilitate, atrag sprijin concret și pot genera o mobilizare

comunitară puternică, de la nivel local până la nivel regional sau național.

Pentru ca această putere comunicativă să fie valorificată pe deplin, este necesar ca organizațiile să adopte o strategie bine definită, bazată pe crearea unui conținut relevant și autentic, adaptat nevoilor și așteptărilor publicului țintă. În plus, comunicarea trebuie să fie constantă și interactivă, astfel încât să se construiască relații de încredere și să se mențină un dialog real cu comunitatea.

Totodată, succesul în utilizarea rețelelor sociale în asistența socială presupune o flexibilitate continuă, prin ajustarea mesajelor și a metodelor în funcție de evoluția tendințelor digitale și feedback-ul primit. Nu în ultimul rând, respectarea eticii, protecția datelor și consimțământul informat al beneficiarilor sunt imperative pentru menținerea unui climat de respect și responsabilitate socială.

În concluzie, rețelele sociale reprezintă un instrument puternic, care, dacă este folosit cu responsabilitate și profesionalism, poate transforma semnificativ modul în care asistența socială răspunde nevoilor comunităților vulnerabile și contribuie la construirea unei societăți mai incluzive și solidare.

Bibliografie

Buzducea, D., 2021, *Asistența socială. Compendiu de istorie, teorie și practică*. Iași: Polirom, ediția a II-a

Hoară, A.S., 2019, *Sistemul de Asistență Socială în era informațională. Un „upgrade" al serviciilor sociale destinate vârstnicilor la noile tehnologii* în Revista de Asistență Socială, anul XVIII, nr. 2/2019 https://ro.scribd.com/document/459175692/serviciile-de-asistenta-sociala-in-era-digitala

Rădăcină, O.A., 2023, *Digitalizare în asistență socială: provocări, limite și direcții de dezvoltare* în Revista Calitatea Vieții, nr. 4/2023, https://revistacalitateavietii.ro/journal/article/download/2023-4-01/pdf/2359

Capitolul 3
Asistența socială a familiei și copilului

A.I. Șandru, A.M. Lăzărescu, V.I. Nicolăescu

1. Teorii și funcții ale familiei

A.I. Șandru

Familia reprezintă nucleul de bază al societății, oferind mediul ideal pentru dezvoltarea fizică, emoțională și socială a copilului. Ea joacă un rol esențial în transmiterea valorilor și în pregătirea noilor generații pentru participarea activă în societate. Aceasta este definiția familiei, cel mai des întâlnită, dar vom prezenta și alte puncte de vedre ale unor sociologi și ale altor oameni de știință cu renume.

Astfel, antropologul francez Claude Levi-Strauss definește familia ca un grup organizat, care își are originea în căsătorie și constă din soț, soție și copiii născuți din unirea lor, din relația lor, deși uneori acestui grup restrâns i se pot adăuga și alte rude.

Grupul familial este unit prin drepturi și obligații morale, juridice, economice, religioase și sociale.

1.1. Tipuri de familie

Sociologii disting mai multe **tipuri de familie:**

- nucleară – părinți și copii necăsătoriți;
- extensivă – mai multe generații care trăiesc împreună;
- de rezidență – persoane care împart aceeași locuință;
- navetistă – membri care trăiesc la distanță, dar mențin legături active;
- „normală" – structurată, stabilă, bazată pe respect și afecțiune;
- „anormală" – incompletă, dezorganizată sau neoficializată.

1.2. Funcțiile familiei

De-a lungul timpului, sociologii și psihologii au analizat multiplele funcții ale familiei, subliniind modul în care aceasta răspunde nevoilor biologice, psihologice și sociale ale membrilor săi. Funcțiile familiei sunt interdependente și se manifestă atât în plan privat, cât și în plan social (Voinea, 2010).

Funcțiile familiei se împart în funcții interne (ce țin de viața intimă a familiei) și funcții externe (care contribuie la integrarea în societate).

1. **Funcții interne**:
   – biologică și sanitară – procreare, sănătate, igienă;
   – economică – stabilitate financiară, locuință, buget;
   – afectivă – sprijin emoțional, solidaritate familială;
   – educațională – transmiterea normelor, socializare primară.

2. Funcții externe:
   – socializare – integrarea copilului în societate;

– integrare – armonizarea comportamentului cu valorile sociale.

- **Funcția biologică și de reproducere** asigură continuitatea speciei prin procreare. Familia creează cadrul social și legal pentru nașterea și creșterea copiilor, oferind mediul necesar pentru dezvoltarea lor fizică. În plus, include și responsabilitatea menținerii sănătății membrilor familiei (Mitrofan, 1999).
- **Funcția economică**- familia este o unitate economică de bază, asigurând resursele materiale necesare traiului membrilor săi. Aceasta include producerea (sau obținerea) de venituri, administrarea cheltuielilor și asigurarea bunurilor de consum. În societățile tradiționale, familia producea o mare parte din bunurile consumate; în prezent, accentul cade pe gestionarea veniturilor (Zamfir & Vlăsceanu, 1998).
- **Funcția educativă și de socializare** - familia este primul mediu de formare a personalității. Copiii învață norme, valori, modele de comportament și deprinderi sociale. Părinții transmit tradiții, credințe și obiceiuri, contribuind la integrarea socială a individului. Această funcție este susținută de teorii psihologice precum cea a învățării sociale (Bandura, 1977, Voinea, 2010).

Funcția afectivă și de sprijin emotional- familia oferă un cadru securizant în care membrii își exprimă emoțiile, primesc susținere afectivă și găsesc înțelegere. Această funcție este esențială pentru sănătatea psihică și echilibrul emoțional al indivizilor. Lipsa acesteia poate conduce la alienare, anxietate sau dificultăți de relaționare (Mitrofan & Ciupercă 2002).

- **Funcția de protecție și securitate**- familia îi protejează pe membrii săi de riscuri fizice, sociale și emoționale. Include protecția copiilor, a persoanelor vârstnice și a celor vulnerabile. În situații de criză (boală, pierdere a locului de muncă, conflicte sociale), familia funcționează ca un scut de siguranță (Zamfir, 1987).

- **Funcția culturală și recreativă-** familia transmite patrimoniul cultural, obiceiurile, tradițiile și valorile unei comunități. Totodată, organizează activități de petrecere a timpului liber, favorizând coeziunea și relaxarea membrilor (Voicu, 2006).

1.3. Socializarea în familie

1.3.1. *Socializarea primară*

Aceasta are loc în familie, unde copilul învață primele roluri sociale prin observarea și imitarea părinților. Părinții transmit reguli, valori și norme culturale, iar copiii învață prin implicare activă, recompense și sancțiuni. Pe măsură ce copilul crește, intervine socializarea secundară, în școală, grupuri și comunități. Menirea socializării este să asigure continuitatea societății prin formarea culturală a generațiilor.

De aceea, e necesar ca socializarea să **se realizeze prin**:

- **expunerea selectivă** către copii a comportamentelor pozitive și, respectiv, prin ascunderea comportamentelor negative, precum evitarea certurilor între părinți, în fața copiilor;
- **implicarea și responsabilizarea** treptată a copiilor în activități consacrate social, precum cele din gospodărie și, respectiv, de la grădiniță și școală;
- **recompensarea comportamentelor** pozitive prin recunoaștere, elogiere, prestigiu și solicitare și, respectiv, sancționarea comportamentelor negative prin observație, validare emoțională și înțelegere. Socializarea vizează sensul valoric al societății.

Socializarea realizată în grupul primar, al familiei, este considerată drept socializare inițială, primară. Viața îl determină însă pe individ să-și însușească și alte roluri sociale, precum cele de elev, student, salariat, soț, părinte etc. Aceasta îl impune să se socializeze în continuare. Socializarea ulterioară se realizează

în grupuri secundare (școli, locuri de muncă, cluburi etc.) și primește denumirea de socializare secundară.

1.3.2. *Socializarea secundară*

Raportul dintre socializarea primară și **socializarea secundară** este de complementaritate. Prin urmare, relațiile complexe puse în mișcare prin mecanismul viu al familiei determină o continuitate a funcțiilor interne în plan social general. În felul acesta, funcțiile externe reprezintă o continuare, o prelungire a funcționalității interne, efectele pe termen lung ale instituției familiei. Scopul oricărei societăți este de a-și menține echilibrul, ordinea socială și normativă. Acest deziderat se poate atinge prin funcționarea optimă a elementelor structurii sociale, a grupurilor, colectivităților și instituțiilor și prin integrarea armonioasă a indivizilor în diversele sfere ale societății. Pentru realizarea acestor scopuri funcționale, societatea și-a creat și și-a perfecționat mecanisme specifice de socializare și integrare socială.

Unul din efectele procesului socializării, exercitării rolurilor de către indivizi în conformitate cu așteptările grupului, participării la viața socială este integrarea socială. Integrarea socială reprezintă un proces social fundamental, care presupune acomodarea, adică soluționarea conflictelor existente între diferite aspirații și atitudini comportamentale, între indivizi, grupuri, clase.

1.4. Teoria sistemică a familiei

Conform teoriei sistemelor, familia este un sistem viu, format din membri care interacționează și se influențează reciproc. Orice schimbare într-o parte a sistemului afectează întregul. Sistemul familial poate fi deschis (interacționează cu mediul) sau închis (izolat).

Caracteristicile unui sistem includ: stabilitate, echilibru (homeostazie), diferențiere, reciprocitate și nonsumativitate (întregul este mai mult decât suma părților).

Un ansamblu de entități reunite prin interacțiune și interdependență formând un întreg se numește sistem. În concepția lui Andreson, Carter și Lowe (1999), „un sistem este un întreg organizat, format din component care interacționează în mod diferit față de interacțiunea lor cu alte entități și care reprezintă o perioadă de timp".

Sistemul se realizează printr-un ansamblu (asociere) de părți componente ceea ce conferă un caracter structuralist sistemului. Componentele din care se realizează un sistem se numesc entități, având un caracter real și abstract. Interacțiunea și interdependența entităților conferă sistemului o funcționalitate prin conexiuni între entități. Entitățile nu poseda funcționalitatea sistemului. Orice sistem este un întreg având un scop, o finalitate. Precizarea sistemului înseamnă și o delimitare a acestuia față de mediul înconjurător. Orice sistem se poate considera la rândul sau ca o entitate, deci ca o componentă a unui alt sistem.

Perspectiva sistemică a reprezentat o schimbare de optică în asistența socială. Spre deosebire de psihanaliză, această viziune arată că individul este influențat nu doar de factori psihologici, ci și de factori externi, de contexte și experiențe sociale. De asemenea, ca urmare a acestei schimbări de optică, în această perioadă se conturează și unul dintre cele mai importante principii din asistența socială, anume acela că profesia de asistent social trebuie exercitată împreună cu clientul, și nu asupra acestuia. Cu alte cuvinte, persoana asistată nu mai este văzută ca „pacient", ci ca un „client" al unor servicii. Valoarea teoriei sistemice constă în faptul că abordează „întregul", în loc să se preocupe parțial doar de o anumită componentă a comportamentului uman sau social, așa cum fac alte teorii (Hanson, 1995). Deși este o abordare holistă, a ansamblului, în asistența socială teoria sistemică se axează în principal tot pe lucrul cu indivizii, pentru a-i ajuta să se integreze în ordinea socială existentă, cu

 alte cuvinte pentru a-i ajuta să remedieze relațiile cu alte subsisteme.

Prin urmare, așa cum accentuează Anderson et al (1999), abordarea oricărei probleme individuale și a oricărei situații sociale presupune, în această viziune teoretică, să luăm în considerare nu doar aspectele personale ale clienților, ci și modul în care acestea interacționează cu aspectele personale ale altor persoane care fac parte din aceleași sisteme ca și ei, să analizăm cum aceste elemente se intercondiționează și interrelaționează pentru a forma sistemul, cu alte cuvinte să ne gândim și la aspectele sociale implicate de orice problemă sau situație individuală. Deoarece ia în considerare relațiile și conexiunile sociale ale indivizilor atunci când se lucrează cu ei, ca și (re)integrarea lor în ordinea socială existentă, perspectiva sistemică în asistența socială constituie o abordare individual-reformatoare (Payne, 2011). În abordare sistemică, asistența socială trebuie să se preocupe mai mult de dezvoltarea unei ordini sociale mai eficiente, decât de promovarea unor schimbări sociale radicale. Aceasta o diferențiază de teoriile radicale, care au constituit cealaltă perspectivă sociologică influentă în aceeași perioadă, și care, de asemenea, respingeau teoriile tradiționale psihologice din asistența socială, dar care respingeau, de asemenea, ordinea socială existentă, susținând necesitatea promovării unei noi ordini sociale.

Sistemul reprezintă o entitate cu granițe limitate, în interiorul cărora energia fizică și mentală (psihologică) este schimbată mai mult decât în afara acestor granițe. Granițele delimitează sistemele și exprimă permeabilitatea sau numărul permis de tranzacții/interacțiuni între sisteme. Astfel, fiecare sistem familial are anumite granițe (fizice, sociale, psihologice), care protejează integritatea sistemului și determină cine se află în interiorul acestuia și cine – în afara lui. Aceste granițe permit, însă, contacte cu alte sisteme externe. Sistemele pot fi închise și deschise. Sistemul închis reprezintă un sistem care nu realizează schimburi în afara granițelor (ca fiind într-o sticlă închisă etanș), nu are acces la mediu (sau accesul lui la resurse suplimentare

este limitat) și trebuie să-și acopere toate necesitățile folosind resursele proprii care, desigur, se pot epuiza.

Sistemul deschis reprezintă sistemul în care energia internă traversează granițele, este permeabil, adică interacționează frecvent și face schimburi de resurse cu alte sisteme, cu mediul lui. Sistemul familial este, în majoritatea cazurilor, un sistem deschis, membrii familiei interacționează cu membrii familiei extinse (bunici, unchi, mătușe, verișori), precum și cu sisteme extrafamiliale (școală, vecini, biserică etc.)

1.5. Aplicarea teoriei sistemelor în asistența socială

În asistența socială, abordarea sistemică presupune evaluarea individului în contextul familial și social. Asistentul social nu intervine doar asupra individului, ci lucrează cu întreaga familie, facilitând echilibrul intern și conectarea cu alte sisteme: școală, servicii sociale, comunități.

Tipuri de sisteme de sprijin:

- informale – familie, prieteni, vecini;
- formale – organizații și asociații;
- societale – instituții precum școli, spitale, biserici.

Persoanele vulnerabile pot avea acces limitat la aceste resurse. Rolul asistentului social este să medieze și să faciliteze accesul către aceste sisteme, sprijinind reintegrarea socială. Familia este un sistem complex, cu funcții multiple esențiale pentru individ și societate. Prin teoria sistemică, se poate înțelege mai bine dinamica familială și se poate interveni eficient în sprijinul celor aflați în dificultate, într-o manieră holistică și centrată pe interacțiuni.

1.6. Teoria funcțională

Aceasta își are rădăcinile în sociologia clasică, mai ales în lucrările lui Émile Durkheim, fiind ulterior dezvoltată de sociologi precum Talcott Parsons și Robert K. Merton. Funcționalismul susține că societatea este un sistem compus din părți interdependente, iar fiecare parte îndeplinește funcții necesare pentru menținerea echilibrului social (Parsons & Bales, 1955).

Familia, ca instituție socială, are un rol central în acest sistem. Parsons a descris două roluri esențiale în familie:

- *Rolul instrumental* (de obicei asociat cu bărbatul) – furnizarea resurselor materiale, protecția familiei, integrarea în viața publică.
- *Rolul expresiv* (de obicei asociat cu femeia) – îngrijirea copiilor, suportul emoțional, menținerea coeziunii interne.

De asemenea, această teorie susține că familia contribuie la transmiterea normelor și valorilor culturale, formând indivizi adaptați social. În acest caz, funcția educativă este considerată fundamentală pentru reproducerea ordinii sociale.

Teoria funcțională explică modul în care familia se raportează la alte instituții sociale, cum ar fi educația, economia și religia. Este utilă în analiza schimbărilor sociale, de exemplu, în înțelegerea impactului creșterii ratei divorțului asupra stabilității comunității.

Așadar, această teorie prezintă familia ca fiind un mecanism de stabilizare socială, unde fiecare membru are roluri bine definite care mențin armonia, iar problemele familiale sunt percepute ca dezechilibre între roluri și funcții.

Totodată, acestei teorii i-au fost aduse unele critici, fiind acuzată de tradiționalism și de promovarea unor roluri de gen rigide, ignorând schimbările culturale și egalitatea de gen, că tinde să subestimeze conflictele și inegalitățile din familie (perspectiva conflictualistă) și nu explică suficient diversitatea formelor familiale contemporane.

1.7. Teoria ciclurilor vieții

Teoria ciclurilor vieții (*Family Life Cycle Theory*) a fost dezvoltată inițial de Evelyn Duvall în anii '50 și ulterior adaptată de alți cercetători. Aceasta descrie familia ca trecând prin etape previzibile, fiecare având sarcini de dezvoltare și provocări specifice (Duvall, 1977).

Modelul clasic include etape precum:

1. **Formarea cuplului** – stabilirea relației, definirea rolurilor și valorilor comune.
2. **Nașterea copiilor** - adaptarea la rolul parental, îngrijirea și socializarea timpurie a copiilor.
3. **Creșterea și educarea acestora** - susținerea educației formale, menținerea coeziunii familiale, echilibrarea între autonomie și control parental, gestionarea conflictelor.
4. **Plecarea copiilor („cuibul gol")** – adaptarea părinților la noua situație, redefinirea relației de cuplu.
5. **Pensionarea și bătrânețea** – ajustarea la pensionare, eventuale probleme de sănătate, rolul de bunic/bunică.

Această teorie e benefică deoarece fiecare etapă are sarcini de tranziție (ex. schimbarea rolurilor, adaptarea la nevoi noi), însă problemele apar când familia nu reușește să finalizeze sarcinile unei etape înainte de a trece la următoarea.

Modelul permite diagnosticarea problemelor în consilierea de cuplu sau familie. Este folosită în:

- Terapie de familie (identificarea blocajelor de dezvoltare).
- Planificare socială și educațională (politici pentru susținerea familiilor în tranziție).
- Cercetări demografice (analiza structurii pe vârste a populației și a dinamicii familiale).

Criticile aduse acestei teorii se referă la faptul că modelul inițial este centrat pe familia nucleară tradițională, neglijând diversitatea formelor familiale (familii monoparentale, fără copii

etc.). Totodată, în cadrul acestei teorii, etapele pot varia cultural sau economic și nu ia în calcul rupturile majore, cum ar fi divorțul sau migrația forțată.

Bibliografie

Bădărău, Oana, Lăcrămioara 2022, *Asistența socială a familiei și copilului*, Universitatea „Petre Andrei" din Iași

Bădărău, Oana, Lăcrămioara 2024, *Introducere în asistența socială*, Iași: Noel

Coulshed, Veronica, 1993, *Practica asistenței sociale,* București: Alternative

Irimescu, Gabriela, 2004, *Asistența socială a familiei și copilului,* Iași: Editura Universității „Al. I. Cuza"

Merton, R. K., 1968, *Social Theory and Social Structure*. New York: Free Press.

Mihăilescu, Ioan, 1999, *Familia în societățile europene*, București: Editura Universității București

Mitrofan, Iolanda, Ciupercă, Cristian, 1998, *Incursiune în psihosociologia și psihosexologia familiei,* București: Press Mihaela

Mitrofan, I., 1999, *Psihologia familiei*. București: Editura Științifică.

Mitrofan, I., & Ciupercă, C., 2002, *Psihologia relațiilor de cuplu*. București: Sper.

Neamțu, Nicoleta (coord.), 2008, *Practica asistenței sociale centrată pe individ și familie. Studii de caz,* Cluj-Napoca: Napoca Star

Parsons, T., & Bales, R. F., 1955, *Family, Socialization and Interaction Process*. Glencoe: Free Press.

Rodat, Simona, 2016, *Teorii și modele în asistența socială*, Cernica: Editura Institutului Teologic Adventist

Voicu, B., 2006, *Valori și comportamente în societatea românească*. Iași: Polirom.

Voinea, M., 2010, *Sociologia educației*. București: Editura Universitară.

Zamfir, E., 1987, *Familia în România contemporană*. București: Editura Politică.

Zamfir, C., & Vlăsceanu, L., 1998, *Dicționar de sociologie*. București: Babel.

2. Roluri și statusuri familiale: complementaritate și conflict de rol, roluri parentale în familia tradițională versus familia contemporană (modernă)

A.M. Lăzărescu

Familia, ca instituție socială fundamentală, funcționează pe baza unui ansamblu de **roluri** și **statusuri** asumate de membrii săi. În sociologie, conceptul de status desemnează poziția socială pe care un individ o ocupă într-o structură socială sau într-un grup. În cadrul familiei, statusurile sunt atribuite prin naștere (de exemplu, „fiu/fiică") sau dobândite prin căsătorie (de exemplu, „soț/soție") (Zamfir & Vlăsceanu, 1998). Pe de altă parte, rolul este ansamblul de comportamente, drepturi, obligații și așteptări sociale asociate unui anumit status. Astfel, rolul de „părinte" implică atât funcții de îngrijire și educare a copiilor, cât și responsabilitatea de a asigura un mediu stabil și sigur.

Rolurile și statusurile familiale nu sunt fixe, ci se modifică în funcție de contextul istoric, economic și cultural. În trecut, acestea erau mai strict delimitate, în timp ce în societatea contemporană tind să fie negociabile, mai flexibile și mai adaptabile la nevoile individuale (Voinea, 2010). În context familial, aceste concepte devin esențiale pentru înțelegerea modului în care membrii interacționează, colaborează sau, uneori, intră în conflict.

Pe parcursul istoriei, organizarea familială și distribuirea rolurilor au suferit transformări semnificative, trecând de la structuri tradiționale, cu roluri clar delimitate, la forme moderne, în care flexibilitatea și negocierea sunt predominante (Voinea, 2010).

2.1. Complementaritatea și conflictul de rol

Complementaritatea apare atunci când rolurile membrilor familiei se completează armonios, fiecare contribuind la bunăstarea comună prin îndeplinirea unor funcții distincte, dar interdependente. În modelul tradițional, soțul deținea rolul instrumental — furnizor de resurse materiale și protecție —, iar soția îndeplinea rolul expresiv — îngrijirea copiilor și a gospodăriei (Parsons & Bales, 1955).

Această complementaritate favorizează stabilitatea și claritatea așteptărilor, reducând incertitudinea privind responsabilitățile. Totuși, ea presupune acceptarea unor diferențe de atribuții, adesea influențate de normele culturale ale epocii.

Conflictul de rol apare atunci când așteptările asociate unui rol sunt contradictorii sau intră în competiție cu alte roluri deținute de aceeași persoană. De exemplu, o mamă care lucrează cu normă întreagă poate resimți presiunea de a excela simultan în carieră și în rolul de părinte, ceea ce generează stres și tensiuni.

În familia modernă, conflictul de rol este mai frecvent din cauza diversificării responsabilităților și a multiplicării statusurilor (profesional, parental, conjugal). Lipsa unei împărțiri echitabile a sarcinilor domestice sau a unei comunicări eficiente poate amplifica aceste conflicte (Mitrofan, 1999).

2.2. Rolurile parentale în familia tradițională versus familia contemporană

2.2.1. *Familia tradițională*

Familia tradițională, dominantă în societățile preindustriale și în primele etape ale modernizării, era era puternic influențată de norme patriarhale în care autoritatea aparținea în principal tatălui, unde existau **roluri clar delimitate** între soț și soție:

- **Tatăl**: autoritatea supremă, responsabil de întreținerea materială și luarea deciziilor majore.
- **Mama**: responsabilă de creșterea și educarea copiilor, de treburile gospodărești și menținerea relațiilor sociale apropiate.

Rolurile erau strict delimitate, cu o slabă implicare a tatălui în viața emoțională și educațională a copiilor, iar munca femeii în gospodărie nu era recunoscută ca activitate economică.

Acest model asigura o **stabilitate aparentă**, dar limita libertatea individuală, mai ales a femeilor, și reducea flexibilitatea în fața schimbărilor sociale (Voicu, 2006).

2.2.2. *Familia contemporană (modernă)*

Familia contemporană a trecut prin transformări profunde sub influența industrializării, urbanizării, emancipării femeilor și schimbărilor culturale. În familia modernă, rolurile parentale au devenit mai flexibile și mai echilibrate:

- egalitatea în luarea deciziilor;
- partajarea responsabilităților domestice și parentale;
- implicarea emoțională crescută a tatălui în creșterea copiilor;
- recunoașterea faptului că ambii părinți pot fi atât susținători financiari, cât și îngrijitori.

Rolul tatălui în familia modernă nu se mai limitează la dimensiunea economică, ci include:

– participarea activă la educația copiilor;
– susținerea emoțională a partenerului;
– implicarea în activitățile casnice (Coltrane, 1996).

Rolul mamei este mult mai diversificat, combinând:

– cariera profesională;
– îngrijirea copiilor;
– contribuția financiară la bugetul familiei.

Acest model promovează **parteneriatul** și negocierea rolurilor, în funcție de competențele, disponibilitatea și preferințele fiecărui membru.

Deși familia modernă oferă mai multă egalitate și adaptabilitate, ea poate genera și **conflicte noi**, precum competiția pentru timp, presiunea de a excela în multiple domenii sau dificultăți în menținerea echilibrului muncă – viață personală (Giddens, 1992).

Bibliografie

Bianchi, S. M., Sayer, L. C., Milkie, M. A., & Robinson, J. P., 2012, *Housework: Who Did, Does or Will Do It, and How Much Does It Matter?*. Social Forces, 91(1), 55–63.

Coltrane, S., 1996, *Family Man: Fatherhood, Housework, and Gender Equity*. Oxford University Press.

Giddens, A., 1992, *The Transformation of Intimacy*. Stanford University Press.

Mitrofan, I., 1999, *Psihologia familiei*. București: Editura Științifică.

Parsons, T., & Bales, R. F., 1955, *Family, Socialization and Interaction Process*. Glencoe: Free Press.

Voicu, B., 2006, *Valori și comportamente în societatea românească*. Iași: Polirom.

Voinea, M., 2010, *Sociologia educației*. București: Editura Universitară.

Zamfir, C., & Vlăsceanu, L., 1998, *Dicționar de sociologie*. București: Babel.

3. Criza familială

A.M. Lăzărescu, A.I. Șandru

3.1. Dificultăți și surse ale crizelor familiale

Termenul „criză" provine din grecescul „krisis", care înseamnă „decizie" sau „moment de cotitură". În domeniul sănătății mentale, Erik Lindemann (1944) a introdus acest concept în studiile sale despre reacțiile de doliu, identificând criza ca o reacție acută însoțită de tulburări somatice, vinovăție, ostilitate și comportamente disfuncționale. Gerald Caplan (1964), continuând cercetările, definește criza ca o situație în care individul se confruntă cu o problemă pentru care nu deține soluții eficiente, iar metodele obișnuite de adaptare devin ineficiente.

Familia este adesea percepută ca un refugiu sigur, un spațiu al stabilității și al sprijinului reciproc. Cu toate acestea, viața de familie nu este lipsită de tensiuni și provocări. În orice etapă a ciclului de viață familial, pot apărea dificultăți care, dacă nu sunt gestionate corespunzător, se pot transforma în crize familiale. Acestea pot fi generate de schimbări bruște, de acumularea treptată a problemelor sau de factori externi asupra cărora familia nu are control (Mitrofan, 1999).

Criza familială nu înseamnă doar conflict sau ruptură, ci o perioadă de dezechilibru în care mecanismele obișnuite de adaptare nu mai sunt suficiente. Modul în care familia răspunde acestor provocări determină dacă situația se rezolvă constructiv sau se transformă într-o ruptură iremediabilă (Boss, 2002).

Crizele familiale sunt inevitabile într-o anumită măsură, dar nu toate duc la destrămare. Ele nu apar în mod întâmplător și nici nu sunt rezultatul unui singur eveniment izolat. Ele își au adesea rădăcinile într-un ansamblu de factori interni și externi, care, acționând separat sau în combinație, destabilizează

echilibrul vieții de familie. Unele surse sunt previzibile și țin de ritmul natural al vieții – cum ar fi trecerea prin diferitele etape ale ciclului familial sau schimbările majore de roluri. Altele, dimpotrivă, apar brusc și imprevizibil, precum pierderea unui loc de muncă, îmbolnăvirea gravă a unui membru sau confruntarea cu o situație de criză socială.

Este important de subliniat că aceleași evenimente nu provoacă întotdeauna crize în toate familiile. Ceea ce face diferența este modul în care membrii percep situația, resursele emoționale și materiale de care dispun, precum și capacitatea lor de a comunica și coopera. Prin urmare, în analiza surselor crizelor familiale nu se urmărește doar identificarea factorilor declanșatori, ci și înțelegerea mecanismelor prin care aceștia reușesc să zdruncine stabilitatea unei familii. Există mai multe **surse ale crizelor familiale:**

• **Crize legate de ciclul de viață**

Pe parcursul vieții, familia trece prin etape de tranziție (formarea cuplului, nașterea copiilor, plecarea lor, pensionarea). Fiecare etapă aduce sarcini de dezvoltare care necesită ajustări. De exemplu:

– adaptarea la rolul de părinte după nașterea primului copil;
– gestionarea adolescenței copiilor, perioadă marcată de conflicte privind autonomia;
– sindromul „cuibului gol", care poate declanșa sentimentul de inutilitate și singurătate (Duvall, 1977).

Aceste momente nu sunt în sine negative, dar devin surse de criză atunci când schimbările nu sunt înțelese sau acceptate.

• **Probleme economice**

Instabilitatea financiară este una dintre cele mai frecvente cauze ale tensiunilor familiale. Pierderea locului de muncă, acumularea de datorii sau scăderea veniturilor pot amplifica stresul,

ducând la certuri, resentimente și chiar destrămarea relațiilor (Voicu, 2006).

• **Probleme de comunicare și relaționare**

O comunicare deficitară — caracterizată prin lipsă de ascultare, critici excesive, tăcere ostilă — erodează treptat legătura emoțională dintre parteneri. Lipsa exprimării nevoilor și sentimentelor creează frustrări și distanțare (Gottman & Silver, 1999).

• **Infidelitatea și pierderea încrederii**

Infidelitatea este percepută ca o trădare profundă, capabilă să zdruncine bazele relației. Încrederea, odată pierdută, este dificil de reconstruit, iar procesul de vindecare este adesea lung și dureros.

• **Probleme de sănătate**

Bolile cronice, dizabilitățile sau dependențele (alcool, droguri, jocuri de noroc) afectează profund dinamica familială. Membrii familiei pot resimți epuizare fizică și emoțională, ceea ce crește riscul apariției conflictelor.

• **Factori externi și sociali**

Migrația economică, mutarea în alt oraș sau țară, presiunile culturale sau lipsa sprijinului social pot genera izolare și dezadaptare. Familiile aflate în medii ostile sau expuse discriminării sunt mai vulnerabile la crize (Zamfir & Vlăsceanu, 1998).

3.2. Dificultăți în gestionarea crizelor

Viața de familie este un proces complex, dinamic, în care echilibrul emoțional, social și economic este permanent pus la încercare. Deși familia este adesea percepută ca un spațiu de siguranță și sprijin, realitatea cotidiană arată că, inevitabil, apar

situații tensionate, obstacole și provocări. Aceste dificultăți pot fi vizibile și imediate, cum ar fi pierderea locului de muncă sau o boală gravă, ori pot fi subtile și acumulate în timp, precum răcirea relațiilor sau comunicarea deficitară dintre membri.

Fiecare familie, indiferent de structura sau de cultura din care face parte, se confruntă la un moment dat cu situații care testează coeziunea și reziliența grupului. În lipsa unei abordări constructive, aceste dificultăți pot evolua spre crize profunde, amenințând stabilitatea relațiilor și bunăstarea emoțională a tuturor membrilor. Înțelegerea naturii acestor probleme, a modului în care ele apar și a impactului pe care îl au asupra vieții de familie este esențială pentru prevenirea escaladării lor și pentru construirea unui climat familial sănătos.

1. Negarea problemei

În multe familii, recunoașterea existenței unei crize este evitată de teama stigmatizării sau din dorința de a „păstra aparențele". Această negare întârzie intervenția și poate agrava situația.

2. Lipsa abilităților de rezolvare a conflictelor

Familiile care nu au deprins strategii de comunicare asertivă sau negociere echitabilă ajung mai repede la rupturi și confruntări violente.

3. Absența sprijinului extern

Lipsa rețelelor de sprijin (rude, prieteni, instituții) face ca familia să fie singură în fața crizei, ceea ce poate amplifica sentimentul de neputință.

3.3. Clasificarea crizelor

Lydia Rapoport clasifică crizele astfel:

– de dezvoltare – legate de etapele normale ale vieții (ex. adolescență, pensionare);
– accidentale – generate de evenimente neprevăzute;
– de tranziție de rol – legate de schimbări sociale sau personale majore.

B.A. Baldwin propune o clasificare în șase tipuri:
– dispoziționale – probleme remediabile;
– de tranziție – schimbări firești greu de gestionat;
– traumatice – evenimente care copleșesc individul;
– de maturare – conflicte generate de transformări interne;
– psihopatologice – asociate tulburărilor mintale existente;
– psihiatrice – urgențe care afectează grav funcționarea persoanei.

James și Gilliland (1995) diferențiază astfel:
– crize de dezvoltare (Situații aproape normale din parcursul vieții care apar atunci când anumite cauze intervin brusc și cu o intensitate ridicată — de exemplu, crizele generate de nașterea unui copil, de modificările survenite în responsabilitățile profesionale sau de procesul de îmbătrânire);
– crize situaționale (Care survin brusc în urma unui eveniment excepțional, imprevizibil și aflat în afara controlului persoanei – cum ar fi crizele declanșate de atacuri teroriste, răpiri, accidente rutiere, agresiuni sexuale, jafuri și altele asemenea);
– crize existențiale, caracterizate prin conflicte interioare și stări de anxietate legate de sensul și scopurile vieții, cum ar fi responsabilitatea, autonomia, libertatea sau angajamentul;
– crize ambientale (Crizele de mediu, generate fie de cauze naturale – precum furtuni, tornade, inundații, cutremure etc. – fie de factori umani și politici, cum ar fi incendiile, foametea, revoluțiile, războaiele, epurările etnice și altele asemenea.

Criza poate avea manifestări multiple, afectând nivelul psihic (atât emoțional, cât și cognitiv), fizic și relațional, și poate fi

trăită atât individual, cât și la nivel de grup – în special în cadrul familiei – sau la scară comunitară.

3.4. Fazele crizelor

Potrivit lui Caplan, trei **faze/stadii ale crizei** pot fi examinate din perspectiva importanței lor pentru asistentul social:

1. Faza de impact – reacție imediată: șoc, dezorientare. Este important ca în această etapă să se stabilească efectele imediate asupra individului și modul în care este percepută criza de către acesta.
2. Faza de retragere – eșecul strategiilor uzuale. Stării neplăcute determinate de evenimentele generatoare de criză i se adaugă suplimentar o stare de dezorganizare, supărare sau chiar disperare, datorată eșecului înregistrat în tentativa de depășire a crizei.
3. Faza de ajustare – căutarea unor noi metode de adaptare, care presupune implicarea asistentului social și a persoanei aflate în criză într-o confruntare atât cu criza, cât și cu intervenția realizată.

Aceste faze se regăsesc și sub forma:

1. Faza de declanșare – apare evenimentul sau schimbarea.
2. Faza de escaladare – mecanismele obișnuite de adaptare eșuează, tensiunile cresc.
3. Faza de rezoluție – familia găsește soluții sau se produce ruptura (Boss, 2002).

3.5. Intervenția în situații de criză

Intervenția în situații de criză reprezintă o formă specială de sprijin psihosocial, construită pe nevoia urgentă de a restabili echilibrul interior al unei persoane aflate într-un moment

critic al vieții sale. Într-un astfel de context, intervenția nu este doar un act profesional, ci și unul profund uman, caracterizat prin **empatie, promptitudine și orientare către soluții concrete**.

Scopul principal este acela de a readuce individul într-o stare de stabilitate emoțională și funcționalitate minimă, oferindu-i **sprijin activ și imediat**, într-un cadru sigur, în care trăirile sale sunt **validate** și înțelese. Specialistul nu se rezumă la a asculta pasiv, ci are un **rol activ**, susținând exprimarea emoțiilor, ajutând la **testarea realității** și ghidând procesul către reconstrucția percepțiilor și a echilibrului interior.

În literatura de specialitate, **James și Gilliland** descriu trei modele importante de abordare în criză:

- **Modelul echilibrului**, centrat pe restabilirea stabilității emoționale, atunci când persoana este copleșită de haos interior;
- **Modelul cognitiv**, care vizează schimbarea perspectivei asupra crizei, înțelegând-o ca pe o experiență ce poate fi restructurată mental;
- **Modelul tranziției psihosociale**, aplicabil mai ales în fața schimbărilor majore de viață, precum pierderi, separări sau mutări bruște, și care urmărește adaptarea individului la noile realități.

Pe de altă parte, **modelul în șapte etape propus de Roberts (1991)** oferă un cadru aplicativ clar pentru intervenția în criză:

1. Totul începe cu **evaluarea situației** – identificarea riscurilor iminente, cum ar fi suicidul, comportamentele violente sau instabilitatea psihică severă;
2. Se construiește apoi o **relație de încredere**, în care persoana se simte ascultată și în siguranță;
3. Urmează **identificarea factorilor declanșatori** ai crizei și a mecanismelor de coping folosite până în acel moment;
4. În pasul următor, specialistul încurajează **exprimarea emoțiilor**, facilitând astfel procesul de eliberare afectivă;

5. Se explorează **alternativa funcțională de răspuns**, înlocuind reacțiile dezadaptative cu opțiuni mai sănătoase;
6. Apoi, se formulează un **plan de acțiune concret și realist**, adaptat resurselor și contextului beneficiarului;
7. În final, intervenția nu se încheie odată cu depășirea crizei acute – este esențială **asigurarea continuității sprijinului**, pentru a preveni recăderile și a consolida progresul.

Prin aceste etape și principii, intervenția în criză devine un proces **dinamic și profund**, menit să însoțească omul în cele mai vulnerabile momente ale vieții sale, ghidându-l cu fermitate și empatie spre regăsirea echilibrului.

3.6. Calitățile necesare specialistului

Pentru a interveni eficient într-o situație de criză, **specialistul – asistentul social – trebuie să fie mult mai mult decât un profesionist instruit**: el devine un sprijin emoțional, un ghid temporar, un martor empatic al suferinței. Într-un context adesea marcat de haos, teamă și confuzie, calitățile sale personale și profesionale sunt fundamentale pentru reechilibrarea persoanei aflate în dificultate.

Empatia autentică

Empatia nu înseamnă doar înțelegerea intelectuală a suferinței celuilalt, ci și **capacitatea de a intra în rezonanță emoțională cu trăirile sale**, fără a le prelua sau distorsiona. Într-o criză, omul are nevoie să simtă că este ascultat și înțeles fără judecată. Empatia oferă acest spațiu sigur, în care durerea poate fi exprimată fără teamă.

Calmul în fața haosului

Crizele sunt imprevizibile, încărcate de tensiune și, uneori, de risc. **Asistentul social trebuie să rămână calm și centrat**, indiferent de intensitatea emoțiilor sau de gravitatea situației. Această atitudine transmite siguranță, reduce anxietatea persoanei aflate în criză și creează cadrul necesar pentru intervenție eficientă.

Respectul profund față de valorile și demnitatea clientului

Indiferent de alegerile, credințele sau comportamentele clientului, specialistul trebuie să manifeste respect necondiționat. În criză, omul este vulnerabil, iar reacțiile sale pot părea iraționale. Totuși, abordarea nonjudicativă și recunoașterea valorilor personale contribuie esențial la refacerea încrederii și a stimei de sine.

Ascultarea activă

Ascultarea nu este un act pasiv, ci unul profund activ și angajant. Specialistul trebuie să fie capabil să observe nu doar cuvintele, ci și tăcerile, tonul vocii, expresiile faciale și limbajul corporal. Prin ascultare activă, el captează semnalele subtile ale suferinței și poate interveni cu empatie și precizie.

Disponibilitatea emoțională

Pentru a susține o persoană în criză, asistentul social trebuie să fie prezent emoțional, nu doar fizic sau profesional. Această deschidere afectivă, bine gestionată, permite stabilirea unei relații autentice, de încredere – element vital în momente de dezechilibru emoțional profund.

Abilități de comunicare terapeutică

Comunicarea este nu doar mijlocul, ci și instrumentul esențial al intervenției în criză. Specialistul trebuie să stăpânească tehnici de reflecție, parafrazare, clarificare, validare emoțională și, în același timp, să știe când să tacă, să încurajeze sau să reformuleze. Comunicarea terapeutică susține procesele de conștientizare, acceptare și schimbare.

În toate etapele intervenției – de la evaluarea riscurilor, până la formularea unui plan de acțiune – comunicarea rămâne liantul esențial. Este cea care facilitează exprimarea durerii, conturarea soluțiilor și reconectarea persoanei cu sine și cu ceilalți. Practic, comunicarea devine catalizatorul procesului de adaptare și transformare, iar specialistul, prin calitățile sale, devine un canal prin care schimbarea devine posibilă. Intervenția în situații de criză nu este doar o aplicare de tehnici, ci un act de prezență umană profundă, în care competențele profesionale se împletesc cu maturitatea emoțională, etica relației și forța liniștită de a fi alături de cel care suferă.

Bibliografie

Butoi, Tudorel Badea, 2008, *Victimologie și psihologie victimală*, București: Pinguin Book

Buzducea, Doru, 2005, *Aspecte contemporane în asistența socială,* Iași: Polirom

Buzducea, Doru, 2021, *Asistența socială. Compendiu de istorie, teorie și practică* (ediția a II-a), Iași: Polirom

Hurubean, Alina, 2011, „Investigare și intervenție în asistența socială individualizată", în Neamțu, George, (coord.), *Tratat de asistență socială,* Iași: Polirom

Iluț, Petru, 2005, *Sociopsihologia și antropologia familiei*, Iași: Polirom

Malcom, Payne, 2011, *Teoria modernă a asistenței sociale*, Iași: Polirom

Popescu, Raluca, 2009, *Introducere în sociologia familiei. Familia românească în societatea contemporană,* Iași: Polirom

Voinea, Maria, 2005, *Familia contemporană. Mică enciclopedie*, București: Focus

Vrasti, Radu, 2012, *Ghid practic de intervenție în criză*.

4. Protecția victimelor violenței domestice

V.I. Nicolăescu

4.1. Definiri

Conform art. 3 din Legea 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței domestice, violența domestică se referă la „orice inacțiune sau acțiune intenționată de violență fizică, sexuală, psihologică, economică, socială, spirituală sau cibernetică, care se produce în mediul familial sau domestic ori între soți sau foști soți, precum și între actuali sau foști parteneri, indiferent dacă agresorul locuiește sau a locuit împreună cu victima".

De asemenea, conform art. 4 din aceeași lege se clarifică formele violenței domestice, respectiv:

a) violența verbală
b) violența psihologică
c) violența fizică
d) violența sexuală
e) violența economică
f) violența socială
g) violența spirituală
h) violența cibernetică

La art. 6 din Legea 217/2003 se precizează drepturile pe care le are victima violenței domestice:

a) respectarea personalității, demnității și a vieții sale private;

b) informarea cu privire la exercitarea drepturilor sale;
c) protecție specială, adecvată situației și nevoilor sale;
d) servicii de consiliere, reabilitare, reintegrare socială, precum și la asistență medicală gratuită, în condițiile prezentei legi;
e) consiliere și asistență juridică gratuită, în condițiile legii.

Conform **Legii nr. 26 din 28 februarie 2024 privind ordinul de protecție**, aplicabilă din **31 august 2024**, s-a stabilit **extinderea aplicării ordinului de protecție** (provizoriu sau încuviințat de judecător) și în cazurile de violență petrecute în afara familiilor sau relațiilor de concubinaj - în afara cadrului domestic, practic. În **nr. 26 din 28 februarie 2024 privind ordinul de protecție** adică cea care vizează ordinele de protecție pentru violențele produse în afara cadrului domestic, membrul de familie este definit pentru a înțelege cum **se poate extinde protecția oferită prin ordinul de protecție dincolo de persoana victimei** - mai exact, printr-un ordin obținut în condițiile Legii 26/2024, se poate obține reintegrarea atât a victimei, cât și a membrilor familiei sale în locuința comună, dacă e cazul, ori obligarea agresorului la păstrarea unei distanțe minime determinate față de victimă, față de membrii familiei acesteia ori față de reședința, locul de muncă sau unitatea de învățământ a persoanei protejate.

Definiția **membrului de familie** reprezintă aspectul diferențial ce necesită o interpretare pozitivă pentru protecția victomei violenței domestice, sens în care important să se cunoască abordările de la nivel legislativ, după cum se prezintă în tabelul de pe pagina următoare.

Tabelul 3.1. Legislație

Legea nr. 217/2003	Legea nr. 26/2024	Codul Penal
Prin membru de familie se înțelege: a) ascendenții și descendenții, frații și surorile, soții și copiii acestora, precum și persoanele devenite rude prin adopție, potrivit legii; b) soțul/soția și/sau fostul soț/fosta soție; frații, părinții și copiii din alte relații ai soțului/soției sau ai fostului soț/fostei soții; c) persoanele care au stabilit relații asemănătoare acelora dintre soți sau dintre părinți și copii, actuali sau foști parteneri, indiferent dacă acestea au locuit sau nu cu agresorul, ascendenții și descendenții partenerei/partenerului, precum și frații și surorile acestora; d) tutorele sau altă persoană care exercită în fapt ori în drept drepturile față de persoana copilului; e) reprezentantul legal sau altă persoană care îngrijește persoana cu boală psihică, dizabilitate intelectuală ori handicap fizic, cu excepția celor care îndeplinesc aceste atribuții în exercitarea sarcinilor profesionale.	Prin membru de familie se înțeleg soțul/soția, persoana care conviețuiește cu victima și care se gospodărește împreună cu aceasta de o manieră stabilă și continuă, rudele în linie directă, până la gradul II inclusiv, frații și surorile, precum și persoanele aflate în întreținerea victimei.	Prin membru de familie se înțelege: a) ascendenții și descendenții, frații și surorile, copiii acestora, precum și persoanele devenite prin adopție, potrivit legii, astfel de rude; b) soțul; c) persoanele care au stabilit relații asemănătoare acelora dintre soți sau dintre părinți și copii, în cazul în care conviețuiesc. (2) Dispozițiile din legea penală privitoare la membru de familie, în limitele prevăzute în alin. (1) lit. a), se aplică, în caz de adopție, și persoanei adoptate ori descendenților acesteia în raport cu rudele firești.

Legea 26/2024 marchează o **schimbare semnificativă și benefică,** prin transformarea ordinului de protecție dintr-un instrument restrâns doar la violența domestică într-un instrument de protecție generală pentru oricine se află într-o situație de violență, indiferent de relația cu agresorul.

Tabelul 3.2. Modificări legislative

Aspect	Reglementarea anterioară (în special Legea 217/2003 și procedurile conexe)	Noul regim – Legea 26/2024
Domeniul de aplicare al protecției	Se aplica în principal violenței domestice, respectiv violenței în mediul familial: membri de familie, soți/foști soți, parteneri etc.	Se extinde protecția la oricare persoane victime de acte de violență, indiferent de relația cu agresorul (familial sau nu). Hărțuire, amenințări, violență psihică/ online sunt incluse explicit.
Tipurile de acte de violență recunoscute	Se regăseau deja violența fizică, sexuală, psihologică în cadrul domestic; dar nu toate formele moderne de hărțuire online sau comportamente repetate fără relație familială erau clar incluse.	Legea 26/2024 definește mai clar și extins ce sunt „acte de violență" – include hărțuire online, mesaje instigatoare, urmărire, amenințări etc.

Criteriul relației dintre victimă și agresor	Relația specifică: membru de familie, soț/fost soț, partener etc.	Relația nu mai este un criteriu; protecția generală se aplică pentru orice agresor, indiferent de natura relației cu victima.
Durata ordinului de protecție	Ordinul judecătoresc putea fi emis pentru până la 6 luni (în Legea 217/2003).	Noul ordin de protecție (nonprovizoriu) poate fi emis pentru maxim 12 luni, la fel ca ordinul de protecție familial; durata extinsă permite protecție mai solidă pe termen mediu.
Măsuri adiționale/ dotări tehnologice	Măsuri precum distanțare, interzicere contact, evacuare; dar nu toate prevederile noi legate de dispozitive de supraveghere electronică etc.	Legea 26/2024 introduce posibilitatea ca agresorul să fie obligat să poarte dispozitiv electronic de supraveghere, în anumite condiții (inclusiv dacă persoanele protejate își exprimă acordul, și dacă există infrastructura pentru monitorizare
Procedura poliție/ instanță	Emisia ordinului provizoriu de către poliție, confirmarea de către procuror; instanță pentru ordine de protecție. Dar unele lacune procedurale, diferențe de aplicare între localități.	Versiunea din 2024 clarifică procedurile: formularul de cerere, obligația poliției să informeze victima/ tutorele, să aducă la cunoștință drepturile victimei, obligația de evaluare a riscului, metode de obținere probelor etc.

Executorietate și sancțiuni	Existau sancțiuni pentru încălcarea ordinului, executorietate, intervenție de poliție etc.	În noua lege, există clarificări referitoare la faptul că încălcarea ordinului (sau a ordinului provizoriu) constituie infracțiune, și prevederi clare privind executarea ordinelor, comunicare rapidă, implicare poliție etc.

4.2. Identificarea victimelor violenței domestice și semnele de abuz

Victimele violenței domestice nu își recunosc mereu situația și, adesea, ascund semnele de teamă, rușine sau lipsă de încredere în instituții.

Profesioniștii (medici, asistenți sociali, profesori, polițiști) și **apropiații** pot contribui la identificarea timpurie prin observarea următoarelor:

- **Semne fizice**: vânătăi frecvente, răni ascunse, explicații contradictorii despre cauzele acestora.
- **Semne psihologice**: anxietate, depresie, stimă de sine scăzută, teamă constantă, izolare socială.
- **Semne comportamentale**: absențe repetate de la școală/serviciu, retragere socială, lipsa de autonomie.
- **Indicatori specifici la copii**: tulburări de somn, agresivitate, regres comportamental, performanță școlară scăzută.

4.3. Servicii de asistență și adăposturi pentru victimele violenței domestice

Suportul oferit victimelor violenței domestic trebuie să fie **multidimensional**: juridic, psihologic, medical și social.

- **Adăposturi (centre rezidențiale)**: oferă cazare temporară în siguranță, hrană și consiliere. În România, există centre gestionate de **DGASPC** și de **ONG-uri**.
- **Centre de consiliere**: psihologică (traumă, stres post-traumatic), juridică (obținerea ordinului de protecție), socială (reintegrare).
- **Asistență medicală**: tratarea leziunilor, eliberarea de certificate medico-legale.
- **Asistență juridică**: sprijin în depunerea plângerilor, reprezentare în instanță, obținerea ordinelor de protecție.
- **Linii telefonice de urgență**: ex. 0800 500 333 (România) – TelVerde pentru victimele violenței domestice.

Agenția Națională pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați (ANES) are rol principal pentru coordonarea politicilor publice privind egalitatea de șanse și prevenirea violenței domestic, având asumate următoarele responsabilități**:**

- Elaborarea și implementarea strategiilor și programelor naționale pentru prevenirea violenței în familie.
- Colectarea și publicarea de date statistice privind violența domestică și impactul acesteia asupra victimelor.
- Organizarea de campanii de informare și educație publică privind drepturile victimelor și mecanismele de protecție.
- Monitorizarea implementării legislației și a planurilor de acțiune la nivel local și județean.

Poliția Română are rolul de a asigura protecția imediată a victimelor și prevenirea actelor de violență, cu menționarea următoarelor responsabilități:

- Primirea sesizărilor de violență domestică și intervenția rapidă la fața locului.
- Emiterea ordinelor de protecție provizorii (Art. 23 Legea 217/2003) și informarea victimelor cu privire la drepturile lor.
- Investigarea faptelor de violență domestică și strângerea probelor necesare pentru urmărirea penală a agresorilor.
- Colaborarea cu DGASPC, instanțele și alte instituții pentru asigurarea protecției continue a victimelor.

Instanțele judecătorești asigură garantarea drepturilor legale ale victimelor și sancționarea agresorilor, sens în care se evidențiază responsabilități distincte:

- Emiterea ordinelor de protecție (Art. 23-25 Legea 217/2003) pentru victimele violenței domestice, inclusiv pentru perioade extinse.
- Judecarea cauzelor penale și civile legate de violența domestică.
- Stabilirea măsurilor de restricție, custodie a copiilor și pensii de întreținere în cazurile de violență domestică.
- Asigurarea accesului victimelor la justiție și sprijin legal.

Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) asigură sprijinirea victimelor și protecția minorilor implicați în violența domestic, iar responsabilitățile acestora sunt:

- Oferirea de adăpost temporar în centre specializate pentru victimele violenței domestice.
- Consiliere psihologică, socială și juridică pentru victime (adulți și copii).
- Intervenția în cazurile în care copiii sunt martori sau victime ale violenței domestice.
- Colaborarea cu poliția, instanțele și ONG-urile pentru reintegrarea socială a victimelor.

Rolul ONG-urilor și al societății civile pentru protecția victimelor violenței domestice este crucial, mai ales acolo unde instituțiile statului sunt depășite sau inaccesibile:

- **Furnizarea de servicii directe**: adăposturi, consiliere, sprijin financiar de urgență.
- **Advocacy și lobby**: presiune asupra statului pentru a adopta politici publice eficiente (de ex. transpunerea Convenției de la Istanbul).
- **Campanii de informare**: educarea comunității și schimbarea mentalităților („violența nu este o problemă privată").
- **Programe pentru copii**: prevenirea transmiterii intergeneraționale a violenței.

Exemple în România: Asociația Anais, Asociația Necuvinte, Centrul FILIA, Fundația Sensiblu.

4.4. Rolul comunității și al familiei extinse

Comunitatea are un rol **de suport și de protecție**, dar și de **prevenire**:

- **Familia extinsă**: poate oferi refugiu temporar, sprijin emoțional și material; trebuie educată să nu minimizeze abuzul („așa sunt certurile în familie") și să nu preseze victima să rămână în relația abuzivă.
- **Vecinii și colegii**: să fie încurajați să semnaleze suspiciunile (în România, Codul Penal sancționează neintervenția în cazuri grave).
- **Liderii comunitari și religioși**: pot influența atitudini, dar trebuie să transmită mesaje nonviolente și de sprijin, nu de culpabilizare a victimei.
- **Școala**: rol în educația copiilor și identificarea cazurilor de violență.
- **Mass-media**: responsabilitatea de a prezenta problema fără senzaționalism, dar cu accent pe resurse și soluții.

Bibliografie

Agenția Națională pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați. (2020–2024). Studiu Național privind Violența Domestică. https://anes.gov.ro/despre-noi/rapoarte-si-studii/

Agenția Națională pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați. (2023). Raport de Monitorizare a Implementării Strategiilor Naționale. https://anes.gov.ro/despre-noi/programe-si-strategii/rapoarte-de-monitorizare/

Avocatul Poporului. (2025). Raport Special privind Violența Domestică. https://avp.ro/wp-content/uploads/2025/04/Raport-special-violenta-domestica.pdf

Bădărău, O. L., 2022, Asistența socială a familiei și copilului, Iași: Universitatea „Petre Andrei" din Iași

Butoi, T. B., 2008, Victimologie și psihologie victimală, București: Pinguin Book

Codul Penal al României – prevederi referitoare la infracțiunile de violență domestică (Art. 199-206).

Cojocaru, R., 2016, Violența în familie: perspective psihosociale și juridice. București: Polirom.

Dobash, R. E., & Dobash, R.P., 2004, Women, Violence, and Social Change. Routledge.

Eurostat/European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), 2014, Violence against women: an EU-wide survey.

Fundația FILIA, 2018, Ghid de Intervenție în Cazurile de Violență în Familie. https://femei.europroject.org.ro/uploads/GHID%20Violenta%20domestica.pdfFundația C.A.S.A. – Centrul de Acțiune pentru Solidaritate și Ajutor, 2020, Ghid Practic: Drepturile Victimelor Violenței Domestice în Raport cu Instituțiile Statului. https://facias.ro/ghid-practic-drepturile-victimelor-violentei-domestice-in-raport-cu-institutiile-statului-rezumare/

Gîtlan, C. & Gavriluță, C., 2021, Dincolo de aparențe: Tendințe actuale ale violenței domestice în județul Iași. În Rădoi M. & Irimescu G. (Eds.), Fețele nevăzute ale violenței. Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza"

Iluț, P., 2005, Sociopsihologia și antropologia familiei. Iași: Polirom

Institutul Național de Statistică, 2023, Numărul Victimelor Violenței Domestice în Funcție de Vârstă și Sex. https://insse.ro/cms/files/POCA/ro-durabil/ro/05-obiectiv-egalitate-de-gen/tinta-2/PC-TGB0527-Numarul-victimelor-violentei-domestice-in-functie-de-categoria-de-varsta-minori-si-adulti-pe-sexe.pdf

Irimescu, G., 2004, Asistența socială a familiei și copilului. Iași: Editura Universității „Al. I. Cuza"

Johnson, M. P., 2008, A Typology of Domestic Violence: Intimate Terrorism, Violent Resistance, and Situational Couple Violence. Boston: Northeastern University Press.

Legea nr. 202/2013 privind egalitatea de șanse între femei și bărbați.

Legea nr. 217/2003 privind prevenirea și combaterea violenței în familie.

Legea nr. 26 din 28 februarie 2024 privind ordinul de protecție

Liiceanu A., Saucan D. Ș., & Micle M. I., 2004, Violența domestică și criminalitatea feminină. Institutul Național de Criminologie.

Mihăilescu, I., 1999, Familia în societățile europene. București: Editura Universității București

Ministerul Public, 2023, Date Statistice privind Victimele Violenței în Familie. https://www.mpublic.ro/ro/content/date-statistice-privind-victimele-violentei-%C3%AEn-familie

Mitrofan, I., Ciupercă, C., 1998, Incursiune în psihosociologia și psihosexologia familiei. București: Press Mihaela

Neamțu, N. (coord.), 2008, Practica asistenței sociale centrată pe individ și familie. Studii de caz.. Cluj-Napoca: Napoca Star

Nicolăescu, V., 2011, Standarde și principii privind protecția victimelor. Iași: Institutul European,

Nicolăescu, V., 2010, Familia tânără din România între tradiție și modernitate. București: Expert

Ordonanța de Urgență nr. 137/2000 privind prevenirea și combaterea violenței domestice (actualizată).

Organizația Națiunilor Unite (UN Women, 2020). Facts and figures: Ending violence against women.

Popescu, D., & Dima, A., 2019, Protecția victimelor violenței domestice. București: Editura Universitară.

Popescu, R., 2009, Introducere în sociologia familiei. Familia românească în societatea contemporană. Iași: Polirom.

Rujoiu, V., & Rujoiu, O., 2012, Violența în familie între percepție socială și asumare individuală. Editura ASE.

Turliuc, M. N., Huțuleac, A. K., & Dănilă, O., 2009, Violența în familie: Teorii, particularități și intervenții specifice. Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza".

Voinea, M., 2005, Familia contemporană. Mică enciclopedie. București: Focus

World Health Organization, 2013, Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.

Zamfir, E., Ilie, S., & Fitzek, S. (Eds.), 2022, Violența domestică în România în contextul pandemiei: riscuri și politici de suport. București: Pro Universitaria

5. Reintegrarea victimelor traficului de persoane

V.I. Nicolăescu

Traficul de ființe umane se grupează în două categorii: național și transnațional. Ambele forme sunt ilegale și au consecințe foarte grave asupra victimei. În cazul traficului transnațional, pentru victimă este mult mai dificil să evadeze din rețelele de traficanți, deoarece în mare majoritate a cazurilor nu cunoaște limba și nu are la cine apela. În cazul traficului intern, metodele de racolare forțată sunt mult mai des întâlnite decât în cazul traficului internațional unde se apelează la diverse înșelătorii.

Traficul de persoane, ca fenomen multidimensional se poate interpreta din diferite perspective:

- **perspectiva drepturilor omului**, traficul de persoane include sclavia, munca forțată, violența, abuzul de încredere, agresiunea fizică și psihică a persoanei, fiind pe deplin justificată aprecierea că traficul de ființe umane este o formă a sclaviei la început de mileniu.
- **perspectiva economică**, traficul presupune**:** interese financiare (profituri uriașe), rețele regionale și internaționale, circulația ilicită a banilor (spălarea banilor care provin din trafic și pe baza cărora se realizează activitatea de traficare).
- **perspectiva originii fenomenului**, factorii care generează și susțin traficul sunt sărăcia accentuată a victimelor, nivelul educațional scăzut, neîncrederea în sine, eșecurile în viață, migrația occidentalilor, amatori de experiențe sexuale către est, unde piața prostituției este mai tentantă
- **perspectiva valorilor sociale lezate**, persoanele traficate sunt reduse la condiția de „marfă", sunt dezumanizate treptat, fiindu-le lezate sentimentele cele mai profunde, trauma suferită marcându-le întreaga evoluție viitoare.
- **perspectiva implicațiilor sociale**, datorită creșterii alarmante din ultimii ani, traficul de persoane devine un fenomen național și transnațional, fiind favorizat de procesul general al globalizării și de utilizarea tehnologiilor moderne.
- **perspectiva scopului vizat**, traficul presupune profituri uriașe pentru traficanți, care reinvestesc veniturile obținute în derularea în continuare a activităților ilicite. Prostituția (în general exploatarea sexuală a femeilor și copiilor) constituie principalul scop al traficului și modalitatea de obținere a celor mai mari câștiguri, de asemenea traficul în scop de muncă forțată, comiterea de infracțiuni prin constrângere de către victimele traficului și prelevarea de organe (victimele sunt bărbați, femei, copii).

Axa principală în ceea ce privește traficul de ființe umane poate fi împărțită pe trei niveluri:

- trafic în vederea exploatării sexuale, cea mai întâlnită formă a traficului, deoarece constituie o sursă sigură și profitabilă de venit pentru traficanți;
- trafic în vederea exploatării prin muncă și prelevarea de organe sau țesuturi pentru transplantar.

Traficul prin exploatare sexuală presupune obligarea persoanei la practicarea prostituției sau a altor acțiuni cu caracter sexual și include două aspecte principale:

- **exploatare sexuală comercială** - activitate aducătoare de profituri;
- **exploatare sexuală necomercială** - activitate prin care traficantul nu urmărește obținerea unui profit material, victima fiind folosită în altă calitate de exemplu în concubinaj.

Exploatarea prin muncă constituie:

- determinarea victimei prin constrângere să îndeplinească o muncă pe care din propria inițiativă și voință nu ar îndeplini-o;
- punerea victimei în situația de a presta o muncă, dar care nu era obligată să o efectueze;
- ținerea persoanei în servitute pentru achitarea unei datorii;
- obținerea muncii sau a serviciilor prin înșelăciune, constrângere, violență sau amenințare cu violentă.

Prelevarea de organe sau țesuturi pentru transplantare are loc în cazul obligării victimei la prelevare de organe, țesuturi sau alte elemente ale corpului pentru transplantare.

Alte situații de trafic de ființe umane se referă la:

– folosirea unei persoane în conflicte armate, reprezentând antrenarea forțată a victimei în operațiuni armate;

– folosirea unei persoane în activități criminale, ceea ce constituie atragerea forțată la săvârșirea unor fapte ce constituie infracțiuni;
– abandonarea copilului în străinătate, constă în părăsirea copilului pe teritoriul unui stat străin și nereîntoarcerea acestuia pe teritoriul țării de origine;
– sclavia și alte forme similare sclaviei, prima se referă la tratarea unei persoane ca bun (proprietate), a doua formă se referă la punerea sau ținerea unei persoane în condiții în care o altă persoană exercită stăpânire asupra acesteia sau determinarea persoanei prin utilizarea forței sau constrângerii, înșelăciunii sau amenințării cu violență să exercite anumite servicii, inclusiv să se angajeze sau să rămână în raport de concubinaj sau căsătorie.

Elementul diferențial între proxenetism și traficul de persoane se concretizează în forțarea consimțământului persoanei exploatate sexual, în următoarele moduri:

– prin amenințare, violenta sau prin alte forme de constrângere;

– prin răpire, frauda ori înșelăciune, abuz de autoritate;

– profitând de imposibilitatea acelei persoane de a se apăra sau de a-și exprima voința;

– prin oferirea, darea, acceptarea sau primirea de bani ori de alte foloase pentru obținerea consimțământului persoanei care are autoritate asupra altei persoane.

O altă diferență între exploatare sexuală și prostituție consta in maniera de exprimare a consimțământului de către victima. Astfel, daca la proxenetism, persoana care este îndemnată sau căreia i se înlesnește practicarea prostituției, își da acordul in mod nealterat, voința sa de a se prostitua aparținându-i in totalitate, in mod liber, in ceea ce privește traficul de persoane prevăzut de art.12 din Legea 678/01 consimțământul la exploatare,

inclusiv in forma prostituției este afectat de violenta sau de modalități de captare nonagresivă, în urmărirea aceluiași scop.

Traficul de ființe umane înseamnă implicarea în activități sexuale sau lucrative împotriva voinței victimei, fără a fi plătită sau în schimbul unei plăți nesemnificative. Existența unor rețele de criminalitate organizată care asigură transportul victimei, adesea peste mai multe granițe, documentele necesare circulației transfrontaliere și cazarea acesteia sunt de asemenea circumstanțe esențiale în această distincție. Consimțământul victimei nu înlătură răspunderea penală a traficantului.

Conform Recomandării nr. R (2000) 11, sunt considerate victime ale traficului de ființe umane următoarele persoane:

– care au fost supuse violenței, abuzurilor de putere sau amenințări ce au stat la baza intrării acestora în procesul de traficare, fapt ce a dus la exploatarea lor sexuală;
– care au fost înșelate de recrutori și au crezut că au un contract de muncă atrăgător fără legătură cu comerțul sexual, sau pur și simplu un loc de muncă obișnuit, decent;
– care sunt conștiente de adevăratele intenții ale recrutorilor și traficanților și, au consimțit anterior la această exploatare sexuală datorită situației vulnerabile în care se aflau. Prin situația de vulnerabilitate a victimelor traficului, se înțelege orice tip de vulnerabilitate - psihică, afectivă, familială, socială sau economică, constituind de fapt ansamblul de situații ce pot face o persoană să accepte exploatarea sa Consiliul Europei, (2000). Recomandarea nr. R(2000)11, adoptată de Comitetul Miniștrilor Consiliului Europei la data de 19 mai 2000 privind Traficul de ființe umane în scopul exploatării sexuale.

Victimă a traficului de persoane desemnează orice persoană fizică despre care există informații că a suferit o vătămare fizică sau psihică, o suferință emoțională, o pierdere economică sau o vătămare gravă a drepturilor sale fundamentale, prin acțiuni sau inacțiuni care încalcă legislația penală în materia prevenirii și combaterii traficului de persoane.

Identificarea imediată a victimelor, ceea ce permite accesul direct la servicii de protecție și asistență specializate, prin folosirea semnelor și indicatorilor de trafic la un prim contact cu persoana presupusă a fi victimă a trafi culului de persoane sau a trafi culului de minori.

Protecția victimelor se sprijină pe câteva principii esențiale. Primul și cel mai important este **prioritatea siguranței victimei**, care trebuie protejată de riscuri suplimentare, inclusiv de amenințarea agresorului sau a mediului ostil. **Confidențialitatea** și protecția datelor personale sunt cruciale, având în vedere vulnerabilitatea socială și posibilitatea represaliilor. În paralel, se respectă principiul **nonpedepsirii**, conform căruia victimele nu trebuie sancționate pentru infracțiuni comise ca urmare a situației de trafic (ex.: migrație ilegală sau activități de prostituție).

Alte principii fundamentale includ **accesul la justiție și la reparare**, **consimțământul informat**, precum și o **abordare holistică orientată spre reintegrare**. În cazul copiilor, protecția trebuie să fie adaptată interesului superior al minorului, în conformitate cu standardele internaționale privind drepturile copilului.

Intervenția timpurie este esențială pentru prevenirea traumatizării suplimentare. Primele măsuri includ **identificarea rapidă a victimei**, realizată în puncte critice precum spitale, frontiere, poliție sau servicii sociale. Evaluarea riscurilor permite stabilirea măsurilor de protecție adecvate și evitarea re-traumatizării.

Odată identificată, victima trebuie să beneficieze de **adăpost sigur**, **asistență medicală de urgență** și **consiliere psihosocială imediată**, pentru a răspunde nevoilor de bază și pentru a stabiliza starea psihologică. În această fază, este crucială furnizarea **informațiilor despre drepturi și proceduri** într-un mod accesibil și, dacă este cazul, în limba maternă a victimei. În cazul copiilor, măsurile includ plasamentul temporar și evaluarea specializată a nevoilor specifice.

Pe termen scurt și mediu, protecția victimelor implică **asistență juridică**, inclusiv reprezentare în proceduri penale și civile, și sprijin pentru obținerea documentelor necesare, cum ar fi acte de identitate sau permise de ședere temporare. În paralel, victima beneficiază de **consiliere psihologică continuă**, **reabilitare medicală** și **suport financiar temporar**, care permit satisfacerea nevoilor de bază și prevenirea marginalizării.

Programele de reintegrare socioeconomică sunt esențiale pentru reducerea riscului de re-traumatizare și re-victimizare. Acestea includ formare profesională, mediere pentru angajare și sprijin pentru accesul la locuință. În toate aceste etape, este recomandată elaborarea unui **plan de siguranță personalizat**, adaptat nevoilor și riscurilor specifice fiecărei victime.

Protecția pe termen lung se concentrează pe **reintegrarea socială și economică stabilă**, menținerea siguranței și accesul la **compensații și reparații**. În acest scop, se pot adopta **ordonanțe de restricție**, programe de relocare sau măsuri de monitorizare periodică a stării de bine a victimei. Această etapă vizează consolidarea autonomiei și prevenirea reinserției într-un mediu vulnerabil.

Protecția victimelor traficului de persoane este un efort **multisectorial**, care implică autorități publice (poliție, procuratură, servicii sociale, ministere), sistemul de sănătate, organizații nonguvernamentale și organizații internaționale. **Cooperarea interinstituțională**, protocoalele de trimitere și centrele integrate („one-stop shops") facilitează furnizarea simultană de servicii medicale, juridice și psihosociale, reducând fragmentarea intervențiilor.

Victimele beneficiază de **permise temporare de ședere**, protecție procesuală (cum ar fi audieri în camere separate), asistență juridică gratuită și aplicarea principiului nonpedepsirii. În cazul minorilor, se respectă strict **interesul superior al copilului**, prin plasamente specializate și acces la servicii de educație și recuperare.

Detectarea victimei traficului de persoane/minori este procesul care presupune depistarea semnelor care sugerează o posibilă situație de trafic și a victimelor potențiale, determinând notificarea acestora în cadrul Mecanismul Național de Identificare și Referire (MNIR) ce are un dublu rol:

- Caracter reactiv, ca răspuns la o sesizare, informare
- Caracter proactiv, prin analiza continuă a problemelor la nivelul unei comunități având la bază creșterea gradului de conștientizare asupra riscurilor pe care le implică traficul de persoane/minori

Procedurile de identificare și referire a victimelor traficului de persoane în România sunt regelementate prin Mecanismul Național de Identificare și Referire (MNIR), aprobat prin Hotărârea nr. 88/2023.

1. Identificarea victimelor

a) Semnalarea inițială

Victimele pot fi identificate de către diverse categorii profesionale, inclusiv polițiști, jandarmi, inspectori de muncă, personal medical, asistenți sociali, educatori, consilieri școlari, reprezentanți ai organizațiilor neguvernamentale și ai instituțiilor internaționale. Aceștia pot observa semne de exploatare, abuz sau trafic și pot semnala cazul către autoritățile competente.

b) Evaluarea preliminară

După semnalare, autoritățile competente efectuează o evaluare preliminară pentru a determina dacă există indicii suficiente că persoana ar putea fi victimă a traficului de persoane. Această evaluare include analiza circumstanțelor în care a fost identificată persoana, comportamentul acesteia, documentele de identitate și alte informații relevante.

c) Stabilirea statutului de victimă prezumată

Dacă evaluarea preliminară sugerează că persoana ar putea fi victimă a traficului de persoane, aceasta este considerată

victimă prezumată. În această etapă, victima beneficiază de protecție temporară și de acces la servicii de asistență.

2. Referirea către servicii specializate

a) Notificarea către ANITP

Furnizorii publici sau privați de servicii sociale sau specializate de protecție și asistență pentru victimele traficului de persoane au obligația de a notifica Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane (ANITP) în legătură cu fiecare victimă prezumată identificată care își dă consimțământul Portal Legislativ.

b) Coordonarea cu autoritățile competente

ANITP colaborează cu Direcția de Combatere a Criminalității Organizate (DCCO), Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism (DIICOT), Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție (ANPDCA), Inspectoratul General al Poliției de Frontieră (IGPF), Inspectoratul General pentru Imigrări (IGI), Ministerul Afacerilor Externe (MAE) și alte instituții relevante pentru a asigura protecția și asistența adecvată victimelor.

c) Accesul la servicii de asistență

Victimele beneficiază de acces la o gamă largă de servicii, inclusiv:

– adăposturi temporare și sigure;
– asistență medicală și psihologică;
– consiliere juridică și sprijin în cadrul procesului penal;
– reintegrare socială și economică.

3. Monitorizarea și urmărirea cazului

a) Plan de siguranță personalizat

Pentru fiecare victimă, se elaborează un plan de siguranță personalizat, care include măsuri specifice pentru protejarea victimei și prevenirea re-traumatizării. Acest plan este revizuit periodic și actualizat în funcție de evoluția situației.

b) Reevaluarea nevoilor

Nevoile victimei sunt reevaluate în mod continuu pentru a asigura că serviciile oferite sunt adecvate și eficiente. Acest proces implică colaborarea între toate instituțiile și organizațiile implicate în protecția victimei.

c) Închiderea cazului

Cazul poate fi închis atunci când victima nu mai prezintă riscuri semnificative și a beneficiat de asistența necesară pentru reintegrarea în societate. Închiderea cazului este realizată în colaborare cu toate părțile implicate și cu acordul victimei.

Mecanismul Național de Identificare și Referire a Victimelor Traficului de Persoane din România reprezintă un cadru formal de cooperare între instituțiile și organizațiile guvernamentale și nonguvernamentale, având ca scop protecția și asistența adecvată a victimelor traficului de persoane. Procedurile descrise asigură identificarea rapidă, referirea către servicii specializate și monitorizarea continuă a cazurilor, contribuind astfel la combaterea eficientă a acestui fenomen.

Bibliografie

Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane (ANITP), 2023, *Raportul anual privind evoluția traficului de persoane în România*.

Bejinaru, M., 2019, *Traficul de ființe umane: O problemă globală*. Universitatea din București. https://ftcub.unibuc.ro/wp-content/uploads/2022/02/M-Bejinaru-Ana-Maria-%E2%80%93-Traficul-de-fiinte-umane.pdf

Biroul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate (UNODC), 2009, *Combating trafficking in persons*. https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/Combating_Trafficking_-_Moldova.pdf

Curtea Europeană a Drepturilor Omului, 2010, *Traficul de persoane*. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/FS_Trafficking_RON

Dasgupta, S., Shakib, K., Rahman, M., Croope, S. V., & Jones, S., 2022, Audio analytics-based human trafficking detection framework for autonomous vehicles. *arXiv*. https://arxiv.org/abs/2209.04071

Dimas, G. L., Konrad, R. A., Maass, K. L., & Trapp, A. C., 2021, Operations research and analytics to combat human trafficking: A systematic review of academic literature. *arXiv*. https://arxiv.org/abs/2103.16476

Institutul Național de Statistică (INS), 2024, *Numărul victimelor supuse traficului de persoane la 100.000 locuitori*.

Nicolăescu, D., 2010, Traficul de copii in lume moderna. București: Expert

Nicolăescu, D., 2011, *Children, victims of human trafficking, as social unit*. *Journal of Community Positive Practices*, 3, 113–127

Nistorescu, G., 2016, *Aspecte criminologice privind traficul de persoane*. SSRN. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2790348

Organizația Internațională a Muncii (OIM), 2014, *Traficul de ființe umane*. https://www.ilo.org/media/113646/download

Roman, C. M., 2024, *Considerații generale privind infracțiunea de trafic de persoane*. Revista IRDO. https://revista.irdo.ro/pdf/2024/revista_1_2024/01_Roman_Dinca.pdf

Simuș, R., 2016, *Minorul - victimă a traficului de persoane*. Acta Universitatis George Bacovia

Vechiu, A., 2009, *Traficul de ființe umane: Nevoile victimelor și intervenția echipei pluridisciplinare*. Iași: Lumen..

Yang, Y., Hu, X., Liu, H., Zhang, J., Li, Z., & Yu, P. S., 2018, Understanding and monitoring human trafficking via social sensors: A sociological approach. *arXiv*. https://arxiv.org/abs/1805.10617

6. Asistarea copilului victimă a abuzului sexual

V.I. Nicolăescu

În România, Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului definește abuzul asupra copilului ca fiind orice acțiune voluntară a unei persoane care se află într-o relație de răspundere, încredere sau autoritate față de copil și care produce sau poate produce un prejudiciu fizic, psihic sau emoțional acestuia. Mai detaliat, abuzul sexual asupra copilului presupune implicarea acestuia într-o activitate cu intenția de a produce plăcere sau de a satisface nevoile unui adult ori ale unui alt copil aflat într-o relație de răspundere, încredere sau putere față de el.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește abuzul asupra copilului ca fiind orice formă de tratament fizic sau emoțional dăunător, abuz sexual, neglijență, exploatare economică sau altă formă de exploatare, care rezultă în daune efective sau potențiale pentru sănătatea, supraviețuirea, dezvoltarea sau demnitatea copilului, în contextul unei relații de responsabilitate, încredere sau putere.

UNICEF definește abuzul sexual asupra copiilor ca fiind orice act sexual deliberat, nedorit și neesențial, fie completat, fie încercat, care este comis împotriva unui copil, inclusiv în scopuri de exploatare, și care rezultă în daune fizice, durere sau suferință psihologică.

Abuzul asupra copilului este **multifactorial** și nicio teorie nu poate explica singură toate cazurile. În practică, se folosesc modele **ecologice și integrate**, care combină factorii psihologici, sociali și culturali pentru prevenție și intervenție.

Tabelul 3.3. Tipuri de categorii

Categorii de teorii	Descriere
Teorii psihodinamice	Se bazează pe teoriile lui Sigmund Freud și ale psihanalizei. Susțin că abuzul asupra copilului poate fi rezultatul conflictelor nerezolvate ale adultului, traumei proprii din copilărie sau dificultăților de reglare emoțională.
Teorii de învățare socială	Bazate pe conceptele lui Albert Bandura. Sugerează că abuzul se învață prin modelare și observație: dacă copilul sau adultul a crescut într-un mediu în care violența era normală, există o probabilitate mai mare să o repete. Se subliniază importanța recompensei și pedepsei în menținerea comportamentului abuziv.
Teorii ecologice (Bronfenbrenner)	Urmăresc interacțiunea dintre individ și mediu. Abuzul este văzut ca rezultatul factorilor multipli: individuali (personalitate, sănătate mentală), familial (stres, conflicte, lipsa suportului), comunitari (sărăcie, violență în comunitate) și societali (norme culturale, politici ineficiente). Această abordare explică de ce abuzul nu depinde doar de caracterul adultului, ci de un complex de factori interconectați.

Teorii familiale	Se concentrează pe dinamica și structura familiei. Abuzul apare frecvent în familii cu: comunicare defectuoasă, conflicte frecvente, roluri neclare sau dezechilibrate, lipsă de suport social. Se consideră că abuzul este adesea un simptom al disfuncției familiale.
Teorii socioculturale	Pun accent pe contextul cultural și social: norme, valori, sărăcie, violență acceptată social sau lipsa sprijinului comunitar. De exemplu, în societățile în care disciplinarea corporală este normalizată, riscul abuzului fizic asupra copiilor este mai mare.
Teorii psihopatologice	Abordarea consideră că abuzatorii au adesea tulburări psihice, cum ar fi tulburări de personalitate, impulsivitate sau abuz de substanțe. Această teorie este adesea folosită în intervențiile clinice pentru a înțelege nevoia de tratament sau reabilitare.

Perspectivele abuzului sexual asupra copilului este asociată cu o serie de activități:

Traficul copilului în scopuri sexuale – transportul, adăpostirea și vinderea de persoane în interiorul unei țări sau în exteriorul ei, uzând de forță, coerciție, răpire, înșelăciune sau fraudă, în scopul de a plasa persoanele respective în situația de a munci sau presta forțat diferite servicii – prostituția, sclavia domestică sau alte forme de sclavie.

Exploatarea sexuală a copiilor – practică prin intermediul căreia o persoană, de obicei un adult, obține o gratificație sexuală, un câștig financiar sau o avansare, abuzând sau exploatând

sexualitatea unui copil, încălcând drepturile acestuia la demnitate, egalitate, autonomie și bunăstare fizică și psihică.

Exploatarea sexuală în scopuri comerciale a copiilor – violare a drepturilor fundamentale ale copiilor și presupune abuzul sexual făcut de adult și remunerarea în bani sau în obiecte a copilului sau a unor terțe persoane. Exploatarea sexuală și comercială a copilului constituie o formă de coerciție și violență la adresa acestuia, precum și o formă de muncă forțată și o formă contemporană de sclavie.

Turismul sexual cu copii – exploatarea sexuală și comercială a copiilor de către persoane care călătoresc din propria țară în alta – de obicei mai puțin dezvoltată – pentru a se angaja în activități sexuale cu minori.

Exploatarea prin muncă a copilului duce la consecințe în plan fizic, social și psihologic în dezvoltarea acestuia ca adult. O componentă mult mai „vizibilă" a muncilor prestate de copii se referă la viața copilului în stradă, determinat să adopte strategii de supraviețuire prin implicarea în diferite activități.

Căsătorii timpurii – se referă la căsătoria copiilor și adolescenților sub 18 ani. Acest fenomen este frecvent întâlnit în Africa Subsahariană și în Sudul Asiei, dar și în Africa de Nord, America Latină și Europa de Est. În România căsătoriile timpurii se întâlnesc în special în rândul familiilor de rromi, unde copiii sunt căsătoriți la vârste foarte mici, părinții acestora stabilind înțelegeri asupra căsătoriei, fără a ține seama de voința copiilor.

Abuzul sexual afectează copilul pe mai multe dimensiuni:

- **Psihologic și emoțional**: anxietate, depresie, tulburări de stres posttraumatic (PTSD), vinovăție și rușine.
- **Comportamental**: agresivitate, retragere socială, dificultăți școlare, comportamente de risc.
- **Fizic și somatic**: leziuni, tulburări somatice cronice, probleme de dezvoltare sexuală precoce sau inadecvată.
- **Dezvoltarea identității și relațiilor interpersonale**: dificultăți în a stabili încredere și atașament sănătos.

- **Principiile fundamentale în asistarea copilului victimă a abuzului sexual** integrează o serie de perspective practice și academice.

Sintetizăm, pe pagina următoare, perspectivele privind asistarea copiilor vicitime ale abuzului sexual.

6.1. Etapele asistării copilului victimă a abuzului sexual

Intervenția în cazurile de abuz sexual asupra copiilor este un proces complex, care trebuie să fie **structurat pe etape clare**, în conformitate cu legislația națională și protocoalele instituționale de protecție a copilului. Aceste etape permit identificarea rapidă a cazurilor, protecția copilului și asigurarea sprijinului psihosocial, medical și juridic necesar.

Tabelul 3.4. Perspective privind asistarea copiilor vicitime ale abuzului sexual

Siguranța copilului	Siguranța copilului reprezintă primul și cel mai important principiu în intervenția în cazurile de abuz sexual. Practic, aceasta implică protejarea imediată a copilului de agresor și prevenirea expunerii ulterioare la situații traumatizante. Din perspectivă științifică, studiile arată că expunerea continuă la agresor poate genera traume complexe, dificultăți de atașament și probleme emoționale pe termen lung (WHO, 2020). Astfel, evaluarea riscului și intervenția rapidă pentru a asigura un mediu sigur sunt esențiale.

Respectarea demnității și intimității	Copiii victime ale abuzului sexual sunt extrem de vulnerabili la revictimizare, care poate apărea prin interviuri repetate, expunerea în fața publicului sau comentarii nepotrivite. Respectarea demnității și intimității presupune interviuri specializate, minimizarea numărului de întrebări și asigurarea unui spațiu sigur și privat. Cercetările în psihologia traumei evidențiază că protejarea intimității copilului reduce anxietatea, stresul post-traumatic și riscul de retraumatizare (UNICEF, 2017).
Abordare centrată pe copil	Abordarea centrată pe copil înseamnă că toate intervențiile trebuie să țină cont de nevoile, emoțiile, percepțiile și vocea copilului. Nu este suficient să se concentreze doar pe colectarea de dovezi sau pe sancționarea agresorului; copilul trebuie să fie activ implicat în procesul de asistare, în limitele vârstei și capacității sale. Literatura de specialitate subliniază că implicarea copilului în decizii îi crește sentimentul de control și reducerea anxietății (Finkelhor, 2009).

Colaborare multidisciplinară	Abuzul sexual asupra copilului necesită intervenții integrate, implicând psihologi, asistenți sociali, medici, poliție și autorități juridice. Această colaborare multidisciplinară permite evaluarea completă a situației, protejarea copilului și oferirea unui sprijin coerent. Studii internaționale arată că echipele multidisciplinare reduc timpul de expunere la stres și cresc calitatea intervenției (WHO, 2020).
Confidențialitate și protecția datelor	Protecția informațiilor despre copil este un principiu esențial, în concordanță cu legislația națională și internațională privind drepturile copilului. Confidențialitatea nu doar că respectă drepturile copilului, ci previne stigmatizarea și expunerea inutilă. În practică, acest principiu se aplică prin păstrarea datelor în registre securizate, limitarea accesului la informații și comunicarea doar cu persoanele implicate în sprijinirea copilului (Legea 272/2004, GDPR).

6.1.1. *Detecția și raportarea abuzului*

Primul pas în protecția copilului constă în **recunoașterea și raportarea situațiilor de risc.**

Recunoașterea semnelor

Personalul educațional, cadrele medicale, asistenții sociali și membrii comunității trebuie să fie capabili să identifice semnele fizice (vânătăi, leziuni) și comportamentale (izolare, agresivitate, anxietate) ale abuzului.

Raportarea conform legislației

Conform **Legii nr. 272/2004,** orice suspiciune de abuz sexual trebuie raportată imediat autorităților competente (DGASPC, poliție, procuratură), fără a se aștepta confirmarea incidentului.

Rolul instituțional

Școlile, unitățile medicale și organizațiile comunitare au responsabilitatea legală și profesională de a identifica și sesiza cazurile, pentru a proteja copilul de expunerea continuă la agresor.

6.1.2. *Evaluarea și intervenția psihosocială*

După semnalarea cazului, se realizează o **evaluare comprehensivă a nevoilor copilului** și se inițiază intervenția psihosocială.

Evaluarea traumei

Psihologii și asistenții sociali evaluează impactul emoțional și psihologic al abuzului asupra copilului, identificând nevoile individuale.

Consiliere psihologică

Sunt recomandate intervenții atât individuale, cât și de grup, adaptate vârstei și capacității copilului de comunicare.

Intervenții terapeutice

Se utilizează metode validate științific, cum ar fi terapia cognitiv-comportamentală (CBT), terapia prin joc și terapia familială, în scopul reducerii simptomelor de stres post-traumatic și restaurării sentimentului de siguranță (Finkelhor, 2009).

6.1.3. *Intervenția medicală*

Abuzul sexual poate avea consecințe fizice și medicale semnificative, iar intervenția trebuie să fie rapidă și completă.

Examinare medicală

Medicul realizează o evaluare detaliată pentru identificarea leziunilor, traumelor sau altor efecte fizice ale abuzului.

Consiliere privind sănătatea sexuală

Se oferă informații despre prevenția bolilor cu transmitere sexuală, igienă și sănătate reproductivă.

Documentare medicală

Rezultatele examinărilor servesc atât pentru protecția copilului, cât și pentru procedurile judiciare.

6.1.4. *Suport social și juridic*

Asistarea copilului include și componente de sprijin social și juridic, pentru a asigura **protecție continuă și acces la drepturi.**

Servicii sociale și educaționale

Copilul și familia beneficiază de consiliere, sprijin material, acces la educație și reintegrare socială.

Sprijin juridic

Copilul este asistat în cadrul procesului juridic prin **audieri protejate,** reprezentare legală și consiliere privind drepturile sale.

Reintegrarea familială sau alternative sigure

În funcție de evaluarea riscului, copilul poate fi reintegrat în familie sau plasat temporar într-un mediu sigur alternativ (centre specializate, familii asistate).

Intervenția în cazurile de abuz sexual asupra copilului este un **proces etapizat, multidisciplinar și centrat pe victimă,** care combină identificarea rapidă a abuzului, intervenția psihosocială și medicală, sprijinul juridic și reintegrarea socială. Implementarea acestor etape conform legislației și protocoalelor instituționale asigură protecția copilului, prevenirea revictimizării și recuperarea psihosocială eficientă.

Bibliografie

Alexandrescu, G., Grădinaru, C., Paraschiv, R., Dinu, M., & Roman, G., 2021, *Studiu privind incidența violenței asupra copiilor*. Organizația Salvați Copiii România. https://www.salvaticopiii.

ro/sites/ro/files/2023-11/studiu-violenta-asupra-copilului-salvati-copiii-2021_1.pdf

Badea, C., & Trofin, G., 2024, *Studiu de percepție privind investigarea cazurilor de violență sexuală asupra copiilor și accesul la servicii specializate pentru victime și îngrijitorii acestora*. UNICEF România. https://www.unicef.org/romania/media/16806/file/Studiu%20de%20percep%C8%9Bie%20privind%20investigarea%20cazurilor%20de%20violen%C8%9B%C4%83%20sexual%C4%83%20asupra%20copiilor%20.pdf.pdf

Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M., 2013, Lessons learned from child sexual abuse research: Prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 22*(2), 223–243. https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.01.003

Epurescu E.O., 2023, *Abuzul asupra copilului*. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/374755295_Elena_Oliviana_EPURESCU_ABUZUL_ASUPRA_COPILULUI

Finkelhor, D., 2009, *Child sexual abuse: New theory and research*. Routledge.

Grădinaru, C., &Paraschiv, R., 2021, *Studiu privind incidența violenței asupra copiilor*. Organizația Salvați Copiii România. https://www.salvaticopiii.ro/sites/ro/files/2023-11/studiu-violenta-asupra-copilului-salvati-copiii-2021_1.pdf

Higgins, D. J., & McCabe, M. P., 2000, Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse & Neglect, 24*(7), 951–964. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00168-1

Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 557 din 23 iulie 2004.

Organizația Mondială a Sănătății (WHO), 2020, *Child maltreatment*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

Rădulescu, S. M., 2010, Incidența și prevalența abuzului sexual asupra copiilor în România. *Revista Română de Sociologie*, 21(3-4), 241–258. https://www.revistadesociologie.ro/pdf-uri/nr.3-4-2010/02-Radulescu.pdf

Șchiopu, U.,1982, *Psihologia copilului*. București: Editura Didactică și Pedagogică.

UNICEF, 2017, *Preventing and responding to child sexual abuse*. https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/sexual-violence/

WHO & ISPCAN, 2006, *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9241594365

Capitolul 4
Deontologie și etică profesională în asistența socială

L. Durac, L. Ciobanu

1. Probleme etice în practica asistenței sociale

L. Durac

1.1. Dimensiuni valorice și repere profesionale în asistența socială

Asistența socială intervine strategic în punctele critice unde indivizii și comunitățile interacționează cu mediul lor social, economic și cultural, folosind teoriile complexe ale comportamentului uman și ale sistemelor sociale. Profesioniștii din acest domeniu pun în aplicare cunoștințe interdisciplinare pentru a identifica și aborda provocările sociale, de la probleme

individuale de adaptare, până la dezechilibre structurale la nivel comunitar. Principiile privind drepturile omului și justiția socială susțin asistența socială, ghidând fiecare intervenție, cu scopul de a promova echitatea, demnitatea umană și incluziunea socială, indiferent de contextul cultural sau circumstanțele personale ale beneficiarilor.

Prin complexitatea și caracterul său multidimensional, asistența socială este pilonul principal în procesele de transformare a dinamicilor sociale și umane, concentrându-se fundamental pe:

1. Schimbare socială, perspectivă din care activitatea asistenților sociali este orientată spre *transformare*, prin identificarea și abordarea inegalităților sociale, a sistemelor de oprimare și a barierelor structurale ce împiedică dezvoltarea individului uman.

2. Rezolvarea problemelor relaționale, cu focusarea pe îmbunătățirea *comunicării*, medierea conflictelor și pe consolidarea legăturilor interpersonale și comunitare.

3. *Împuternicire* și eliberare, în sensul în care, prin intervenții strategice, asistenții sociali sprijină indivizii și grupurile în redobândirea controlului asupra propriilor vieți, prin depășirea vulnerabilităților și dezvoltarea mecanismelor de rezistență adecvate.

Bazându-se pe o abordare holistică, ce unifică teoriile comportamentului uman și ale sistemelor sociale, asistența socială, prin metodologia sa, permite profesioniștilor să intervină strategic la intersecția formată din individ, mediul social, economic și psihologic.

Valori precum promovarea demnității umane, respectarea drepturilor fundamentale și combaterea inegalităților sociale, fundamentate pe principiile drepturilor omului și pe justiția socială constituie baza etică și filosofică a profesiei de asistent social în ansamblul ei. Astfel, drepturile omului oferă un cadru normativ ce permite profesioniștilor din domeniu să: i) protejeze persoanele vulnerabile; ii) asigure accesul egal la resurse și servicii; iii) combată discriminarea și marginalizarea; iv) promoveze autonomia și autodeterminarea indivizilor. La rândul ei,

justiția socială completează acest demers prin: i) redistribuirea echitabilă a resurselor sociale; ii) recunoașterea diferențelor și nevoilor specifice grupurilor marginalizate; iii) eliminarea barierelor structurale ce generează inegalități; iv) susținerea participării active a comunităților în procesele decizionale. Integrând aceste principii în activitatea lor, asistenții sociali acționează ca agenți ai schimbării sociale, prin aportul la structurarea unei societăți mai echitabile și mai incluzive.

Reperele de competență cu rol în eficientizarea intervenției asistentului social includ sistemul de valori și atitudini, nivelul cunoștințelor teoretice specifice domeniului, completate de experiența dobândită pe cale practică. Fiind profund înrădăcinate *în* și asigurând o bună funcționare *a* vieții sociale în ansamblul său, valorile se traduc prin respectul pentru demnitatea și integritatea ființei umane. În timp ce normele au un caracter prescriptiv, intrând în sfera de interes a individului doar din perspectiva obligativității de conformare cutumiar socială, valorile sunt „credințe care nu se bazează pe argumente științifice și care conduc și ghidează activitatea profesională" (Alexiu, 2003, p. 322).

Deși noțiunea de valoare incumbă, din punct de vedere conceptual, componenta individualității, de precizat că despre valori se poate vorbi și din perspectiva instituțională, și la nivelul grupurilor care structurează entitatea organizațională, și, în egală măsură, prin raportarea la profesionistul în asistență socială, și tot la fel, cu referire la beneficiarul serviciilor. De exemplu, o organizație poate avea valori precum integritatea, inovația și grija față de oameni, care se pot manifesta în diverse norme și politici specifice. Aceste valori influențează modul în care profesioniștii în asistență socială interacționează cu beneficiarii și iau decizii, precum și modul în care beneficiarii percep și evaluează serviciile primite. Prin urmare, valorile sunt de însemnătate majoră pentru crearea unei culturi organizaționale sănătoase și asigurarea unei asistențe sociale de calitate, orientată spre nevoile beneficiarilor. Spre deosebire de norme, care au un

caracter specific, cu orientare clară pe anumite aspecte, valorile pot fi puse în relație cu aspirația, cu dezirabilul.

Valorile care guvernează asistența socială derivă din ansamblul valorilor generale ale societății, fiind convingeri despre oameni și modalitățile cele mai optime de a le aborda. În relația cu beneficiarii, profesia obligă la asumarea responsabilităților etice, prin respectarea angajamentului față de aceștia, finalitatea fiind bunăstarea celor care apelează la serviciile de profil. De exemplu, valoarea demnității umane impune ca fiecare individ să fie tratat cu respect și considerație, indiferent de statutul sau circumstanțele sale sociale; egalitatea presupune asigurarea accesului la serviciile sociale, fără discriminare; justiția socială urmărește redistribuirea echitabilă a resurselor și oportunităților, pentru a reduce inegalitățile și a oferi șanse egale tuturor; solidaritatea se manifestă prin implicarea activă a profesioniștilor în sprijinirea celor care se confruntă cu dificultăți și vulnerabilități. Aceste valori de bază ghidează întreaga sferă a asistenței sociale, asigurând o abordare centrată pe persoană, orientată spre bunăstarea și incluziunea socială a clienților.

Generic, literatura de specialitate (Banks, 2012, p.60) propune următoarele categorii de valori, emblematice pentru asistența socială:

a) respectul pentru demnitatea tuturor persoanelor, respectiv obligația de a valoriza fiecare ființă umană, asigurându-i drepturile ce decurg din calitatea de membru al unei societăți;
b) promovarea bunăstării, anume eforturi continue și conjugate de a genera beneficii și servicii sociale;
c) asigurarea dreptății sociale, prin excluderea inegalităților între membrii și grupurile societății, prin susținerea valorilor echității, respectiv prin distribuirea adecvată a serviciilor sociale.

În asistența socială, referirea la valorile sociale presupune luarea în considerare a ideii că membrii unei societăți se comportă în acord cu regulile sistemului social de apartenență, iar

modificarea acestor valori echivalează cu schimbări în conduita colectivă (Manfredo, 2016, pp. 287-296).

La nivel social, este important de observat că situațiile practice, credințele/convingerile, experiențele de teren, precum și acumularea de informații noi pot îndeplini roluri majore în reconfigurarea valorilor, orientându-le spre onestitate și integritate. Aceste elemente au capacitatea de a influența profund modul în care oamenii percep și se raportează la realitate, determinându-i să-și reevalueze propriile standarde și să adopte o atitudine mai autentică și mai responsabilă. De exemplu, expunerea la informații credibile și transparente despre anumite practici controversate poate determina indivizii să-și pună la îndoială convingerile anterioare și să dezvolte o perspectivă mai nuanțată și mai etică. Implicarea directă în situații concrete care provoacă integritatea poate duce la o mai bună înțelegere a importanței acestui principiu (al integrității și onestității), la un angajament mai ferm față de acesta în viața de zi cu zi. Adițional, oamenii pot fi obligați să-și confrunte propriile părtiniri, să ia în considerare puncte de vedere alternative, și să găsească modalități de a susține standardele etice chiar și în fața presiunii sau a tentației.

Acest lucru poate inspira un sentiment mai profund de responsabilitate personală și dorința de a fi o forță pozitivă pentru schimbare în sfera lor de influență. În acest sens, acumularea de experiențe și cunoștințe relevante joacă un rol esențial în remodelarea valorilor, transformându-le într-un ghid autentic pentru comportamentul și luarea deciziilor individuale și colective. Pe măsură ce oamenii se confruntă cu provocările din lumea reală și se angajează cu perspective diverse, ei au oportunitatea de a dezvolta o înțelegere mai nuanțată și mai bazată pe principii a lumii din jurul lor. Acest lucru poate duce, în cele din urmă, la o consolidare a coeziunii sociale, pe măsură ce valorile comune de onestitate, integritate și binele comun devin mai adânc înrădăcinate în structura societății.

1.2. Dileme/provocări etice în practica asistenței sociale

Conștientizarea etică este o componentă majoră a practicii profesionale în asistența socială. Capacitatea și angajamentul profesioniștilor de a acționa etic în acest domeniu condiționează în mod absolut calitatea serviciului oferit beneficiarului.

În calitatea ei de profesie care funcționează pe baze etice solide, asistența socială are ca principală misiune bunăstarea oamenilor, opunând inechităților și discriminării și susținând dreptatea socială și schimbarea socială în societate (IFSW, 2014).

Specialiștii din domeniul asistenței sociale sunt adeseori puși în situații profesionale dificile, cărora trebuie să le facă față în mod onorabil, păstrându-și reputația profesională nealterată. Astfel, pentru a-și putea îndeplini misiunea asumată prin angajamentul profesional, ei se regăsesc în postura de a adopta – individual – decizii etice, expunându-se unor situații care pot genera stări conflictuale între valori morale și principii etice. Astfel de tensiuni cu impact asupra capacității de menținere a verticalității profesionale și a unui cuvenit echilibru decizional creează neajunsuri care pot complica semnificativ calitatea și durata obținerii rezultatului dorit prin demersul asistențial Situațiile de acest tip sunt încadrabile categoriei *dileme etice*, asistentul social aflându-se în fața unor provocări solicitante și complexe, prin aceea că alternativele avute la dispoziție se dovedesc potrivnice deciziilor etice, corecte.

Subiectul dilemelor etice în asistența socială (prezent, de altfel, și în alte profesii de ajutorare) a atras, prin însemnătatea sa, atenția specialiștilor, structurând un consistent corp de literatură. Dilemele etice sunt prezentate drept contexte profesionale ce presupun alegerea celei mai optime dintre variantele existente la un moment dat, și care sunt în egală măsură de nefavorabile, întrucât fiecare dintre alternative se întemeiază pe un principiu etic diferit (Banks, 2021).

Pentru ca o situație să fie încadrată în aria de definire a dilemei etice, trebuie să îndeplinească anumite condiții, altfel spus, nu orice situație incomodă este, în mod automat, dilemă etică, ci despre aceasta se poate vorbi:

i) când persoana este pusă în situația de a lua o decizie privind cea mai optimă modalitate de acțiune;
ii) când există posibilități diferite de alegere a modalităților de acțiune;
iii) când nu există o soluție „perfectă" (în oricare mod s-ar acționa), întotdeauna un principiu etic fiind anulat.

În sens generic, se poate spune că principala dificultate a contextului dilematic sub aspect etic constă în aceea că asistentul social este conștient că trebuie să facă o alegere „inspirată", deși fiecare din principiile cu care lucrează este la fel de etic. În literatura de specialitate este propusă și o grupare a dilemelor etice. Astfel, K. Allen (2012) le încadrează în două categorii distincte, anume, absolute/pure și aproximative (Allen, 2012, pp. 4-5). Când două sau mai multe principii etice se potrivesc unei anumite probleme, dar sunt în contradicție unele cu altele, dilema etică este de natură *absolută*; dacă situația presupune dezacorduri între etică, valori, lege și/sau politici specifice, dilema este *aproximativă.* Important de precizat este că un tip de dilemă nu-l exclude pe celălalt, acestea putând fi prezente simultan în oricare mediu profesional. Practic, dilemele etice sunt o componentă integrată activității persoanelor ce activează în domeniul asistențial, o frecvență ridicată înregistrându-se în legătură cu dreptul la autodeterminare, confidențialitatea datelor, limitele profesionale, convingerile morale și religioase, folosirea tehnologiilor digitale în procesul de acordare a ajutorului specializat (Reamer, 2018, pp.71-80; Reamer, 2021; Viscarret J. și colab., 2020, pp. 55-70).

Diversitatea zonelor de activitate în care își fac simțită prezența demonstrează că dilemele etice dobândesc valoare în raport de contextul în care apar. Dincolo de caracterul lor intempestiv,

dificultatea identificării celor mai bune soluții la oricare dintre tipuri (sau combinațiile în care pot apărea), este sporită de o variabilă suplimentară, anume percepția personală a celui care se confruntă cu respectiva situație. Întrucât în dezbaterea referitoare la etică și standardele de practică determinant este întotdeauna contextul, urmează că ceea ce constituie o dilemă etică pentru un asistent social poate să nu constituie neapărat o dilemă etică pentru un alt asistent social – chiar și în același loc de muncă sau în raport cu aceeași situație de practică. Într-adevăr, nu este deloc un lucru rar întâlnit ca angajați care își desfășoară activitatea în cadrul aceluiași spațiu profesional să aibă puncte de vedere diferite cu privire la încadrarea unei dileme etice într-o zonă diferită de abordare, fapt ce generează dezechilibre relaționale, incertitudine și impas moral. Gradul de complexitate și natura problemei, alături de condiția existenței/absenței unui suport normativ adecvat și a unor la fel de adecvate strategii de coping sunt determinante pentru cursul pe care îl va lua o dilemă etică sau alta (Papouli, 2019, Reamer, 2021).

Prezența dilemelor etice în contextul profesional al asistentului social este una inevitabilă, așadar, însă acest aspect nu este nicidecum unul care să afecteze ultimativ capacitatea și determinarea profesioniștilor din acest domeniu care caută febril, continuu, modalități de depășire a problemelor de natură etică. Dilemele etice au potențialul de a submina serios încrederea, simțul valorii și capacitatea unui practician de a continua să lucreze într-un mod constructiv, eventualele consecințe deopotrivă personale și profesionale având implicații negative ce nu pot fi ignorate. De aceea, procesul reflexiv, asistat de supraveghere și sprijin, de exemplu, este esențial pentru ca asistenții sociali să poată învăța din situații complexe și să se poată dezvolta în practică din punct de vedere etic. Tot astfel, strategiile de coping, accesarea mecanismelor etice de tipul codurilor de etică profesională, consultările colegiale, consiliere juridică, sau solicitarea de sprijin din partea autorităților locale, respectiv a celor profesionale reprezintă principalele pârghii prin care asistenții sociali

pot căuta și obține suport și îndrumare în administrarea dilemelor etice. De asemenea, o parte dintre mediile profesionale moderne oferă angajaților activități de formare în materie de etică, eforturi subsumate aceluiași scop al dezvoltării capacității decizionale etice. Adițional, poate fi consultat un volum generos de literatură de profil care pune la dispoziție exemple de situații de adoptare a deciziilor etice, constituind o sursă eficientă de ajutor în dezvoltarea gândirii critice și structurarea adecvată a potențialelor rezoluții. Însă, în legătură cu acest aspect, trebuie admis că, în pofida existenței acestei din urmă resurse (literatura de profil), în care sunt prezentate etapele problemelor și modalitățile de soluționare, fiecare dintre exemplele/modelele prezentate nu are doar avantaje, ci și inevitabilele limitări. În acest sens, s-a făcut observația privind ușurința cu care pot fi urmate unele dintre aceste modele, *versus* cele care au cadre de aplicabilitate mai complexe, întrucât sunt mult mai specifice unui anumit context (Johnson și colab., 2022, pp.195-196).

În seria de documente (Declarații și Convenții) internaționale referitoare la drepturile omului, care reprezintă standarde comune de lucru, și prin care se recunosc drepturi acceptate la nivelul comunității globale, se pot enumera: Declarația Universală a Drepturilor Omului, Convenția cu privire la drepturile copilului, Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice, Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale, Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială, Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor, Convenția popoarelor indigene și tribale (convenția OIM 169). Pentru ghidarea *etică* a asistenților sociali de pretutindeni, unul dintre cele mai utile și importante documente este Codul de etică aprobat de Adunarea Delegaților NASW din 1995, care a servit ca punct de plecare, și care a fost revizuit ulterior de Adunarea Delegaților NASW din 2017. (NASW, 2017).

Este relevantă observația că NASW (2017) nu se erijează într-un instrument care are pretenția de a pune la dispoziție un

set de norme perfect aplicabile tuturor problemelor cu care se confruntă asistenții sociali, ci este un ghid care reunește set de principii valori și standarde util în a orienta conduita profesionistului în luarea deciziilor, în contextul dificil al dilemelor etice inerente activității. Utilitatea acestui document este indiscutabilă pentru întreg personalul care activează în domeniul asistenței sociale – deopotrivă specialiști formați, dar pentru cei și în formare – și indiferent de locurile în care aceștia și desfășoară activitatea, ori de categoriile de populație deservite. Însă, întotdeauna aplicațiile specifice ale Codului trebuie să țină cont de *contextul* în care este luat în considerare și de posibilitatea apariției unor conflicte între valorile, principiile și standardele pe care acesta le promovează. Acesta nu ierarhizează în termeni de importanță valorile, principiile și standardele pe care le prezintă, fapt explicabil prin aceea că apar diferențe de opinie în rândul asistenților sociali cu privire la modul în care ar trebui ordonate.

Fiind un proces *per se*, în adoptarea deciziilor etice la o problemă dată accentul trebuie pus pe judecata informată a asistentului social, la nivel individual. Concordanța dintre modul de a acționa al asistenților sociali și raportarea la litera și spiritul acestui document nu are ca scop oferirea de garanții de comportament etic. Acest lucru se poate explica prin imposibilitatea de a reuni într-un Cod amploarea și complexitatea problemelor etice implicate în efortul de a face alegeri responsabile în cadrul unei comunități morale. Categoric, însă, ansamblul de valori, principii și standarde promovate în document oferă profesionistului un cadru către care știe că, orientând-se, poate aspira la o sursă valoroasă de sprijin pentru soluționarea provocărilor etice.

În cadrul Codului Etic al NASW (2017), principiile etice generale statuează idealuri la care trebuie să aspire toți asistenții sociali. Aceste principii se fundamentează pe aserțiunea definitorie potrivit căreia etica profesională se află în centrul asistenței sociale și respectă valorile de bază ale asistenței sociale: serviciu,

justiție socială, demnitate și valoare umană, importanța relațiilor inter-umane, integritatea și competența.

Referitor la standarde, o parte dintre acestea oferă direcții de acțiune utile în conduita profesională, în timp ce altele au o componentă aspirațională. Adică, gradul privind posibilitatea de punere în practică (a acestor standarde) este o problemă ce ține de judecata profesională care trebuie realizată de persoanele responsabile, cu revizuirea prezumabilelor acțiuni de subminare a standardelor etice (NASW, 2017).

NASW sugerează derularea câtorva etape considerate necesare pentru rezolvarea etică a problemelor. Înainte de orice, este recomandat a se stabili dacă problema etică apărută (la un moment dat) are sau nu un caracter dilematic, respectiv, dacă există un conflict între valori, drepturi, responsabilități, de exemplu. Răspunsul afirmativ la această primă întrebare conduce spre următoarea etapă, anume recunoașterea celor mai potrivite valori și principii; mai departe, au acestea și anumite limitări care ar putea încetini demersurile de soluționare a cazului? Potrivit specialiștilor NASW, a treia etapă este aceea în care profesionistul organizează, în funcție de gradul de importanță (aflat la propria latitudine), valorile sau principiile etice aplicabile contextului dilematic. Iar pentru ca acest proces de ierarhizare să fie cât mai eficient, se propune încercarea de răspuns la un enunț interogatoriu de tipul: care sunt argumentele care, în opinia personală, ar putea determina ca anumite valori sau principii să fie mai concordante cu problema respectivă, în detrimentul altora? A patra etapă prevede elaborarea unui plan de acțiune care să coreleze cu aspectele etice identificate ca prioritare, centrale dilemei. În acest cadru, este prevăzut dialogul cu beneficiarul, consultări intercolegiale cu privire la posibile riscuri/urmări ce ar apărea în cadrul demersurile întreprinse. În plus, un răspuns bine argumentat cu privire la motivele care au condus profesionistul la alegerea valorilor și principiilor în baza cărora acționează ar consolida eficiența procesului. Odată parcurse etapele de până aici, se ajunge la implementarea propriu-zisă a planului,

prin punerea în aplicare a competențelor teoretice și practice pe care le deține asistentul social. Această penultimă fază utilă soluționării dilemei etice ar trebui să includă abilitățile de comunicare și de negociere, empatia, cunoștințele culturale. În cea de-a șasea etapă, care încheie procesul, se recomandă analizarea rezultatelor obținute pe baza opțiunilor etice; un exercițiu util care ar da consistență acțiunilor viitoare se referă la o evaluare a învățămintelor care se desprind în urma respectivei acțiuni de rezolvare a dilemei etice pentru toți cei implicați.

Următorul exemplu este un caz de dilemă etică absolută (sau pură), în care două (sau mai multe) criterii etice se aplică unei situații, dar sunt în conflict unul cu celălalt.

Un asistent social dintr-o zonă rurală, în care serviciile medicale sunt precare, este abordat în legătură cu un client diagnosticat cu o condiție medicală ce necesită, lunar, un tratament specific. În plus, clientul suferă și de, amaxofobie, tulburare care se traduce prin spaima excesivă și irațională dată de mersul cu mașina. Problemele medicale ale subiectului nu se regăsesc, însă, în sfera de competență profesională a asistentului social. La aceasta se adaugă distanța considerabilă la care se află clientul față de instituția medicală care i-ar putea oferi tratament, și la care se poate ajunge numai cu mașina. Așadar, un cadru în care două standarde etice sunt în contradicție. Astfel, subiectul ar putea să nu beneficieze de nici un serviciu medical dacă profesionistul în asistență medicală ar refuza să se implice, ca urmare a lipsei de competență medicală de profil (Standard etic 1.04). Un refuz de a accepta cazul intră în contradicție cu angajamentul asumat de asistentul social de a promova bunăstarea clienților (Standard etic 1.01.). Dincolo de constatarea existenței unui conflict între aspectele etice menționate, rămâne valabilă întrebarea referitoare la găsirea rezoluției potrivite. Aceasta ar putea veni din analiza Standardului etic 4.01 din Codul de etică al Asociației Naționale a Asistenților Sociali, potrivit căruia, asistenții sociali ar trebui să accepte un loc de muncă (sau, în situația dată, un client) doar în virtutea competenței existente sau

cu intenția de a dobândi competența necesară. Așa stând lucrurile, asistentul social poate accepta cazul, explicând clientului limitele determinate de competența sa pe aspectele medicale în cauză, sub rezerva de a solicita și beneficia de instruire.

Orice problemă de natură etică reclamă o atenție deosebită, o analiză riguroasă a fiecărui caz în parte, în vederea identificării de soluții echilibrate, conforme cu principiile etice ale profesiei. Pentru profesioniștii din asistența socială devine imperativ să urmeze cu rigurozitate codul etic al profesiei, să lucreze în mod transparent și să construiască relații de încredere puternice cu clienții, pentru a putea aborda în mod adecvat dileme de acest tip. Diversitatea contextelor profesionale care solicită permanent abilitatea profesioniștilor în asistență socială de a face față multitudinii de cazuri, fiecare cu aspecte care îl individualizează și care își caută cu disperare rezolvarea, face ca profesia de asistent social să rămână una dintre cele mai nobile.

1.3. Concluzii

1. Etica în domeniul practic al asistenței sociale se impune ca o formă de garanție în privința menținerii unei conduite profesionale concordante cu acele standarde care fundamentează și dau credibilitate statutului de asistent social.

2. Măsura în care se raportează la Codul de Etică fiecare angajat al domeniului este condiționată de variabile precum sistemul personal de valori, cultura de apartenență, cadrul legislativ, mediul de activitate, natura cazurilor de soluționat.

3. Principial, prevederile statuate într-un cod etic nu au semnificația regulilor propriu-zise, dar ele pot dobândi acest atribut într-o situație sau alta.

4. Dilemele etice se manifestă atunci când apar neconcordanțe între înțelegerea problemei, stabilirea obiectivelor, ierarhizarea priorităților, construirea strategiilor și alegerea metodelor de decizie. Aceste situații pot fi generate de perspective diferite ale clientului, practicianului, organizației,

comunității, profesiei sau societății, fiecare aducând în discuție presupuneri distincte despre ființa umană, sistemul de valori, atitudini și identitatea profesională.

Bibliografie

Allen, K., 2012, 'What is an ethical dilemma?', The New Social Worker, 19(2), pp. 4–5.

Alexiu, M., 2003, *Valori și faze ale acțiunii în asistența socială*. în G. Neamțu (coord.): *Tratat de asistență socială*. Iași: Polirom, 2003, p. 322.

Banks, S., 2012, *Ethics and values in social work*. 4th ed. Basingstoke:Palgrave. Macmillan.19

Banks, S., 2021, *Ethics and Values in Social Work*, 5th edn, London: Red Globe Press.

International Federation of Social Workers (IFSW) (2014) 'Global definition of social work', disponibil online la: https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of- social-work/

Johnson, K. M., Weeks, S., Peacock, G. G., Domenech Rodríguez, M., M., 2022, 'Ethical decision-making models: A taxonomy of models and review of issues', *Ethics & Behavior*, 32(3), pp. 195-16.

Manfredo, M.J., Teel, T.L., Dietsch, A.M., 2016, *Implications of human value shift and persistence for biodiversity conservation*. Conserv. Biol. 30 (2), 287–296.

NASW, 2017, *Code of Ethics of the National Association of Social Workers*. Washington, DC

Papouli, E., 2019, 'Moral courage and moral distress in social work education and practice: A literature review', în Marson, S. M., McKinney, R. E. (eds), *The Routledge Handbook of Social Work Ethics and Values,* Abingdon, Routledge.

Reamer, F. G. 2018, 'Ethical standards for social workers' use of technology: Emerging consensus', *Journal of Social Work Values and Ethics*, 15(2), pp. 71–80.

Reamer, F. G., 2021, *Boundary Issues and Dual Relationships in the Human Services*, 3rd edn, New York, NY, Columbia University Press.

218 Viscarret, J. -J., Idareta, F., Ballestero, A., Úriz, M. -J., 2020, 'Ethical dilemmas and areas of social work intervention in Spain', *Journal of Social Service Research*, 46(1), pp. 55–70.

2. Etica și confidențialitatea datelor în asistența socială digitală

L. Ciobanu

2.1. Introducere

Asistența socială digitală reprezintă o realitate din ce în ce mai prezentă, în care tehnologia joacă un rol semnificativ în furnizarea serviciilor. Această tranziție spre digital aduce beneficii semnificative, precum accesibilitatea sporită și eficiența administrativă, dar ridică și provocări complexe legate de etică și protecția datelor. În contextul unei societăți tot mai dependente de tehnologie, este imperativ să abordăm aceste aspecte, combinând cadrul legal cu principiile etice ale profesiei.

2.2. Reglementări etice și legale privind datele beneficiarilor

În România, cadrul legislativ privind protecția datelor personale este reglementat de Legea nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului GDPR (UE 2016/679). În domeniul asistenței sociale, Legea nr. 292/2011 și Legea nr.

466/2004 stabilesc obligații clare privind confidențialitatea informațiilor obținute de profesioniști. De asemenea, Codurile de etică ale organizațiilor profesionale impun respectarea vieții private a beneficiarului, obținerea consimțământului informat și protecția datelor sensibile.

2.3. Confidențialitatea în mediul digital

În contextul tot mai accentuat al digitalizării serviciilor sociale, utilizarea platformelor online precum Zoom, Google Meet sau WhatsApp pentru desfășurarea activităților de consiliere și asistență socială a devenit o practică uzuală. Această schimbare aduce însă numeroase provocări legate de confidențialitatea și protecția datelor beneficiarilor, aspecte esențiale pentru păstrarea încrederii și integrității actului profesional.

Unul dintre principalele riscuri este reprezentat de posibilitatea interceptării conversațiilor în timpul transmiterii datelor prin rețelele de internet. Multe platforme, chiar și cele populare, pot avea vulnerabilități în ceea ce privește criptarea comunicării sau pot fi ținta unor atacuri cibernetice, ceea ce expune informațiile sensibile la acces neautorizat. De asemenea, rețelele Wi-Fi neprotejate sau dispozitivele personale nesecurizate pot constitui puncte slabe prin care datele pot fi compromise.

Pe lângă aceasta, stocarea datelor beneficiarilor în formate electronice, fie pe dispozitive locale, fie în servicii cloud cum sunt Google Drive, OneDrive sau altele, impune respectarea unor norme stricte de securitate. Datele trebuie criptate atât în tranzit, cât și pe server, pentru a preveni accesul neautorizat. Accesul la aceste fișiere trebuie să fie limitat exclusiv personalului autorizat, iar fiecare acces sau modificare să fie înregistrată printr-un sistem auditabil, astfel încât să existe o evidență clară a manipulării informațiilor.

Mai mult, legislația în domeniul protecției datelor cu caracter personal, cum este Regulamentul General privind Protecția

Datelor (GDPR), impune standarde stricte pentru colectarea, prelucrarea și stocarea informațiilor privind beneficiarii serviciilor sociale. Respectarea acestor norme este imperativă pentru evitarea sancțiunilor legale și pentru protejarea drepturilor persoanelor asistate.

Pentru a răspunde acestor provocări, organizațiile trebuie să implementeze măsuri tehnice și organizatorice adecvate: utilizarea platformelor cu criptare end-to-end, instruirea personalului în bune practici privind securitatea informației, crearea de politici clare privind accesul și utilizarea datelor, precum și realizarea periodică a auditului de securitate. De asemenea, este esențială obținerea consimțământului informat de la beneficiari cu privire la utilizarea mijloacelor digitale și la prelucrarea datelor personale.

Garantarea confidențialității în mediul digital reprezintă o provocare complexă, dar esențială pentru menținerea calității și eticii în asistența socială. Adaptarea continuă la noile tehnologii și la cerințele legislative este cheia pentru oferirea unor servicii sigure și responsabile, care să protejeze în mod efectiv drepturile și intimitatea beneficiarilor.

2.4. Etica digitală în relația profesionist-beneficiar

Având în vedere utilizarea tot mai largă a tehnologiilor digitale în domeniul asistenței sociale, respectarea principiilor eticii profesionale devine o provocare esențială și indispensabilă. Etica digitală presupune nu doar respectarea regulilor clasice ale confidențialității și integrității, ci și adaptarea acestora la specificul comunicării și gestionării datelor în mediul online.

Un element fundamental al eticii digitale este transparența în comunicarea cu beneficiarii. Asistenții sociali trebuie să informeze clar și accesibil persoanele asistate despre modul în care datele lor personale sunt colectate, procesate, stocate și protejate. Această informare trebuie să permită beneficiarului să

înțeleagă pe deplin implicațiile folosirii platformelor digitale și a instrumentelor online în cadrul serviciilor oferite.

În acest cadru, consimțământul informat joacă un rol central. El trebuie să fie obținut explicit, înaintea începerii oricărei prelucrări de date sau demarării unei comunicări digitale. De asemenea, consimțământul trebuie documentat și păstrat în condiții de siguranță, pentru a putea fi verificat în eventualitatea unor controale sau reclamații. Această practică nu doar că respectă legislația în domeniu, precum GDPR, dar și întărește încrederea beneficiarilor în serviciile sociale.

Un alt principiu etic esențial este minimizarea datelor, adică limitarea colectării informațiilor la strictul necesar pentru furnizarea serviciului. Colectarea excesivă sau nejustificată a datelor poate expune beneficiarii unor riscuri nejustificate, inclusiv privarea de intimitate sau utilizarea abuzivă a informațiilor personale. Prin urmare, profesioniștii trebuie să fie atenți la relevanța și proporționalitatea datelor pe care le solicită sau înregistrează, evitând stocarea informațiilor inutile sau depășite.

În plus, etica digitală include și responsabilitatea de a păstra o comunicare respectuoasă și profesională în spațiul online. Asistenții sociali trebuie să stabilească și să respecte limite clare în relația cu beneficiarii, evitând ambiguități sau utilizarea canalelor digitale în scopuri personale. Gestionarea mesajelor, feedbackului și solicitărilor în mod profesionist contribuie la menținerea unui climat de încredere și respect reciproc.

Nu în ultimul rând, trebuie luată în considerare protecția împotriva riscurilor de securitate cibernetică care pot afecta datele sau comunicarea digitală, iar asistenții sociali trebuie să fie instruiți și conștienți de bunele practici în domeniul securității informației.

Etica digitală în relația profesionist-beneficiar reprezintă o componentă esențială a calității serviciilor sociale în era digitală. Adoptarea unor principii clare, respectarea drepturilor beneficiarilor și o comunicare deschisă și responsabilă constituie premisele unei asistențe sociale eficiente, moderne și respectuoase față de demnitatea persoanei.

2.5. Recomandări pentru protejarea datelor și acțiune etică

- Formarea periodică a personalului privind securitatea cibernetică și etica profesională
- Elaborarea de politici instituționale clare privind utilizarea tehnologiei
- Utilizarea de parole, criptare și autentificare dublă
- Evitarea transmiterii datelor sensibile prin canale nesigure
- Evaluarea riscurilor IT și realizarea de audituri periodice
- Designul de servicii online centrate pe confidențialitate

2.6. Concluzii

Digitalizarea serviciilor sociale impune o regândire a practicilor etice și a măsurilor de protecție a datelor. Asistenții sociali trebuie să rămână ancorați în valorile profesiei, dar și să dezvolte competențe digitale adecvate. Respectarea confidențialității în mediul online este o obligație legală, dar și o dovadă de respect față de demnitatea umană a beneficiarilor.

Bibliografie

Cadariu, I.V., Viscu, L.I., 2025, *Repere etice în psihoterapie și asistență socială. Provocări contemporane.* București: Editura Universitară

Lascateu, C., 2021, *Dimensiunea etică a culegerii de informații digitale*. București: Pro Universitaria

Regulamentul UE privind inteligența artificială (2024/1689), https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ro/ALL/?uri=CELEX:32024R1689

Regulamentul general privind protecția datelor (GDPR), https://www.dataprotectionromania.ro

Capitolul 5
Asistența socială a persoanelor cu dizabilități

A.M. Lăzărescu

1. Deficiența și stabilirea gradului de handicap

1.1. Delimitări conceptuale

De-a lungul istoriei, în literatura de specialitate, au fost uzitați extrem de mulți termeni pentru a desemna deficiența, fiind o varietate de concepte terminologice care se elaborau și se modernizau de fiecare dată cu schimbarea și actualizarea sistemului social și educațional. Așadar, nu există o definiție globală și universală a dizabilității. Definiția dizabilității afectează felul în care persoanele cu dizabilități sunt tratate. Definițiile sunt în legătură cu politicile și oferirea de servicii sau suport. Majoritatea termenilor preluați din literatura de specialitate și care circulă în

vorbirea curentă obișnuită se referă la: deficient, incapacitate/ dizabilitate și handicap etc.

Clasificarea Internațională a Deficiențelor, Incapacităților și Handicapurilor a făcut o distincție clară între deficiență, incapacitate și handicap:

- deficiența (*impairment*) desemnează maladia mentală și tulburările ei
- incapacitatea (*disability*). rezultă din deficient și definește consecințele morbide funcționale, deficitul care poate fi măsurat și care dă dreptul la compensare financiară
- handicapul, care corespunde consecințelor socioprofesionale ale deficienței și deficitului. Acesta nu este cuantificabil și ar trebui studiat în termini relaționali.

Termenul **deficiență** reunifică absența, pierderea sau alterarea unei structuri ori a unei funcții (anatomică, fiziologică sau psihologică) a persoanei. Deficiența poate fi rezultatul unei maladii, a unui accident, dar și a unor condiții negative de mediu.

Termenul generic de deficiență include și o serie de alți termini cu semnificație și sferă semantică mai îngustă cum ar fi (Gherguț, 2003, p.860):

- deficit – desemnează înțelesul cantitativ al eficienței, adică ceea ce lipsește, o anumită cantitate sau integral;
- defectuozitate – se referă la ceea ce determină un deficit;
- infirmitate – desemnează diminuarea notabilă sau absența unei sau mai multor funcții care necesită o protecție importantă, fiind incurabilă, dar care poate fi reeducată, compensată sau supracompensată. După datele UNESCO infirmitatea se limitează numai la deficiența motorie;
- invaliditatea – implică pierderea sau diminuarea temporară sau permanentă a capacității de muncă;
- perturbarea - se referă la abaterile de la normă.

Handicapul se referă la o defavorizare a adaptării persoanei la mediul fizic și social ca urmare a deficienței sale și a

incapacității rezultate din aceasta. Este luat în considerare aspectul social. Prin handicap se înțelege „...pierderea sau limitarea șanselor de a lua parte la viața comunității la un nivel echivalent cu ceilalți membri ai săi". Termenul „handicap" semnifică o persoană dezavantajată. Sintagma „persoană dezavantajată" a început să fie asimilată cu „persoana bolnavă" (Popescu, Pleșa, 1998, p. 27).

Legea 448 din 18 decembrie 2006 desemnează **persoana cu handicap**, ca fiind acea persoană căreia, datorită unor afecțiuni fizice, mentale sau senzoriale, le lipsesc abilitățile de a desfășura în mod normal activități cotidiene, necesitând măsuri de protecție în sprijinul recuperării, integrării și incluziunii sociale.

Se dorește ca termenii: invalid, irecuperabil, needucabil, inapt/incapabil de muncă să nu mai fie folosiți în caracterizarea persoanelor cu dizabilități, deoarece acești termeni nu reprezintă realitatea și aduc prejudicii demnității umane.

Conform ultimelor cerințe ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), SSPH susține armonizarea terminologiei românești din domeniul persoanei cu handicap prin raportare la Clasificarea Internațională a Funcționării Dizabilității și Sănătății, adoptată și aprobată la data de 22 mai 2001 de cea de-a 25-a Sesiune Generală a OMS.

În timpul procesului de revizuire, termenul de „handicap" a fost abandonat, folosindu-se cel de „dizabilitate". **Dizabilitatea** este un termen generic pentru afectări, limitări ale activității și restricții în participare. Termen generic pentru toate cele trei niveluri – corp, individ și societate, el denotă aspectele negative ale interacțiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) și factorii contextuali în care se regăsește (factori de mediu și personali).

Termenul **dizabilitate** este utilizat pentru a desemna un fenomen multidimensional care rezultă din interacțiunea dintre oameni și mediul lor fizic și social (CIF, 2004). Dizabilitatea este secundară persoanei, nu definește cine este el sau ea ca ființă umană. Persoana nu reprezintă o problemă, ci atitudinile și concepțiile greșite privind dizabilitatea (și persoanele cu

dizabilități) pot crea bariere în calea acceptării și participării acestora ca membri ai comunității (Costea -Bărluțiu, 2015).

Conceptul **cerințe educative speciale** a fost introdus în terminologia UNESCO în anul 1990 și desemnează acele necesități educaționale complementare obiectivelor generale ale educației și învățământului, care solicită o educație adaptată particularităților individuale și/sau caracteristicilor unei anumite deficiențe de învățare, precum și o intervenție specifică.

Sintagma Cerințe/nevoi educaționale speciale (special educational needs) - CES - se referă la cerințele în plan educativ ale unor categorii de persoane, „cerințe consecutive unor disfuncții sau deficiențe de natură intelectuală, senzorială, psihomotorie, fiziologică etc. sau ca urmare a unor condiții psihoafective, socioeconomice sau de altă natură (cum ar fi absența mediului familiar, condițiile de viață precare, anumite particularități ale personalității copilului etc.), care plasează persoana/elevul într-o situație de dificultate în raport cu cei din jur, situație ce nu-i permite o existență sau o valorificare în condiții normale a potențialului intelectual și aptitudinal de care dispune și îi induce un sentiment de inferioritate ce accentuează condiția sa de persoană cu cerințe speciale" (Gherguț, 2006, p. 244).

Se întâlnește des și conceptul de „**nevoi speciale"**, sintagmă a cărei sferă semantică este deseori mai extinsă, incluzând pe lângă copiii cu deficiențe sau tulburări de învățare și copiii din mediile sociale și familii defavorizate, copiii delincvenți sau din anumite grupuri etnice. (Coman, 2001, p.11).

Persoană în dificultate evidențiază faptul că „dificultatea unui copil sau a unei personae poate conduce la instalarea unui handicap real dacă ajutorul nu se acordă rapid și individualizat, dincolo de limitările formale ale unei paradigme sau alteia" (Buică, 2004, p.23).

1.2. Conceptele de recuperare, reabilitare, abilitare

Reabilitarea se referă la un proces destinat a da posibilitatea persoanelor cu deficiență să ajungă la niveluri funcționale fizice, psihice și sociale corespunzătoare, furnizându-le acestora instrumentele cu ajutorul cărora își pot schimba viața în direcția obținerii unui grad mai mare de independență în societate.

Termenul **recuperare**, specific României, are în esență o semnificație echivalentă, având însă o încărcătură mai puternică medicală și socială.

Există tendința de a utiliza în cuplu noțiunile abilitare-reabilitare, prima referindu-se la acele funcții care nu mai pot fi recuperate. În schimb, prin mecanismele de compensare se pot forma abilități, capacități bazale pentru integrarea socială și profesională.

Conceptul **șanse egale** reprezintă rezultatul prin care diferite sisteme ale societății și mediului, precum serviciile, activitățile, informarea și documentarea, sunt puse la dispoziția tuturor, în particular a persoanelor cu dizabilități.

Termenul **egalizarea șanselor** (crearea de șanse egale) este procesul prin care diferitele sisteme sociale și de mediu (infrastructură, servicii, activități informative, documentare) devin accesibile fiecăruia și, în special, persoanelor cu handicap.

1.3. Clasificare și cauze ale handicapului

Clasificarea tipurilor de handicap și deficiență este multiplă, existând diferențe minore între autorii care au studiat termenii. Literatura de specialitate operează cu diverse clasificări ale deficiențelor. Aria de acoperire a conceptului de handicap este relativ largă, cuprinzând deficiențele de ordin mental, senzorial, fizic, dar în ultima perioadă acest concept și-a lărgit aria

de acoperire cuprinzând și disfuncționalități de integrare, de ordin social, economic, etc (Guttman, 2008, pp. 13-14).

În încercarea de a oferi o delimitare a deficiențelor, subsemnata, alături de I.Mititiuc, am propus următoarea clasificare: (Mititiuc, Lăzărescu, 2011, p. 13):

- Deficiențe senzoriale (auz, văz, limbaj)
- Deficiențe fizice/motorii
- Deficiențe mintale
- Deficiențe asociate (sindrom Down, autism, surdocecitate)
- Deficiențe de învățare
- Deficit de atenție și hiperactivitate

Conform Legii 448 din 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, **tipurile de handicap** sunt:

- Fizice;
- Vizuale;
- Auditive;
- Surdocecitate;
- Somatice;
- Mintale;
- Psihice;
- HIV/SIDA;
- Asociat;
- Boli rare.

În raport cu întinderea și profunzimea afecțiunii, handicapurile se grupează în:

- globale (generale sau de ansamblu);
- parțiale (regionale sau locale).

Handicapul este de asemenea clasificat în funcție de gravitate. Astfel, avem handicap:

- ușor;
- mediu;

- accentuat;
- grav (Legea 448 din 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap).

Toate aceste forme de handicap sunt consecință a unor **cauze**. Astfel, dizabilitatea poate fi înțeleasă ca fiind o îmbinare a diferiților factori. În chestionarul Națiunilor Unite adresat țărilor lumii, factorii generatori de deficiențe sunt împărțiți în patru mari categorii (Albu, Albu, 2000, p.15):

- factori genetici;
- factori biologici (diferite afecțiuni);
- accidente;
- condiții socioculturale.

De asemenea, după momentul apariției deficienței, putem întâlni:

- deficiențe ereditare
- deficiențe dobândite
- înnăscute (copii născuți cu deficiențe morfofuncționale);
- survenite (accidente nefericite, suferite de-a lungul vieții).

Deficiențele pot apărea:

a) în perioada vieții intrauterine, cauze fiind maladiile infecțioase ale gravidei, viruși ai rubeolei, oreionului, pojarului, hepatitei, tulburări metabolice, endocrine (hipotiroidismul famial), diabetul, hemoragiile, infecții bacteriene și prin protozoare (tuberculoza, sifilisul), medicamentele tranchilizante (morfina, cocaina, heroina, marihuana, conterganul), cauze chimice și hormonale, cum sunt avortificientele (chinina, ergotina, apa de plumb), de asemenea: iradierea mamei cu raze X, în timpul sarcinii, consumul de alcool, tutun, droguri, incombatibilitatea sangvină între mamă și fetus, toate acestea favorizând apariția malformațiilor congenitale, sau poate transmite o boală genetică fătului;
b) în timpul nașterii, cauzate de leziuni anatomo-patologice în timpul nașterii, hemoragii meningiene, incompatibilitatea

sangvină, lezarea cohleară, anoxia (asfixia albastră), cauzată de neoxigenarea fetusului în timpul travaliului, traumatismele obstreticale;

c) după naștere, determinate de traumatisme cranio-celebrale, boli infecțioase (meningita, encefalita, scarlatina, rujeola, pojarul, tusea convulsivă, oreionul, febra tifoidă, etc.), otita, factori toxici (intoxicațiile), boli vasculare, subalimentația cronică, traumatismul sonor (întreprinderi zgomotoase), cauze medicamentoase (streptomicină, neomicină, canamicină, gentamicină, trombomicină și chiar aspirină și chinină doze mari).

Pe de altă parte, plurihandicapul se traduce printr-o asociere a mai multor tipuri de handicap, ceea ce implică nu numai o atenție mărită din partea specialiștilor și a familiei, dar și un efort suplimentar din partea copilului, cu scopul clar de a duce o viață cât mai normală posibil, în conformitate cu vârsta sa (Moțet, 2001).

1.4. Simptome, dificultăți și efecte

Simptomele (caracteristicile) personelor cu dizabilități sunt: întârziere în dezvoltare, inegalitate în dezvoltare, dificultăți de socializare (acestea fiind o reflectare în planul adaptării primelor două caracteristici expuse), iritabilitate, uneori agresivitate, reticență, încăpățânare, negativism, alteori timiditate și stare depresivă.

Dificultățile cu care se confruntă persoanele cu dizabilități determină limitări importante în ceea ce privește capacitatea de muncă, precum și capacitatea de a desfășura activități obișnuite, specifice vieții de zi cu zi. Aceste dificultăți pot fi de natură fizică, senzorială, cognitivă sau psihică.

- Dificultăți de ordin general:

– dificultăți de deplasare și mișcare, pentru cei cu deficiente fizice;
– dificultăți de exprimare si comunicare, pentru cei cu deficiențe senzoriale;
– dificultăți de adaptare la mediul de viață cotidian și la rigorile vieții sociale, pentru cei cu deficiențe mintale și intelectuale;
– dificultăți de întreținere pentru persoanele lipsite de resurse și venituri sau care au venituri mici.

- Dificultăți de ordin profesional:
  – dificultăți legate de instruirea si pregatirea profesionala a persoanelor cu diferite forme și grade de deficiență;
  – dificultăți de plasare in locuri de munca in conditii protejate (ateliere protejate, sectii speciale de productie pentru persoanele cu handicap etc).
- Dificultăți de ordin psihologic și social.

Efectele sau consecințele stării de dizabilitate sunt multiple: limitarea, mai mult sau mai puțin accentuată, a accesului la informație și a capacității de prelucrare a acesteia; activismul limitat și capacitatea redusă de automobilizare la activitate; îngustarea relațiilor interpersonale și de grup prin izolare și autoizolare.

1.5. Evaluarea și stabilirea gradului de handicap

Evaluarea persoanelor adulte cu dizabilități în România este un proces complex, reglementat de **Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap** și de alte acte normative complementare. Scopul evaluării este de a determina gradul de dizabilitate, de a stabili măsurile de sprijin necesare și de a asigura accesul persoanei la

drepturile și beneficiile legale. Această evaluare este realizată de **Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap** (organizată la nivel județean sau de sector) și implică mai multe etape și criterii.

Există 10 tipuri de handicap conform legislației românești: fizic, vizual, auditiv, surdocecitate, somatic, mintal, psihic, HIV/SIDA, asociat, boli rare.

În funcție de stadiul de severitate, se atribuie unul dintre cele 4 grade de handicap: **ușor, mediu, accentuat sau grav.**

Procesul de evaluare sau reevaluare pentru stabilirea încadrării în grad de handicap se realizează de Serviciul de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu Handicap (SECPAH) și Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din cadrul DGASPC-ului unde persoana are domiciliul.

Serviciul de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu Handicap (SECPAH) recomandă încadrarea sau neîncadrarea, respectiv menținerea în grad de handicap a unei persoane, precum și măsurile de protecție și programul de reabilitare și integrare socială. Recomandarea este analizată de Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) care eliberează certificatul de încadrare în grad și tip de handicap și Programul de Reabilitare și Integrare Socială (PIRIS) Procesul de evaluare se realizează integrat, luând în considerare perspectiva medico-psiho-socială. (https://anpd.gov.ro/web/dizabilitate/evaluarea-in-grad-de handicap/)

1.6. Evaluarea și încadrarea în grad de handicap a copilului

Bolile pentru care se acordă certificat de handicap pot fi definite ca afecțiuni cu potențial invalidant, care determină limitări importante în ceea ce privește capacitatea de muncă, precum și a capacității de a desfășura activități obișnuite, specifice

vieții de zi cu zi. Aceste limitări pot fi de natură fizică, senzorială, cognitivă sau psihică, astfel că lista cu bolile pentru care se acordă certificat de handicap în România este una destul de lungă și diversificată, cuprinzând afecțiuni din toate aceste sfere.

Comisia pentru protecția copilului stabilește încadrarea copiilor cu dizabilități în grad de handicap și eliberează certificatul de încadrare a copilului într-un grad de handicap. Evaluarea și încadrarea copiilor cu dizabilități în grad de handicap se efectuează în baza criteriilor bio-psiho-sociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap aprobate prin Ordinul nr.1306/1883/2016 pentru aprobarea criteriilor biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și a modalităților de aplicare a acestora.

Criteriile pe baza cărora se face încadrarea în grad de handicap, respectiv bolile pentru care se acordă certificat de handicap sunt prevăzute în cazul adulților de Ordinul nr. 762/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap.

In cazul copiilor, certificatele de handicap se acordă în baza criteriilor și pentru bolile prevăzute de Ordinul 1306/2016 1306/1883 pentru aprobarea criteriilor biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și a modalităților de aplicare a acestora.

Termenul de valabilitate a certificatului de încadrare în grad de handicap pentru copii se stabilește ținând cont de situația concretă a copilului din punct de vedere al deficiențelor/afectărilor, limitărilor de activitate și restricțiilor de participare și este de minimum 6 luni și maximum 2 ani.

Pentru tânărul care urmează să împlinească 18 ani, termenul de valabilitate poate fi mai mic de 6 luni și mai mare de 2 ani, dar nu mai mare de 2 ani și 6 luni. În situația în care copilului cu dizabilități îi sunt eliberate, consecutiv, două certificate de încadrare în grad de handicap grav, fiecare având termenul de valabilitate de 2 ani, ulterior, Comisia pentru protecția copilului eliberează un certificat valabil până la vârsta de 18 ani, pe baza

criteriilor biopsihosociale specifice, elaborate de Ministerul Sănătății împreună cu Ministerul Muncii și Protecției Sociale.

Pentru copiii cu handicap a căror afecțiune necesită îngrijiri medicale paliative, certificate de medicul de specialitate, Comisia pentru protecția copilului stabilește un termen de valabilitate a certificatului valabil până la vârsta de 18 ani.

1.7. Evaluarea și încadrarea în grad de handicap a adultului cu dizabilități

Evaluarea persoanelor adulte cu dizabilități în România este un proces structurat, care include evaluări medicale, psihologice și sociale. Scopul este de a determina gradul de handicap și de a oferi acces la o serie de drepturi și servicii pentru a sprijini incluziunea socială și asigurarea unui nivel de trai adecvat. Procesul este realizat de comisii specializate la nivel județean și se bazează pe criterii clare, dar poate fi contestat dacă persoana afectată consideră că decizia nu reflectă corect nevoile și capacitățile sale.

1.7.1. *Documentele necesare pentru evaluare*

Pentru a iniția procesul de evaluare, persoana adultă cu dizabilități sau un reprezentant legal trebuie să depună un dosar care să conțină documente medicale și administrative. Dosarul tipic include:

- **Cerere de evaluare**: depusă la Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC).
- **Actul de identitate** (copie și original).
- **Referat medical**: eliberat de medicul specialist, care detaliază diagnosticul și istoricul afecțiunii.
- **Documente medicale**: cum ar fi fișa medicală sintetică, analizele recente, rezultatele investigațiilor imagistice sau alte documente relevante.

- **Evaluarea psihologică**: pentru anumite dizabilități, se solicită și o evaluare psihologică realizată de un specialist.
- **Raport social**: întocmit de asistentul social, care evaluează situația familială și socială a persoanei.

1.7.2. *Evaluarea medicală și funcțională*

O componentă esențială a procesului este **evaluarea medicală și funcțională** a persoanei, care presupune:

- **Examinarea clinică** a persoanei de către medicii specialiști, care identifică natura dizabilității (fizică, senzorială, mintală, psihică etc.) și severitatea acesteia.
- **Determinarea nivelului de funcționare**: se evaluează capacitatea persoanei de a realiza activitățile zilnice, de a se deplasa, de a se îngriji și de a comunica.
- **Testarea abilităților cognitive**: pentru persoanele cu afecțiuni psihice sau intelectuale, se realizează teste pentru a evalua capacitatea de înțelegere și de luare a deciziilor.
- **Stabilirea prognosticului**: se estimează evoluția bolii sau afecțiunii, precum și eventualele îmbunătățiri sau deteriorări ale stării de sănătate.

1.7.3. *Evaluarea socială*

Raportul de evaluare socială este întocmit de un asistent social din cadrul DGASPC și are ca scop:

- **Analiza situației familiale**: modul în care persoana cu dizabilități este sprijinită de familie sau de comunitate.
- **Condițiile de trai**: accesul la resurse, condițiile de locuit și alte aspecte sociale care influențează calitatea vieții persoanei.
- **Resursele financiare și sociale**: evaluarea veniturilor persoanei (pensie, salariu, ajutoare sociale) și a eventualelor ajutoare de care beneficiază.

1.7.4. *Evaluarea psihologică*

În cazul persoanelor cu dizabilități mintale sau psihice, evaluarea psihologică este obligatorie. Un psiholog autorizat va:

- **Stabili nivelul de dezvoltare cognitivă** și abilitățile cognitive și comportamentale ale persoanei.
- **Identifica eventuale tulburări** psihologice care afectează funcționarea zilnică a persoanei.
- **Recomanda măsuri de intervenție** sau programe de reabilitare psihologică, dacă este necesar.

1.7.5. *Stabilirea gradului de handicap*

Pe baza evaluărilor medicale, psihologice și sociale, Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap stabilește **gradul de handicap** al persoanei, care poate fi:

- **Handicap grav**: persoana are nevoie de asistență permanentă din partea unui îngrijitor sau nu poate desfășura nicio activitate independentă.
- **Handicap accentuat**: persoana poate desfășura unele activități cu ajutor minim sau are nevoie de asistență parțială.
- **Handicap mediu**: persoana poate desfășura activități zilnice și profesionale cu sprijin minim.
- **Handicap ușor**: afectarea funcțională este redusă, iar persoana se poate descurca în majoritatea activităților de zi cu zi.

1.7.6. *Decizia finală și certificatul de handicap*

Pe baza concluziilor comisiei, se emite un **certificat de încadrare în grad de handicap**, care atestă oficial nivelul dizabilității și oferă persoanei acces la o serie de drepturi și beneficii sociale:

- **Indemnizații de handicap**, asistent personal sau însoțitor.
- **Acces la servicii medicale gratuite** și recuperare.
- **Facilități fiscale** și scutiri de taxe.

- **Acces la programe de formare profesională** și reintegrare pe piața muncii.

Valabilitatea certificatului persoanei adulte

CEPAH decide, în funcție de criteriile medicopsihosociale, ce perioadă de valabilitate are certificatul de încadrare în grad și tip de handicap.

În cazul în care certificatul de încadrare în grad și tip de handicap expiră, trebuie să se depună un nou dosar de evaluare cu 60 de zile înainte de expirarea valabilității

Pentru persoanele cu handicap a căror afecțiune a generat deficiențe funcționale și/sau structural-anatomice într-un stadiu ireversibil și care nu pot urma programe de recuperare, CEPAH stabilește un termen permanent de valabilitate a certificatului fără a fi necesară prezentarea persoanelor la reevaluările periodice.

Persoanele care urmează să împlinească vârsta de 18 ani trebuie să solicite evaluarea conform procedurii menționate mai sus deoarece noul certificat va fi eliberat la împlinirea vârstei de 18 ani.

1.7.7. *Reevaluarea periodică*

Certificatul de handicap nu este, de regulă, permanent (exceptând cazurile în care dizabilitatea este ireversibilă) și trebuie **reevaluat periodic**. Durata pentru reevaluare este stabilită de comisie, în funcție de prognosticul afecțiunii, și poate varia între 6 luni și 2 ani. Reevaluarea implică un proces similar cu evaluarea inițială, cu actualizarea documentelor medicale și sociale.

1.7.8. *Contestarea deciziei*

Dacă persoana nu este de acord cu decizia comisiei de evaluare, aceasta are dreptul să facă **contestație** în termen de 30 de zile de la comunicarea deciziei. Contestația se soluționează de

Comisia Superioară de Evaluare din cadrul Ministerului Muncii și Protecției Sociale.

2. Cadru legislativ și organismele principale responsabile în domeniul protecției speciale a persoanelor cu handicap

Sistemul de Protecție Specială a Persoanelor cu Dizabilități din România a fost înființat în toamna anului 1990 prin adoptarea de către Guvernul României a **Hotărârii Guvernamentale 1100/1990,** privind înființarea Secretariatului de Stat pentru Persoanele cu Dizabilități pe lângă ministrul de stat însărcinat cu calitatea vieții si protecția socială. Noul organism avea printre atribuțiile sale și pe aceea de a organiza un sistem unitar de cunoaștere a problematicii economico-medico-sociale, profesionale și familiale, specifice următoarelor categorii de persoane cu dizabilitate:

– minori orfani, abandonați sau inadaptați;
– minori handicapați fizic, senzorial, psihic;
– adulți handicapați fizic, senzorial, psihic;
– adulți cu handicap socioeconomic (cu posibilități materiale reduse sau lipsiți de asemenea posibilități, cât și susținătorii legali);
– invalizii de război, orfani, văduve, veterani și marii mutilați de război;
– răniți în timpul Revoluției din 1989.

În anul 1992 Parlamentul României adoptă două legi foarte importante, și anume legea 53/1992 privind protecția specială a persoanelor cu dizabilități si legea 57/1992 privind încadrarea în muncă a persoanelor cu dizabilități, legi care vor constitui cadrul juridic necesar dezvoltării sistemelor de protecție specială a persoanelor cu dizabilități din România, reglementând drepturile acestor persoane.

O.U.G 102/1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu dizabilități reprezintă o abordare unificată și o revizuire a celor două legi din 1992. Această O.U.G 102/1999 revizuită în 2000, 2001, 2002 a fost aprobată prin Legea 519/2002 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu dizabilități.

Legea 519/2002 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu dizabilități are unele omisiuni și face unele diferențe între aceste persoane, nu contribuie suficient la evitarea și eliminarea barierelor din diverse arii sociale.

Prin **Ordonanța Guvernamentală 14/2003** se înființează Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități, prin reorganizarea Secretariatului de Stat pentru Persoanele cu Dizabilități, ca organism de specialitate al Administrației Publice Centrale. Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități finanțează proiecte proprii, proiecte ale organizațiilor neguvernamentale cu activitate în domeniul protecției persoanelor cu handicap, precum și proiecte ale unităților protejate autorizate. Metodologia de selectare și finanțare a proiectelor se aprobă prin ordin al presedintelui Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități.

Legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, dupa intrarea în vigoare la 21.12.2006, privind finanțarea sistemului de protecție a persoanelor cu dizabilități se realizează din următoarele surse:

– bugetul local al comunelor, orașelor, municipiilor;
– bugetul local de județ, ale sectoarelor municipiilor;
– bugetul de stat
– contribuții lunare de întreținere a persoanelor cu handicap care beneficiază de servicii sociale în centre;
– donații, sponsorizări și alte surse, în condițiile legii.

În România, problematica drepturilor persoanelor cu dizabilități este reglementată, în afară de prevederile din Constituția României, de **Legea nr. 448/2006** privind protecția și

promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, **Hotărârea Guvernului nr. 268/2007** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, Hotărârea Guvernului. De asemenea, **Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale a hotărât prin ORDIN nr. 2.298 din 23 august 2012** aprobarea Procedurii-cadru de evaluare a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap.

Așadar, s-au făcut pași importanți în ceea ce privește drepturile persoanelor cu dizabilități, însă spre deosebirile de alte țări din UE, România încă are deficiențe majore în ceea ce privește integrarea persoanelor cu dizabilități. Din păcate comunitățile locale sunt deficitare în ceea ce privește oferirerea de servicii specializate persoanelor cu dizabilități și familiile lor, centrele de tip respiro pentru copii lipsesc cu desăvârșire, cele pentru adulți sunt extreme de puține și abia de anul acesta prin DGASPC-urile locale se încearcă creearea de astfel de centre menite să ofere servicii familiilor ce au în îngrijire persoane cu handicap grav.

În anul **2018**, luând în considerare faptul că HG nr. 655/2016 pentru aprobarea Strategiei naționale „O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități" 2016 - 2020 și a Planului Operațional se apropia de finalizarea perioadei de implementare, conștienți de importanța intensificării procesului de implementare a Convenției, a fost elaborat proiectul **Consolidarea mecanismului de coordonare a implementării Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități**, cu obiectivul general „de a face funcțional în România mecanismul de coordonare a implementării Convenției."

În acest context, elaborarea **Strategiei naționale privind drepturile persoanelor cu dizabilități, 2022-2027,** care să asigure implementarea Convenției, cu obiective/ținte specifice cu indicatori măsurabili a devenit un obiectiv specific.

Strategia 2022-2027 are opt domenii prioritare:

1. Accesibilitate și mobilitate;
2. Protecția efectivă a drepturilor persoanelor cu dizabilități;
3. Ocupare;
4. Protecție socială, inclusiv abilitare/reabilitare;
5. Viață independentă și integrare în comunitate, inclusiv accesul la servicii publice;
6. Educație;
7. Sănătate;
8. Participare politică și publică.

2.1. Cadrul legislativ românesc

Cadrul legislativ pentru combaterea discriminării și protecția persoanelor cu dizabilități în România se bazează pe o serie de legi și reglementări naționale și europene, care au ca scop protejarea drepturilor fundamentale ale acestor persoane și asigurarea egalității de șanse. Principalele acte normative care reglementează acest domeniu sunt:

1. Constituția României garantează egalitatea cetățenilor în fața legii și interzice orice formă de discriminare pe criterii de rasă, naționalitate, origine etnică, limbă, religie, sex, opinie, apartenență politică, avere sau origine socială. De asemenea, constituția include dispoziții referitoare la protecția drepturilor persoanelor cu dizabilități.

2. Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap reglementează drepturile și protecția persoanelor cu dizabilități în România. Prevederile-cheie includ:

- Dreptul persoanelor cu dizabilități la acces neîngrădit la educație, formare profesională, angajare, sănătate și alte servicii.
- Crearea unor facilități pentru integrarea socială a persoanelor cu handicap, inclusiv ajustarea mediului fizic (rampă de acces, adaptarea transportului public etc.).

- Asigurarea unui venit minim garantat pentru persoanele cu dizabilități și alocații pentru cei care îngrijesc persoane cu dizabilități.
- Încadrarea în muncă a persoanelor cu dizabilități, inclusiv stimulente pentru angajatori (de exemplu, subvenții pentru locurile de muncă create pentru persoanele cu dizabilități).

3. Legea nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare (O.G. nr. 137/2000) interzice orice formă de discriminare, inclusiv pe criteriul dizabilității. Persoanele care se consideră discriminate pot adresa o plângere Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării (CNCD), organismul principal responsabil cu monitorizarea și sancționarea faptelor de discriminare în România.

4. Legea Educației Naționale nr. 1/2011 prevede măsuri speciale pentru integrarea copiilor cu dizabilități în sistemul educațional, fie în școli de masă, fie în școli speciale, în funcție de nevoile individuale ale copilului. Se pune accent pe educația incluzivă, oferind suport pentru a asigura accesul egal la educație pentru toți copiii.

5. Codul Muncii (Legea nr. 53/2003) include prevederi speciale privind nediscriminarea în procesul de angajare, asigurând că persoanele cu dizabilități au acces egal la oportunitățile de muncă și beneficiază de condiții echitabile în angajare.

6. Hotărârea Guvernului nr. 1215/2006 privind accesibilitatea mediului fizic reglementează accesibilitatea clădirilor publice și a mijloacelor de transport pentru persoanele cu dizabilități, stabilind norme pentru adaptarea infrastructurii astfel încât să fie ușor de utilizat de către persoanele cu mobilitate redusă.

7. Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului include dispoziții privind drepturile copiilor cu dizabilități, subliniind necesitatea de a oferi protecție specială și sprijin pentru aceștia, inclusiv în ceea ce privește educația și sănătatea.

8. Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD) pune accent pe:

- Respectarea demnității și autonomiei persoanelor cu dizabilități.
- Egalitatea în fața legii și interzicerea discriminării.
- Accesul la justiție, educație, sănătate, muncă și viață politică.

9. Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării (CNCD) monitorizează și aplică sancțiuni pentru faptele de discriminare, inclusiv cele legate de dizabilități. Acest organism asigură dreptul la egalitate și poate dispune sancțiuni administrative pentru comportamente discriminatorii.

10. Alte reglementări relevante

Hotărârea nr. 268/2007 privind normele metodologice de aplicare a Legii nr. 448/2006.

Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, care prevede deduceri și scutiri fiscale pentru persoanele cu dizabilități și pentru angajatorii acestora.

Regulamentele UE referitoare la drepturile persoanelor cu dizabilități, mai ales în domeniul transporturilor și accesului la bunuri și servicii.

2.1.1. *Concluzie*

Cadrul legislativ din România privind combaterea discriminării și protecția persoanelor cu dizabilități este amplu și include atât legislație națională, cât și reglementări internaționale. Scopul acestuia este să asigure că persoanele cu dizabilități au acces la drepturi egale și beneficiază de măsuri de protecție și sprijin pentru a le facilita integrarea în societate și pe piața muncii. Totuși, aplicarea practică a acestor reglementări rămâne o provocare în anumite domenii, ceea ce impune un efort constant din partea autorităților și a societății civile.

2.2. Cadrul legislativ internațional

Cadrul legislativ internațional pentru combaterea discriminării și protecției persoanelor cu dizabilități se bazează pe o serie de convenții, tratate și declarații adoptate de organisme internaționale precum:

- Organizația Națiunilor Unite (ONU)
- Organizația Internațională a Muncii (OIM)
- Uniunea Europeană (UE)

Aceste instrumente internaționale stabilesc standarde minime pentru respectarea drepturilor persoanelor cu dizabilități și oferă ghiduri pentru ca statele membre să dezvolte și să implementeze politici naționale coerente.

1. Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD) promovează:

- **Drepturi egale** pentru persoanele cu dizabilități în toate domeniile vieții.
- **Accesibilitate** în spațiile publice, transport și comunicații.
- **Nondiscriminarea** în educație, muncă, sănătate și participarea la viața publică.
- **Autonomia și independența** persoanelor cu dizabilități, inclusiv dreptul de a lua propriile decizii.
- **Dezinstituționalizarea** și integrarea în comunitate, punând accent pe viața independentă și sprijinul comunitar.

2. Declarația Universală a Drepturilor Omului (1948) deși nu se referă în mod explicit la persoanele cu dizabilități, aceasta stabilește un cadru general pentru egalitatea și demnitatea tuturor ființelor umane, interzicând orice formă de discriminare pe bază de orice criteriu, inclusiv dizabilitate. Principiile acestei declarații stau la baza multor alte instrumente internaționale și naționale.

3. Pactele internaționale privind drepturile civile și politice (1966) și drepturile economice, sociale și culturale (1966) promovează:

- **Dreptul la viață**, libertatea și siguranța personală.

- **Dreptul la muncă** și condiții de muncă echitabile.
- **Dreptul la educație**, sănătate și asistență socială.
- **Interzicerea discriminării** în toate aceste domenii.

4. Regulile Standard ale ONU privind Egalizarea Șanselor pentru Persoanele cu Dizabilități (1993) oferă un ghid detaliat pentru statele membre în vederea eliminării barierelor și asigurării egalității de șanse pentru persoanele cu dizabilități. Domeniile vizate includ accesul la educație, sănătate, muncă, transport și participarea la viața socială și politică.

5. Convenția Internațională privind Drepturile Copilului (1989) prevede protecția specială a copiilor cu dizabilități, subliniind dreptul acestora la o educație incluzivă, îngrijiri medicale adecvate și integrarea în comunitate. Articolul 23 al Convenției este dedicat în mod specific drepturilor copiilor cu dizabilități.

6. Convenția privind Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor (CEDAW) vizează eliminarea discriminării împotriva femeilor, inclusiv a femeilor cu dizabilități, promovând egalitatea de gen în toate domeniile vieții. De asemenea, stabilește obligații pentru statele membre de a proteja drepturile femeilor cu dizabilități și de a le oferi acces egal la educație, muncă și servicii de sănătate.

7. Convențiile și Recomandările Organizației Internaționale a Muncii (OIM)

OIM a emis mai multe convenții și recomandări pentru protecția drepturilor persoanelor cu dizabilități pe piața muncii. Dintre acestea, cele mai relevante sunt:

- **Convenția OIM nr. 159 privind Reabilitarea Profesională și Angajarea Persoanelor cu Dizabilități (1983)**, care cere statelor membre să adopte politici naționale pentru integrarea profesională a persoanelor cu dizabilități și să promoveze accesul acestora la locuri de muncă decente.
- **Recomandarea OIM nr. 168** completează convenția și oferă măsuri detaliate pentru integrarea în muncă a persoanelor cu dizabilități.

8. Carta Socială Europeană (1961, revizuită în 1996) garantează drepturi fundamentale în domeniul social și economic, inclusiv dreptul persoanelor cu dizabilități la protecție și integrare socială. Articolul 15 al Cartei specifică necesitatea de a asigura egalitatea de șanse pentru persoanele cu dizabilități în domenii precum educația și angajarea.

9. Directiva UE privind egalitatea de tratament în domeniul ocupării forței de muncă (2000/78/CE) combate discriminarea pe criterii de religie, credință, dizabilitate, vârstă sau orientare sexuală în domeniul ocupării forței de muncă. Directiva impune statelor membre să asigure protecția egală a persoanelor cu dizabilități pe piața muncii, precum și să adopte măsuri pentru a crea un mediu de lucru accesibil și favorabil acestora.

10. Strategia Europeană pentru Persoanele cu Dizabilități 2010-2020 și 2021-2030

Uniunea Europeană a adoptat **Strategia Europeană pentru Persoanele cu Dizabilități 2010-2020**, urmată de o nouă strategie pentru perioada **2021-2030**, care stabilește direcții de acțiune pentru promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități în Europa. Principalele obiective ale strategiei includ:

- **Crearea unei Europe fără bariere** pentru persoanele cu dizabilități.
- **Promovarea participării acestora pe piața muncii** și în viața politică și socială.
- **Îmbunătățirea accesului la servicii și infrastructură**.
- **Alinierea legislației europene cu Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități**.

11. Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă include obiective specifice (SDG - Sustainable Development Goals) pentru promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități, asigurând că „nimeni nu este lăsat în urmă". Aceasta promovează incluziunea socială și economică a tuturor, inclusiv a persoanelor cu dizabilități, și subliniază necesitatea de a asigura accesul egal la educație, muncă și servicii de sănătate.

2.3. Responsabilitățile și modalitățile de implicare a principalelor instituții din domeniul protecției persoanelor cu dizabilități

Statul, prin autoritățile administrației publice centrale și locale, are obligația de a asigura măsurile specifice de protecție și de asistență socială, în conformitate cu nevoile particulare ale persoanelor cu dizabilități, precum și în funcție de situația familială și socioeconomică a acestora. Pentru protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități, autoritățile publice au obligația să includă nevoile speciale ale acestei categorii de persoane în toate politicile publice, strategiile și programele de dezvoltare regională, județeană sau locală, precum și în programele guvernamentale.

Ministerul Muncii și Solidarității sociale (M.M.S.S) este organismul administrației publice centrale care elaborează, coordonează și monitorizează măsurile de protecție socială specială pentru persoanele cu dizabilități, prin (A.N.P.D.P.D). Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități .

ANPDPD este autoritatea centrală română, în subordinea Ministerului Muncii și Solidarității Sociale, cu rol în coordonarea activităților de protecție și promovare a drepturilor persoanelor cu dizabilități, elaborarea politicilor, strategiilor și standardelor în domeniul protecției și promovării drepturilor persoanelor cu dizabilități, asigurarea urmăririi aplicării reglementărilor din domeniul propriu și controlul activităților de protecție și promovare a drepturilor persoanelor cu dizabilități, conform Hotărârii de Guvern nr. 234 din 2022 privind atribuțiile, organizarea și funcționarea Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități.

Aceasta supraveghează aplicarea normelor juridice naționale și internaționale în domeniu, având atribuții speciale privind

implementarea Convenției Organizatiei Natiunilor Unite privind persoanele cu dizabilități.

Direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului (D.G.A.S.P.C.) sunt instituții ale administrației publice locale, cu personalitate juridică, care implementează la nivel județean, respectiv la nivelul sectoarelor municipiului București, măsurile de asistență social în domeniul protecției copilului, familiei, persoanelor singure, persoanelor vârstnice, persoanelor cu dizabilități, precum și a oricăror alte categorii de persoane defavorizate. D.G.A.S.P.C. funcționează în subordinea consiliilor județene, respectiv a consiliilor localeale sectoarelor municipiului București.

Procesul de evaluarea sau reevaluarea pentru stabilirea încadrării în grad de handicap se realizează de Serviciul de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu Handicap (SECPAH) și Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din cadrul DGASPC-ului unde persoana are domiciliul.

Serviciul de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu Handicap (SECPAH) recomandă încadrarea sau neîncadrarea, respectiv menținerea în grad de handicap a unei persoane, precum și măsurile de protecție și programul de reabilitare și integrare socială.

Recomandarea este analizată de Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap care eliberează certificatul de încadrare în grad și tip de handicap și Programul de Reabilitare și Integrare Socială (PIRIS)

În cadrul D.G.A.S.P.C. funcționează Serviciul de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap și Serviciul de evaluare complexă a copilului cu dizabilități. Evaluarea complexă a persoanelor cu dizabilități are drept scop identificarea nevoilor persoanei și elaborarea unui program de sprijin individualizat care conține măsuri și servicii sociale, de educație, medicale, de recuperare și adaptare/readaptare necesare a fi acordate persoanei pentru facilitarea integrării/reintegrării sociale a acesteia.

Comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap (CEPAH), din cadrul Serviciului de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap, are următoarele atribuții: - stabilește încadrarea în grad și tip de handicap, emite certificatul de încadrare, după caz efectuează orientarea profesională a persoanei, pe baza raportului de evaluare întocmit de Serviciul de evaluare complexă; - stabilește măsurile de protecție a adultului cu handicap, în condițiile legii; - revocă sau înlocuiește măsura de protecție stabilită, în condițiile legii, dacă împrejurările care au determinat stabilirea acesteia s-au modificat; - soluționează cererile privind eliberarea atestatului de asistent personal profesionist; - informează adultul cu handicap sau reprezentantul legal al acestuia cu privire la măsurile de protecție stabilite și obligațiile ce le revin; - promovează drepturile persoanelor cu handicap în toate activitățile pe care le întreprinde.

Comisia pentru protecția copilului din cadrul Serviciului de evaluare complexă a copilului cu dizabilități are următoarele atribuții: - stabilește încadrarea copiilor cu dizabilități într-un grad de handicap și, după caz, orientarea școlară a acestora; - stabilește măsurile de protecție specială a copiilor, în condițiile legii; - reevaluează periodic hotărârile privind măsurile de protecție, încadrarea în grad de handicap și orientarea școlară a copiilor, pe baza sesizării D.G.A.S.P.C.; - revocă sau înlocuiește măsura stabilită, în condițiile legii, dacă împrejurările care audeterminat stabilirea acesteia s-au modificat; - soluționează cererile privind eliberarea atestatului de asistent maternal profesionist; -soluționează plângerile adresate de copii, în măsura în care soluționarea acestora nu este stabilită de lege în competența altor instituții; - promovează drepturile copilului în toate activitățile pe care le întreprinde; - informează părinții cu privire la consecințele plasamentului, asupra raporturilor pe carele au cu copiii, inclusiv drepturile și obligațiile pe care le au față de copil pe durata măsurii plasamentului; - stabilește, în condițiile legii, cuantumul contribuției lunare a părinților la întreținerea copilului pentru care s-a decis plasamentul.

Comisia Superioară de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (C.S.E.P.A.H.), din subordinea Ministerului Muncii și Solidarității Sociale, soluționează contestațiile formulate la certificatele de încadrare în grad și tip de handicap, eliberate de comisiile de evaluare din cadrul direcțiilor de asistență socială și protecția copilului, exercitând și activitatea de coordonare și monitorizare din punct de vedere metodologic a comisiilor de evaluare.

Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială (A.N.P.I.S.), organ de specialitate al administrației publice centrale din subordinea M.M.S.S., prin componenta sa de inspecție socială controlează respectarea prevederilor legale privind stabilirea și acordarea drepturilor sociale ale cetățenilor (inclusiv ale persoanelor cu dizabilități) de către instituțiile publice sau organisme private, respectarea standardelor de calitate în acordarea serviciilor sociale, respectarea cerințelor de accesibilizare a mediului fizic și comunicațional conform nevoilor persoanelor cu dizabilități.

Consiliul Național al Dizabilității din România este o altă instituție care are ca scop sensibilizarea șiconștientiziarea societății, în vederea schimbării politicilor, practicilor și atitudinilor existente față de dizabilitate; promovarea persoanei cu dizabilități ca subiect principal al politicilor sociale, autor al propriei integrări, participant activ în procesul de luare a deciziilor care îl privesc în mod direct, acționează pentru adoptarea unei legislații civile, economice și sociale în conformitate cu normeleeuropene, în scopul integrării depline a persoanei cu dizabilități în societatea românească, cu drepturi, obligații și șanse egale, ca toți cetățenii țării; participă la monitorizarea aplicării legislației și strategiilor în domeniu; colaborează cu instituții publice sau private, cu organizații din țară și din străinătate, în probleme de interes comun.

Asociația Persoanelor cu Handicap din România (APHR) este o altă instituție abilitată în organizarea unei evidențe centralizate a tuturor persoanelor cu handicap din România, identificarea în timp util a persoanelor cu handicap și a familiilor

persoanelor cu handicap care sunt temporar în dificultate, în vederea acordării de asistență și ajutor, sprijinirea persoanelor cu handicap și a familiilor acestora, lipsiți temporar de o locuință corespunzătoare pe baza îndeplinirii criteriilor de prioritate stabilite prin decizia Consiliului Director al Asociației, acordă asistență și sprijinul concret pentru minorii persoanelor cu handicap, din familii de persoane cu handicap sau nevoiașe sau urmași ai persoanelor cu handicap decedați, pentru înscrierea la școli speciale și de formare profesională ladiferite nivele, pentru adaptarea la sistemul educațional. Astfel, prin toate aceste măsuri, fiecare instituție reușește să aducă un aport important în ceea ce privește integrarea socială și creșterea calității vieții persoanelor cu dizabilități, astfel încât să depășească cu ușurință barierele care le-ar putea limita participarea efectivă în societate, asigurându-le cadrul optim unei bune conviețuiri sociale.

La nivel local, atribuțiile/responsabilitățile în domeniul protecției și promovării drepturilorpersoanelor cu dizabilități revine, în conformitate cu cele prevăzute de HG 797/2017 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare ale serviciilor publice de asistență socială și a structurii orientative de personal, **direcțiilor de asistență socială (DAS)** de la nivelul municipiilor sau orașelor precum și serviciilor publice de asistență socială de la nivelul comunelor (Spas-uri). Acestea au, în principal, responsabilitatea dezvoltării serviciilor de îngrijire la domiciliua persoanelor cu dizabilități precum și în centre de zi adaptate nevoilor acestora și de a dezvolta/înființa alte servicii de asistență și suport. Aceste instituții de la nivel local monitorizează și analizează situația persoanelor cu dizabilități din unitatea administrativ-teritorială, precum și modul de respectare a drepturilor acestora, asigurând centralizarea și sintetizarea datelor și informațiilor relevante, identifică și evaluează situațiile care impun acordarea de servicii și/saubeneficii pentru persoanele adulte cu dizabilități și creează condiții de acces pentru toate tipurile de servicii corespunzătoare nevoilor individuale ale persoanelor cu handicap. De asemenea, susține și dezvoltă servicii sociale în colaborare sau în parteneriat cu persoane juridice,

publice ori private. Un alt atribut important al DAS-urilor este de a asigura consilierea și informarea familiilor asupra drepturilor și obligațiilor acestora și asupra serviciilor disponibile pe plan local, de a implica în activitățile de îngrijire, reabilitare și integrare a persoanei cu dizabilități familia acesteia și de a încuraja și susține activitățile de voluntariat. DAS/Spas colaborează cu Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului în domeniul drepturilor persoanelor cu dizabilități.

SPAS (Servicul Public de Asistență Socială) este un serviciu public, fără personalitate juridică, care funcționează în cadrul unui aparat de specialitate, finanțat integral de la bugetul local, realizând măsurile de asistență socială în domeniul protecției copilului, familiei, persoanelor singure, persoanelor vârstnice, persoanelor cu handicap, precum și altor persoane aflate în situație de nevoie. În domeniul protecției sociale a persoanelor cu handicap SPAS are următoare atriubuții:- Întocmește anchete sociale pentru persoanele cu handicap; - Oferă asistență persoanelor cu handicap pentru întocmirea documentației necesare obținerii unui grad de handicap și a drepturilor conexe; - Întocmește anchete sociale pentru internarea în centrele rezidențiale pentru persoanele cu handicap; - Preia cererile și documentele privind încadrarea în muncă asistentului personal al persoanei cu handicap grav sau pentru plata indemnizației.- Întocmește anchetele sociale necesare și înaintează dosarele acestora, prin referat, pentru aprobare sau respingere. - Verifică îndeplinirea obligațiilor asistenților personali ai persoanelor cu handicap grav inclusive valabilitatea certificatelor de încadrare în grad de handicap și face propuneri în funcție de situația concretă.

3. Integrarea

3.1. Aspecte ale integrării

Procesul de integrare a fost adoptat la nivel European în funcție de sex și rasă și apoi, în mod lateral, în funcție de vârstă și dizabilitate. În 2002, au fost extinse ariile pentru drepturile omului și protecția copiilor. În acest context, „integrarea persoanelor cu dizabilități presupune o bună informare a politicilor realizate și a proceselor politice participative ce asigură faptul că persoana cu dizabilități, cu nevoile și experiențele lor diverse sunt în inima celor care fac politicile și au un impact direct sau indirect asupra vieților lor" (Morgan, 2005).

Conceptul de integrare se află în strânsă legătură cu cel de excludere, cei doi termeni nu pot fi separați, ei funcționează în tandem și pot fi înțeleși doar în relație unul cu celălalt.

Conceptul de integrare nu a avut același sens de la început și descria relația univocă dintre individ și societate, relație ce se presupunea a fi benefică. Semantic vorbind, familia termenului *a integra* este foarte vastă, pe de o parte fiind sinonim cu *a se include, a se încorpora, a se armoniza într-un tot, a se îngloba,* iar pe de altă parte el este corelat și cu termeni ca *integral, întreg, în sensul de ansamblu, sau sistem coeziv și unitar.*

Astfel, în sens larg, integrarea presupune plasarea/transferul unei persoane dintr-un mediu mai mult sau mai puțin segregat într-unul obișnuit, vizând ansamblul de măsuri care se aplică diverselor categorii de populație, și urmărește înlăturarea segregării sub toate formele ei(termenul este relativ și se poate aplica tuturor copiilor și indivizilor, precum și tuturor aspectelor vieții umane) (Gherguț, 2006).

Ursula Șchiopu (1997) definește procesul de integrare ca „o cuprindere, asimilare, închidere într-un tot a unui element care devine parte componentă a întregului și dobândește proprietăți

specifice rezultate din interacțiunea și interdependența cu celelate părți componente".

Prin urmare, integrarea semnifică faptul că relațiile dintre indivizi sunt bazate pe o recunoaștere a integrității lor, a valorilor și drepturilor comune ce le posedă. Când lipsește recunoașterea acestor valori, se instaurează alienarea și segregarea între grupurile sociale. În acest sens, Nirje arată că „integrarea înseamnă să ți se permită să fii capabil să fii tu însuți printre ceilalți", și se referă la „relația care se instaurează între individ și societate" (Verza, Păun, 1998).

În ceea ce privește persoanele cu dizabilități, procesul de *integrare* semnifică

> admiterea persoanei cu handicap în cadrul comunității largi, fără manifestarea vreunei discriminări în ceea ce privește accesul liber, exprimarea personală, exercitarea unor drepturi și obligații egale sau dezvoltarea și afirmarea individuală, conform capacităților, trebuințelor, opțiunilor și aspirațiilor acesteia (Buică, 2004, p. 347).

Un alt concept care are legătură cu procesul de integrare este cel de **incluziune**, însă nu sunt unul și același lucru, iar ceea ce separă cele două concepte este tocmai acel aspect care ține de individul în discuție și de abilitatea lui de a participa. Ceea ce înseamnă că acest concept al participării este de o importanță maximă. Procesul de incluziune se inspiră din ideile pe care se fondează integrarea, în timp ce termenul de integrare este prezentat pentru a atrage atenția cu privire la ce conține și înglobează incluziunea. Incluziunea socială, pe de altă parte, se bazează pe accesul indivizilor și al familiilor la un set de standarde sociale, sub formă de drepturi sociale. Altfel spus, conceptul se referă la egalitatea în ceea ce privește oportunitățile cu scopul de a obține drepturi egale. Incluziunea socială nu este corelată doar cu aspectele financiare, ca o condiție de bază (de exemplu, condițiile de locuire și ale venitului) dar și, mai mult

de atât, de aspectul subiectiv: respectul de sine și sentimentul de apartenență la o comunitate (2005, Manual de incluziune socială prin educație, pp.66-67).

În prezent, atunci când se vorbește de persoanele cu dizabilități, termenul des utilizat este acela al *incluziunii sociale*. Acesta desemnează principiul prin care toți oamenii sunt egali, au aceleași drepturi și trebuie respectate. În acest sens prin „incluziunea socială" se dorește o abordare a dizabilității prin respectarea drepturilor omului și nu prin prisma perspectivei bio-medicale. Prin această modalitate se sprijină persoana cu dizabilități ca să stabilească legături sociale, integrarea în muncă, creșterea independenței și acolo unde este nevoie, adaptarea mediului la nevoile acestuia. Prin această abordare se susține ideea că, desegregarea și mediul social sunt mai mari bariere în integrarea socială decât dizabilitatea însăși (Căpîlnean, Călugăru, Prisca, 2005, pp. 8-9).

Unii autori consideră că termenul „incluziune" este ca un stadiu avansat al procesului de integrare.

> Termenul „inclusiv" reflectă capacitatea unui grup de a forma o unitate a membrilor săi, indiferent dacă aceștia sunt normali sau deficienți, și de a acționa ca atare. Într-un astfel de colectiv, nu persoana cu nevoi speciale este datoare să se adapteze la cerințele grupului, ci grupul însuși găsește acea manieră adecvată de a deveni accesibil individului cu handicap" (Buică, 2004, p. 363).

Remarcăm că, complexitatea termenilor și utilizarea lor nu este simplă, dar sunt necesare aceste clarificări conceptuale pentru a putea oferi șanse reale de integrare, incluziune a persoanelor cu dizabilități în societate.

3.2. Niveluri ale integrării

Integrarea se realizează pe mai multe **niveluri**, de la simplu la complex. Aceste niveluri sunt următoarele: integrare fizică, integrare funcțională, integrare personală, integrare socială, integrare în societate, integrarea școlară, integrarea profesională (Gherguț, 2006, p.20). În toate formele sale, procesul integrării este interactiv, continuu, fără a permite scindarea fenomenului în existența unor indivizi izolați față de care factorii psihosociali ar exercita „presiunea integrării".

3.2.1. *Integrarea socială*

Se referă la ansamblu relațiilor sociale dintre indivizi sau grupuri sociale care se intersectează în diferite contexte (vecini, colegi de serviciu etc.). Integrarea în comunitate presupune acceptarea și participarea persoanei în cauză, în diversele forme de viață comunitară, cu asumarea de roluri și stabilirea de relații sociale – spontane sau cu caracter permanent – în grupul sau microgrupul social în care trăiește.

Integrarea socială este procesul de încurajare a societăților care sunt stabile, sigure, și care au la bază promovarea și protejarea drepturilor omului, dar și nondiscriminarea, respectul pentru diversitate, egalitatea de oportunități, solidaritate, securitate și participarea tuturor oamenilor, incluzând aici și persoanele și grupurile dezavantajate.

Definirea într-o accepție limitată a termenului de integrare se referă la:

– multitudinea de combinații posibile - ca variante intermediare între instituția specială, separată complet de serviciile integrate în comunitate, inclusiv a posibilității de complementaritate între instituția specială și cea obișnuită;
– integrarea limitată la anumite instituții;
– dreptul de a beneficia de aceleași servicii, echipamente ori instituții ca și ceilalți.

Integrarea socială este definită în Dicționarul de Sociologie (Zamfir, Vlăsceanu, 1993, p. 304) ca fiind „procesualitatea interacțiunilor dintre individ sau grup și mediul social, prin intermediul căreia se realizează un echilibru funcțional al părților".

Integrarea socială are trei caracteristici:
– membrii grupului împărtășesc aceleași credințe, sentimente, valori, practici. Au deci o cultură comună;
– membrii grupului interacționează unii cu alții, se află în interdependență;
– membrii grupului împărtășesc scopuri comune.

Integrarea socială a persoanelor cu dizabilitate presupune accesibilitatea, diminuarea/înlăturarea obstacolelelor care să le permită un trai decent. Aceste bariere pe care le întâmpină persoanele cu dizabilități sunt (Fîntînaru, 2005, p.145):
– prejudecățile/stereotipurile;
– accesul limitat la educație;
– accesul limitat pe piața muncii;
– accesul limitat la activitățile sociale (teatru, cinema,biserică etc.), aceste acțiuni necesitând imposibilitatea deplasării datorită lipsei unor mijloace de transport speciale;
– lipsa de resurse.

Integrarea socială a persoanelor cu dizabilități în comunitate face referire la coexistența și consistența contactelor și relațiilor interpersonale în cadrul grupurilor sociale, la concordanța între norme și conduite, la interdependența funcțională a elementelor unui sistem/subsistem social, etc. Conținutul noțiunii „integrare socială" este dependent de aspectele stabilității, consensului, controlului social care trebuie să caracterizeze orice societate.

Smaranda Mezei arată că integrarea socială poate fi privită ca (Mezei,1993, p. 304):

– *un proces social* prin care se realizează o permanentă reînnoire a unei unități sociale, în condițiile postulării echilibrului relativ, structural și funcțional al acestei unități, implicând, în mod necesar, întărirea elementelor ei. În timpul acestui proces, prin intermediul interacțiunii dintre individ/grup și mediul social specific/integral au loc modificări sau adaptări atât la nivelul individului/grupului care se integrează cât și la nivelul sistemului/subsistemului social care integrează. În funcție de caracterul activ al individului și de capacitatea de răspuns al mediului care integrează, se disting mai multe faze ale procesului ale procesului: acomodare, adaptare, participare și integrare propriu-zisă care de multe ori poate fi o sinteză diferită în comparație cu componentele inițiale;
– *o stare de echilibru social*, definită prin absența marginalității și prin convergența a doi termeni aflați, inițial, într-o relație de tensiune, convertită ulterior, într-o relație de armonie și acțiune cooperantă;
– *apartenența și participarea neimpusă* a individului la un set de norme, valori și atitudini, comune ale grupului, care odată internalizate și externalizate de individ în comportamente explicite, facilitează întărirea solidarității funcționale a grupului;
– *rezultatul* unei serii de adaptări și ajustări normative a individului la un câmp definit de relații de grup, rezultat care are drept consecință dorită eliminarea conflictelor și stabilirea unor raporturi coezive și participative. Astfel, se urmărește conformarea individului la necesitățile sociale și la solicitările mediului organizațional de referință (grup de egali, școală, profesie,etc.) precum și caracteristicile procesului prin care individul/grupul capătă aptitudine de a trăi într-un anumit mediu, dobândind cunoștințe, asimilând valori, internalizând norme, etc.

Este vizibil că integrarea socială îl determină pe individ să aibă propriul loc în societate. Vom spune că individul este «bine»

integrat social când, datorită procesului de socializare (procesul prin care indivizii dobândesc normele și valorile valabile în societatea în care trăiesc), a dobândit această cultură comună și împărtășește scopurile societății integratoare.

3.2.2. *Integrarea școlară*

Ca situație particulară se poate defini, de asemenea, în două feluri:

– într-un sens larg, care se referă la adaptarea oricărui copil la cerințele școlare (și din păcate într-o mai mică măsură și invers);
– în sens restrâns, legate de problematica unor copii cu cerințe speciale în contextul filosofiei normalizării - cuprinderea acestora în instituții școlare obișnuite, sau în moduri de organizare cât mai aproape de acestea.

Educația persoanelor cu handicap s-a realizat o lungă perioadă de timp, cu precădere în forme segregate, ca *educație specială*, separată de cea obișnuită. Se considera că numai în unitățile de educație specială pot fi considerate condițiile propice (din punct de vedere material, al pregătirii personalului, al dezvoltării unor proceduri și standarde specifice), în vederea satisfacerii cerințelor educative speciale ale copiilor cu diferite tipuri de deficiențe. În ultimele decenii, s-a demonstrat că opțiunile integrării și incluziunii copiilor cu deficiențe în învățământul obișnuit prezintă multiple avantaje pentru atingerea obiectivului egalizării șanselor. În majoritatea țărilor UE au fost desființate multe școli speciale și integrate în instituții școlare obișnuite, însă nici o țară nu a suprimat complet învățământul special. Au fost păstrate unități mici de educație și învățământ special pentru copii cu deficiențe grave și profunde.

Integrarea se sprijină pe principiul că, oricare ar fi dificultățile pe care le încearcă, copiii au dreptul la toate ofertele educative ale comunităților din care fac parte; prin școlarizarea în

clase și școli obișnuite, copiii cu deficiențe învață să se adapteze la situații normale, iar ceilalți elevi învață să îi accepte și să lucreze împreună cu ei.

> Școala integrată este acea școală care admite și cuprinde în efectivele sale, între beneficiarii serviciilor sale educative curente, educabili de mare diversitate, între care și pe cei cu nevoi speciale, cărora se străduiește și reușește să le identifice și satisfacă cerințele educative speciale: în felul acesta, grupurile educaționale apar ca eterogene, firești, renunțându-se la relativa „omogenitate" a educației tradiționale, manifestând o cu totul altă dinamică (Ungureanu, 2000, p. 74).

De cele mai multe ori conceptele de școală integrată și școală inclusivă sunt considerate ca sinonime, însă, după părerea unor specialiști, școala incluzivă reprezintă

> un flux continuu al integrării educative deja început, o nouă etapă, o fază superioară educației integrate, respectiv școlii integrate, care n-a făcut decât să-i pregătească, să-i netezească drumul (Ungureanu, 2000, p. 75).

În țara noastră, dreptul la educație este garantat prin Constituție, tuturor cetățenilor români și legislația specifică sistemului educațional prevede faptul că toți copiii, indiferent de tipul sau gradul dizabilității, au dreptul la educație, fie în instituții de învățământ, fie la domiciliu.

Peters definește termenul de *învățământ inclusiv* ca trimitere la educarea copiilor și tinerilor cu dizabilități în clase de învățământ general în care colegii lor sunt copiii fără dizabilități (Peters, 2002, p. 287).

Filozofia învățământului inclusiv se bazează pe dreptul tuturor persoanelor la un învățământ de calitate cu șanse egale – un învățământ ce le dezvoltă potențialul și le respectă demnitatea umană. Învățământul inclusiv înseamnă mai mult decât integrare fizică, astfel încât pe lângă săli de clasă și instituții de

învățământ cu căi de acces, elevilor cu dizabilități trebuie să li se asigure sisteme de suport instrucțional. Aceste sisteme de suport pot include un curicul flexibil (pentru unii elevi), profesori cu pregătire corespunzătoare și o comunitate școlară primitoare având o cultură ce merge dincolo de toleranță și acceptare. „Învățământul inclusiv poate fi implementat la diferite nivele, îmbrățișa diferite obiective poate fi bazat pe diferite motive… și oferi servicii în contexte diferite" (Peters, 2003, p. 2).

Învățământul inclusiv pornește din 1990, de la adoptarea Declarației Mondiale privind Educația pentru Toți care a reconfirmat noțiunea de educație ca fiind un drept fundamental al omului.

3.2.3. *Integrarea profesională*

Este o altă formă particulară a integrării foarte importantă dacă există aspirația spre autonomie și independență socială. Importanța problemei este subliniată de apariția și dezvoltarea unor programe specifice în Europa și în lume.

Dacă în privința calificării diversitatea de abordări este foarte mare, în ceea ce privește integrarea profesională se pot decela în principal două strategii:

- una caracterizată de obligativitatea prin lege a integrării;
- alta care pune accentul pe stimularea agenților economici integratori.

Organizația Națiunilor Unite (ONU) a adoptat în 1993 *Regulile standard privind egalizarea șanselor persoanelor cu dizabilități*, alături de un plan de acțiune. De asemenea, a lansat un nou instrument legal mai puternic – *Convenția privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități*, adoptată în 2006, Convenție ce statuează dreptul persoanelor cu dizabilități de a-și câștiga traiul prin muncă, pe care o aleg și acceptă liber, în baza principiilor oportunităților egale, tratamentului egal și nondiscriminării, precum și asigurarea acestui drept prin legislația națională. În același

timp, interzice discriminarea pe baza dizabilității pentru orice formă de ocupare și asigură protecție pentru cei ce dobândesc o dizabilitate în perioada angajării prin măsuri ce privesc păstrarea locului de muncă, recuperarea vocațională și profesională și, atunci când e cazul, reîntoarcerea la muncă.

Strategia pe termen lung a UE privind persoanele cu dizabilități are ca obiectiv egalitatea de oportunități care permite acestor persoane să își fructifice potențialul și să participe în societate. Strategia se bazează pe trei piloni (Morgan, 2005):

- dezvoltarea legislației și implementarea măsurilor anti-discriminare care să permită persoanei să se bucure de drepturile sale
- eliminarea barierelor induse de mediu
- includerea problematicii persoanelor cu dizabilități în toate aspectele-cheie ale politicilor publice (*mainstreaming*). Acest lucru presupune analizarea politicilor publice relevante din perspectiva persoanelor cu dizabilități și înțelegerea nevoilor diverse ale acestora de care să se țină cont în momentul formulării și implementării politicii.

În România, **ocuparea persoanelor cu dizabilități** este menționată ca prioritate în toate documentele strategice publice privind ocuparea în general, precum și în cele privind integrarea persoanelor cu dizabilități. Încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap este reglementată prin legea nr. 448/2006 și legea 76/2002. Legislația României garantează dreptul la un loc de muncă și de a alege o profesie. În timp ce legislația împotriva discriminării cere angajatorilor să adapteze facilitățile la nevoile persoanelor cu dizabilități, în practică, astfel de adaptări nu sunt realizate. Conform legii 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, angajarea persoanei cu handicap în muncă, se realizează în următoarele forme:

– pe piața liberă a muncii;
– la domiciliu;
– în forme protejate.

Formele protejate de angajare în muncă sunt:
– loc de muncă protejat:
– unitate protejată autorizată.

Conform aceleiași legislații, în ceea ce privește angajatorii persoanelor cu handicap, adică autoritățile și instituțiile publice, persoanele juridice, publice sau private, care au cel puțin 50 de angajați, au obligația de a angaja persoane cu handicap într-un procent de cel puțin 4% din numărul total de angajați. Aceștia beneficiază de următoarele drepturi:

a) deducerea, la calculul profitului impozabil, a sumelor aferente adaptării locurilor de muncă protejate și achiziționării utilajelor și echipamentelor utilizate în procesul de producție de către persoana cu handicap;
b) deducerea, la calculul profitului impozabil, a cheltuielilor cu transportul persoanelor cu handicap de la domiciliu la locul de muncă, precum și a cheltuielilor cu transportul materiilor prime și al produselor finite la și de la domiciliul persoanei cu handicap, angajată pentru munca la domiciliu;
c) decontarea din bugetul asigurărilor pentru șomaj a cheltuielilor specifice de pregătire, formare și orientare profesională și de încadrare în muncă a persoanelor cu handicap;
d) o subvenție de la stat, în condițiile prevăzute de Legea nr. 76/2002 privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă, cu modificările și completările ulterioare (legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap).

4. Excluziunea socială a persoanelor cu dizabilități: definiție, forme, cauze

4.1. Excluziunea socială, concept-cheie al politicilor sociale

Excluderea și includerea socială sunt concepte cu conotații morale și politice, în special cele referitoare la cetățenie, justiție și drepturile omului.

Excluderea socială este un concept care a apărut relativ recent care se referă la modalitățile în care un individ nu poate participa în zonele-cheie economice, sociale sau din viața culturală. Deci nu este surprinzător că există încă o lipsă de claritate cu privire la definirea sa. Unele persoane consideră că această lipsă de claritate are anumite avantaje: „Expresia este atât de evocativă, ambiguă, multidimensională și elastică încât poate fi definită în multe feluri diferite, prin urmare poate servi mai multor scopuri politice" (Silver, 1994, p. 536). Termenul se referă la măsura în care persoanele sunt incapabile să participe la aspecte importante din viața economică, socială și culturală. Se pune accent pe neparticipare bazată pe constrângere, nu decizie.

Excluderea socială este o metodă de conceptualizare a dezavantajului, care a fost în mod tradițional descrisă din punct de vedere al sărăciei, greutăților, nevoilor, toate fiind manifestări ale lipsei și mizeriei. Excluderea socială extinde această abordare socială peste neparticiparea din cauza lipsei resurselor materiale. Aceasta permite extinderea unei game de indicatori, în același timp reținând obiectivul identificării persoanelor cărora le lipsesc resursele de a participa, identificându-i pe cei a căror neparticipare este cauzată de alți factori, de exemplu discriminare, boli cronice sau identificare culturală.

M. Preda consideră că excluziunea socială reprezintă o „situație de eșec a realizării depline a drepturilor cetățenești"(Preda, 2002, p.98).

Paradigma excluderii sociale a fost considerată de unele persoane că a amplificat această tradiție și că excluderea socială poate fi văzută ca o extindere autentică a abordării tradiționale, deoarece permite extinderea fenomenelor de interes peste neparticipare din cauza lipsei resurselor materiale (Burchardt et al, 2002).

Excluderea socială este o problemă din ce în ce mai serioasă în majoritatea orașelor mari din Europa, oriunde ar fi ele situate și oricare ar fi activitățile lor. Aceasta este mai gravă în orașele marcate de un declin al industriei. Cu toate acestea, trebuie spus că de excludere socială au parte și locuitorii orașelor care au cunoscut o creștere economică importantă. Acești cetățeni au fost adesea condamnați la perioade lungi și repetate de șomaj sau de inactivitate și și-au văzut nivelul de trai degradându-se. Amploarea problemei variază mult de la un oraș la altul, însă manifestările sale sunt aceleași: rată înaltă a șomajului pe o perioadă îndelungată, lărgirea variațiilor de venit, disparități crescânde în nivelul de educație și în accesul la angajare, aglomerare de locuințe de o calitate mediocră și insuficiența serviciilor colective, creșterea diferențelor în ceea ce privește starea de sănătate și speranța de viață. Cauzele acestor manifestări care duc la excluziune pot fi explicate pe de o parte *prin prisma recesiunii economice* care a afectat Europa la începutul anilor'90, amplificând aceste probleme și punându-le mai mult în lumină, iar pe de altă parte de *situația socială* care determină ca mult mai multe persoane să trăiască la limita sărăciei.

Conceptul de excluziune socială s-a impus în ultima vreme în documentele Uniunii Europene și ale țărilor candidate. Până acum câteva decenii accentul cădea mai mult pe sărăcie. Sistemul economic occidental asigura un nivel satisfăcător de bunăstare pentru majoritatea populației. Alături de majoritatea prosperă exista un segment de populație săracă, datorită în primul rând

faptului că economia nu putea absorbi întreaga forță de muncă. Sărăcia era asociată în primul rând cu lipsa de resurse financiare. În aceste condiții, segmentul sărac, plasat la marginea societății, putea fi sprijinit printr-un suport social financiar pentru a ajunge la un nivel minim de viață caracteristic dezvoltării întregii colectivități. De aproximativ 15 ani, nu întâmplător în Uniunea Europeană a apărut un nou concept, și anume cel de *excluziune socială*, care, de fapt, merge în prelungirea celui de *marginalizare socială* (Preda, 2002, p.23).

Excluderea socială a fost de asemenea considerată un concept cuprinzător și dinamic (Berghman, 1995). Acesta oferea o schimbare de accent și nu de direcție (Atkinson, 1998), presupunând schimbări conceptuale: de la luarea în considerare doar a dezavantajului financiar la luarea în considerare a unor dimensiuni multiple ale dezavantajului; de la analiza statică la cea dinamică; de la concentrarea pe individ sau cămin la comunitatea locală; și de la accentul pe distribuție la accentul pe relațiile sociale (Room, 2000).

Conceptul indică și o schimbare profundă în politica socială. Deoarece problemele sociale cu care societățile dezvoltate se confruntă nu se reduc la simpla sărăcie generată de lipsa resurselor financiare, ci s-au dovedit a fi mult mai grave, conceptul de excluziune socială se extinde la o serie de caracteristici sociale, rezultatul unor complexe procese de dezorganizare socială.

Excluderea socială este strâns legată de inechitatea și inegalitatea economică, socială, politică și culturală. Ea nu se referă numai la deprivare materială prin lipsa de acces la bunuri și servicii pe care se construiește, ci susține sărăcia și marginalizarea socială *(*Dan, Preda, Zamfir, 2007, p.241). Studiile arată că persoanele cu handicap continuă să fie excluse din punct de vedere social și economic. Ele au de exemplu, de până la trei ori mai multe șanse de a deveni șomere „reflectând asupra dovezilor de discriminare extinse pe piața forței de muncă" (Oppenheim și Harker, 1996, p. 58). De asemenea, pe baza statisticilor, 78% dintre persoanele adulte cu handicap „, sunt dependente de

ajutorul social care reprezintă principala lor sursă de venit" (Oliver și Barnes, 1998, p.44).

Din această perspectivă , excluderea socială poate fi definită ca excluderea indivizilor sau grupurilor , de la surse de bunăstare la care ar trebui să aibă acces toate persoanele , de la drepturi și mijloace de existență. Excluderea socială pune în evidență inabilitatea sau imposibilitatea individului sau grupului de a avea acces prin forțe proprii la drepturi sociale, o suferință determinată de respectul de sine scăzut, incapacitatea de a respecta obligațiile, stigmatizare, etc.

Putem observa că, conceptul de excludere socială este foarte greu de definit în mod clar, dar este din ce în ce mai mult folosit ca și cum ar avea un sens evident. Acest fenomen are o mare vizibilitate și se observă cu mare ușurință datorită creșterii numărului celor care îl suportă. Astfel, indiferent de forma pe care o îmbracă excluderea socială (excludere de la viața decentă, siguranță, loc de muncă permanent, bunuri, proprietate, educație, cultură, etc.) vizibilitatea acestui fenomen crește odată cu numărul celor care suportă consecințele excluderii și care, din păcate, este tot mai mare.

4.2. Formele excluderii sociale

Atât incluziunea, cât și excluziunea pot lua diferite forme: nu sunt univoce și nu sunt fixe (Ravaud, Stiker, 2006, p. 925). În funcție de variațiile culturale și perioadele istorice, excluziunea poate avea diferite înțelesuri și forme, existând o întreagă diversitate, comune tuturor categoriilor defavorizate, inclusiv persoanelor cu handicap.

Fenomenul excluderii sociale prezintă două situații diferite: una de excludere permanentă, în care grupurile trăiesc la marginea societății, construindu-și sisteme specifice și una în care excluderea este creată și recreată de dinamica forțelor economice și sociale, astfel ca indivizii să treacă alternativ de la

vulnerabilitate la dependență, îndreptându-se către, marginalizare prin procese repetate de respingere și reinserție limitată sau temporară. Aș spune că ambele situații sunt specifice persoanelor cu probleme de sănătate mintală, în funcție de stadiul și evoluția bolii, de influența factorilor economici, sociali, culturali, etc. Astfel, persoanele a căror boală a evoluat spre cronicizare și nu beneficiază de nici un fel de sprijin social, nu sunt incluse în nici o formă de protecție socială, se încadrează în prima situație (excludere permanentă). Îi vedem pe străzi, prin parcuri, ca persoane fără adăpost, abandonați de familie și societate.

În cea de-a doua situație se regăsesc persoanele cu probleme de sănătate mintală care, prin voința proprie de a depăși starea de boală, prin măsuri de tratament și terapie adecvate, prin suportul normal oferit de familie, etc.,au reușit să se reintegreze socioprofesional. Însă, ca urmare a intervenției unor factori economico-sociali (restructurare și reorganizare a activității economice, reapariția unor decompensări a stării de sănătate, schimbarea atitudinii comunității față de persoana respectivă, relații interpersonale conflictuale, etc.) acest proces de reintegrare și reinserție este întrerupt, persoana devenind din nou vulnerabilă la fenomenul marginalizării și excluderii sociale.

Excluderea socială trebuie așadar definită în termeni de incapacitate sau eșec de integrare a unei persoane sau grup, în unul sau mai multe dintre (sub)sisteme:

– sistemul democratic și legal care presupune integrarea civică;
– piața muncii, care promovează integrarea economică;
– sistemul statului bunăstării care promovează integrarea socială;
– sistemul familiei și al comunității care promovează integrarea interpersonală.

În acest sens, excluderea poate face referire la diferite fenomene, precum: excluderea radicală din societate, segregarea în cadrul societății, discriminarea, problema accesului la bunuri și

spații sociale, dezafilierea și ieșirea din schimbările sociale ale sistemului (Ravaud, Stiker, 2006, p.925).

De asemenea, excluziunea socială este un fenomen multidimensional, care este legat nu numai de venituri și cheltuieli, ci și de activitate, de statut, nivel de educație, locuințe, sănătate, și în final evaluarea subiectivă în ceea ce privește satisfacția cetățenilor, la serviciile de sănătate și bunăstare. În acest sens, Bocancea și Neamțu prezintă câteva moduri de excludere care sunt în legătură cu nivelul și procesul de dezvoltare generală a societății, urmărind (Bocancea, Neamțu, 1999, pp. 143-147):

– excluderea de la accesul la bunuri și servicii
– excluderea de pe piața muncii
– excluderea din teritoriu
– excluderea din protecție
– excluderea din drepturile omului
– excluderea de la locuire

4.2.1. *Excluderea persoanelor cu dizabilități de pe piața muncii*

Pentru persoanele cu dizabilități, situația angajării este departe de a fi ideală. În medie, rata participării persoanelor cu dizabilități grave la forța de muncă este mai puțin de jumătate decât cea a persoanelor fără dizabilități. S-au făcut eforturi în majoritatea statelor membre ale UE pentru îmbunătățirea ratei de participare, însă obstacolele în calea obținerii – și reținerii – sunt încă semnificative.

Numărul persoanelor cu dizabilități încadrate în muncă atestă o rată de participare mai redusă și o rată a șomajului mai mare comparativ cu a unei persoane valide . Există o corelare stabilită de către Comisiile de Expertiză Medicală între gradul de handicap, deficiența produsă de acest grad, și capacitatea de muncă restantă, însă se așteaptă ca evaluarea să examineze abilitățile fiecărui individ (*Drepturile persoanelor cu dizabilități intelectuale. Acces la educație și angajare*, 2005, p. 57).

Persoanele cu dizabilități reprezintă aproape a șasea parte din totalul populației europene cu vârstă de muncă. După cum semnala Forumul european pentru persoanele cu handicap, persoanele cu dizabilități sunt „primele concediate și ultimele angajate", ceea ce demonstrează necesitatea elaborării de politici transversale eficiente, atât în domeniul discriminării pozitive, cât și al luptei împotriva discriminării. Într-un studiu realizat de ONPHR (Raport cu privire la situația ocupării persoanelor cu dizabilități în România, 2007, p.5) privind integrarea persoanelor cu handicap pe piața muncii se precizează o rată a ocupării persoanelor cu dizabilități din România de 5%, mult sub rata de ocupare a persoanelor cu handicap din țări europene sau rata de ocupare a populației generale.

Așadar, rata de ocupare în rândul acestora este, prin comparație, foarte scăzută. Din acest motiv, șomajul în rândul persoanelor cu handicap este dublu față de șomajul înregistrat în rândul celorlalte categorii ale populației active. Dacă ar beneficia de mai mult sprijin, milioane de europeni cu handicap s-ar putea integra sau reintegra pe piața muncii.

Referitor la **studiile internaționale**, acestea au arătat că atât în Uniunea Europeană cât și în Statele Unite, persoanele cu dizabilități au o rată de ocupare mai mică decât a celor fără dizabilități, însă există variații mari între diferite țări.

4.2.2. *Dificultăți ale integrării socioprofesionale întâmpinate de persoanele cu dizabilități*

Analiza realizată de ANED, folosind datele ECHP au arătat că persoanele cu dizabilități prezintă un risc ridicat de a nu se angaja, iar pe termen lung să fie dependenți de indemnizații și beneficii. Participarea persoanelor cu dizabilități la procesul de angajare nu e o problemă strict legată de salariu, mai mult de faptul că fiind angajat aparții comunității, aduci o contribuție societății și totodată ai și un statut social unanim acceptat (Academic Network of European Disability experts, 2009).

Persoanele cu dizabilități consideră, de asemenea, că există și „beneficiile capcană" care îi impedică să acceseze slujbe cu normă întreagă, existând riscul să își piardă veniturile minime garantate. Un alt aspect menționat de către aceștia este că nivelul lor de salarizare aparține pentru mai mult de 57% dintre ei la un nivel foarte scăzut.

În urma analizei unui studiu privind oportunitățile și constrângerile care apar în procesul de integrare socioprofesională a tinerilor cu handicap au fost identificate următoarele dificultăți de integrare socioprofesională (Cojocaru, 2004 b., pp. 92-97):

a) Dificultăți de integrare socioprofesională la nivelul familiei

La nivelul familiei tânarului cu handicap au fost identificate următoarele dificultăți:

– chiar dacă familia cunoaște nevoile tânărului, în general, nu evaluează potențialul acestuia, capacitatea tânărului de socializare. Datorită hiperprotecției din partea părinților, deseori tânărul este izolat de mediul social, considerându-se că este mai ușor pentru el să fie protejat de familie.
– familia nu sesizează existența unui suport din partea comunității și a autorităților
– locale, acestea fiind percepute ca instituții care trebuie să întocmească dosarul pentru primirea facilităților și să ofere sprijin financiar (alocații, salarii pentru asistenții personali).

b) Dificultăți de integrare socioprofesională la nivelul angajatorului

– necunoașterea problematicii persoanelor cu dizabilități conduce la reticența în
– ceea ce privește acceptarea ca angajați a unor persoane cu dizabilități în cadrul instituției.
– angajatorul vede angajarea persoanelor cu dizabilități ca o amenințare a afacerii,
– datorită slabei productivități a acestora
– profilul unității este incompatibil statutului lor

– persoanele cu dizabilități întâlnesc un mediu ostil la locul de muncă, deseori
– generat de atitudinea celorlalți angajați, mai mult decât cea a angajatorului.
– nivelul educațional și profesional scăzut a persoanelor cu dizabilități este văzut de
– angajator ca un impediment în angajarea acestora.

c) Dificultăți de integrare datorate tânărului cu dizabilități

– nu există suficiente facilități oferite pentru integrarea socio-profesională
– sistemul de protecție a încurajat pasivitate din partea acestor tineri, a părinților, a
– angajatorilor și din partea comunității.

În consecință, cauzele unui număr redus de angajare a persoanelor cu dizabilități sunt diverse. Astfel, una din **problemele integrării profesionale** este aceea a pregătirii profesionale în meserii necompatibile solicitării pe piața forței de muncă și aptitudinilor persoanei cu handicap, fapt ce contribuie la accentuarea marginalizării persoanelor cu dizabilități și la creșterea numărului de șomeri. Formele de învățământ special și de formare profesională sunt incomplete, necorespunzătoare.

De asemenea, în multe cazuri, persoana cu dizabilități trebuie să renunțe la locul de muncă datorită lipsei adaptărilor necesare nevoilor specifice, a atitudinii negative a angajatorilor sau a colegilor de muncă. Totodată, foarte multe persoane cu dizabilități care locuiesc în mediul rural se văd în imposibilitatea deplasării la locul de muncă în mediul urban.

Anumite persoane cu dizabilități pot avea nevoie de un program modificat, care să combine elemente din cadrul muncii protejate într-un mediu de muncă mai obișnuit. O astfel de angajare susținută sau provizorie trebuie să fie la dispoziția individului, în funcție de nevoile și dorințele personale. Pe de altă

parte, anumite dizabilități împiedică persoana să aibă o atitudine activă, în asumarea unei vieți independente. Așadar trebuie făcut totul pentru a le permite să trăiască o viață care să le aducă satisfacții. Cei care au cele mai limitate aptitudini trebuie așadar să fie orientați spre centrele de lucru care le permit să desfășoare activități fără un caracter productiv prin care să-și dezvolte calitățile funcționale, sociale și profesionale.

Angajarea protejată trebuie să fie pusă la dispoziția persoanelor care, datorită gradului de afectare, nu pot obține sau menține un serviciu normal, susținut sau nesusținut. Angajarea poate acoperi diverse situații, printre care se numără atelierele protejate și centrele de lucru.

Angajarea protejată trebuie să aibă un dublu scop: să ofere persoanelor cu dizabilități posibilitatea de a desfășura o activitate profitabilă și să se pregătească, în măsura posibilului, pentru angajarea într-un mediu normal de lucru. În acest scop trebuie puse în practică toate mijloacele de a facilita trecerea de la activitatea protejată la cea normală, cum ar fi: înființarea unor secții de ateliere protejate în centrele de muncă sau a unor centre de lucru în ateliere protejate; înființarea de ateliere de lucru protejate sau centre de lucru în cadrul diferitelor unități economice; detașamente individuale sau colective de lucrători în atelierele protejate sau centre de lucru în unitățile economice.

4.2.3. *Excluderea persoanelor cu dizabilități din sistemul educațional*

Lipsa educației este unul din factorii ce duc spre excludere socială și sărăcie. Șansele copiilor cu dizabilități de a participa în cadrul învățământului de masă sunt deseori limitate, iar nivelul lor educațional este foarte scăzut. În multe țări, integrarea în școlile normale este limitată estimându-se că doar aproximativ 59% din acești copii urmează o școală normală; mai mult de atât, majoritatea școlilor nu sunt pregătite să-i educe pe copiii cu dizabilități dacă aceștia, desigur, ar primi suportul necesar. Pe de

altă parte, suportul oferit în unele școli se referă doar la cursuri, în schimb pentru activitățile extracuriculare copiii cu dizabilități nu primesc sprijin, subminând astfel șansele la integrare în mediul școlar.

În România, diferențele față de populația generală sunt majore. Procentul persoanelor cu dizabilități care nu sunt școlarizați deloc este de 7 ori mai mare decât media națională. De asemenea, abandonul școlar după primele 4 clase este de două ori mai frecvent în rândul persoanelor cu dizabilități. Dezavantajul în educație al persoanelor cu dizabilități se reflectă până la nivelul liceal. Doar 17,5% din persoanele cu dizabilități reușesc să-și finalizeze studiile liceale față de media națională de circa 31%. La nivelul universitar diferențele se îngustează, 8,3% din persoanele cu dizabilități care au un loc de muncă fiind absolvenți de studii superioare, raportat la 9% din populația generală.

Motivul foarte probabil al neșcolarizării este accesul inexistent la serviciile educaționale, dat fiind că majoritatea celor născuți cu dizabilitate care nu au fost niciodată la școală sunt din mediul rural și au o dizabilitate gravă fizică, somatică sau vizuală. Persoanele cu dizabilități care au studii superioare locuiesc în orașe mari (62%), au gradul de handicap accentuat (50%) și, în ce privește distribuția pe tipuri de handicap, circa 40% au handicap fizic (Societatea Academică din România, 2009, pp. 27-28).

În ceea ce privește accesul la educație al persoanelor cu probleme de sănătate mintală, cei mai vulnerabili la excluderea din educație sunt tinerii bolnavi care nu au apucat să-și finalizeze studiile până la apariția bolii și care provin din familii sărace, cu un nivel scăzut de școlarizare. Astfel, mii de copii cu dizabilități intelectuale rămân neluați în seamă, în ceea ce privește educația. Abordarea deosebit de inflexibilă, axată pe curriculum-ul școlar în România a fost apreciată ca reprezentând o problemă pentru copiii cu dizabilități intelectuale.

4.3. Cauzele și efectele excluziunii

Persoanele cu dizabilități sunt cu siguranță printre cele mai vulnerabile la riscul de excludere socială, după cum arată diferite studii. Sărăcia și excluderea socială sunt legate inevitabil și o cauză majoră a sărăciei este șomajul.

Cele mai importante **cauze ale excluziunii** persoanelor cu handicap sunt:

– dependența ridicată față serviciile specifice
– lipsa sau ineficiența unor programe care să aibă ca obiectiv creșterea autonomiei persoanelor cu handicap. Cea mai mare parte din persoanele cu handicap adulte sunt dependente pe termen lung de beneficiile la care au dreptul iar cazurile de integrare economică sunt izolate.
– atitudinea, mentalitatea față de această categorie de persoane.

În ceea ce privește **efectele**, se constată că excluziunea generează atât efecte pozitive, cât și efecte negative. Aspectele pozitive constau, în primul rând, în faptul că se recunoaște de către societate existența dificultăților cu care aceste persoane se confruntă. Mai mult, aceste dificultăți (teoria „tragediei personale") impresionează și devin „declanșatorul" acțiunilor pe care societatea le întreprinde. Efectele negative sau consecințele stării de dizabilitate sunt multiple: limitarea, mai mult sau mai puțin accentuată, a accesului la informație și a capacității de prelucrare a acesteia; activismul limitat și capacitatea redusă de automobilizare la activitate; îngustarea relațiilor interpersonale și de grup prin izolare și autoizolare.

4.4. Marginalizarea persoanelor cu dizabilități

Marginalizarea și excluziunea socială sunt fenomene dinamice, extrem de complexe și cu o multitudine de dimensiuni. Dintotdeauna au existat persoane care au fost victimele

marginalizării, excluderii, stigmatizării. Încă din antichitate au fost consemnate date cu privire la persecuții îndreptate împotriva unor categorii de persoane cum ar fi de exemplu în rândul sclavilor. În Evul Mediu, de asemenea, au existat forme de marginalizare socială dar acestea erau îndreptate în special spre partea religioasă.

Persoanele cu handicap reprezintă unul din grupurile marginale, indiferent de tipul de handicap. Din acest punct de vedere, aceste persoane se confruntă de multe ori cu practici discriminatorii, fiind unul dintre grupurile vulnerabile „țintă" a marginalizării și excluziunii sociale „fie că ne referim la deficiențe, la incapacități sau la dezavantaje, avem de-a face cu o relație dialectică, în care intervin simultan factori biologici, ecuație personală, privire exterioară"(Ferreol, 1996, p. 212). Termenul de marginalizare reprezintă procesul de mișcare spre margine, prin refuzare sau imposibilitatea acceptării unor regului recunoscute în societate ca funcționale.

Marginalizarea se manifestă prin absența unui minim de condiții sociale de viață- condiții economice, rezidențiale, ocupaționale, de educație și instrucție, printr- un deficit de posibilități de afirmare și de participare la viața colectivității" (Zamfir, Vlăsceanu, 1993, p. 338).

Termenul de marginalitate este utilizat pentru prima dată la sfîrșitul anilor ,60 făcând referire la atitudinea acelor persoane care refuzau să se conformeze la „sistem". „Din perspectivă istorică însă, termenul se referă la populații al căror mod de viață este marcat de vagabondaj, cerșetorie, criminalitate, meserii infame"(Neculau, Ferreol, 1996, p.16).

Marginalizarea socială se referă la numeroase aspecte:

– din punct de vedere economic, marginalizarea înseamnă situarea individului la periferia structurilor economice principale ale societății;
– din punct de vedere politic, marginalizarea semnifică lipsa total de interés pentru participarea la viața politică a partidelor, absenteismul la activități decizionale;

– din punct de vedere psihologic, marginalizarea este provocată de lipsa atributelor personalității necesare conviețuirii în societatea modernă, de obiceiurile de muncă, până la modalitățile de gândire, concepție și percepție rațională despre sine și societate;
– din punct de vedere cultural, marginalizarea semnifică ruperea de curentul principal al vieții culturale

Marginalizarea are ca efect izolarea socială, alienarea, inadaptarea, neintegrarea socială, dezorganizarea familiei. Persoanele și grupurile marginalizate, fiind lipsite de resurse minime economice, politice, educaționale, fiind ținta unor discriminări permanente, sunt lipsite de șanse reale de a depăși starea de marginalizare. În consecință aceste persoane, țintă a marginalizării, tind să accentueze izolarea și marginalizarea, dezvoltând norme, valori, comportamente și moduri de viață diferite de cele ale colectivității din care fac parte, fapt care fixează și mai mult plasarea lor la periferia societății (Zamfir,Vlăsceanu, 1993, p. 338).

De asemenea, se consideră că „procesul de marginalizare nu este văzut doar ca o autoizolare a individului, ci și ca un rezultat al condiționărilor macrosociale la care este supus individul în procesul de socializare" (Cojocaru, 2005, p. 41).

Gândindu-ne la cauzele marginalizării, putem spune că există două tipuri de marginalizare:

Marginalizarea determinată de către sistemul social prin funcționarea deficitară a rețelelor sociale. Indivizii sunt practic împinși către marginalizare de către alte grupuri sociale fără ca ele să dorească sau să accepte acest lucru. Cu alte cuvinte, forțe externe îndeamnă acești indivizi către periferia societății, într- o poziție dezavantajată față de restul populației.

Al doilea tip de marginalizare este determinat de cauze interne și se referă la auto izolarea unor indivizi de restul societății ca urmare a unor pattern-uri de comportament deviante care duc la auto marginalizare.

Tot o cauză a apariției grupurilor marginalizate este distribuirea inegală a resurselor din societate prin discriminarea acestei categorii de persoane. Aceste inegalități apar ca urmare a exercitării puterii și dominației grupului majoritar asupra grupului minoritar. Astfel, marginalizarea apare ca urmare a incapacității acestor indivizi de a negocia și lupta pentru drepturile și libertățile lor.

Efectele marginalizării asupra persoanelor cu handicap se răsfrâng:

– asupra persoanei cu handicap în primul rând pentru că aceasta simte cel mai acut efectele marginalizării. Astfel, persoana cu handicap este o persoană pesimistă, negativistă, care are o stimă de sine scăzută, se interiorizează, și deseori evită relațiile cu persoanele din jurul acesteia, autoizolându- se. Dar această izolare survine în urma eșecurilor prin care persoana cu handicap a trecut de- a lungul vieții, eșecuri fie de natură afectivă sau relațională, fie de natură profesională sau socială.
– asupra familiei persoanei cu handicap: marginalizarea persoanei cu handicap se răsfrânge și asupra familiei acesteia. De aceea, membrii familiei pot avea tendința de a rupe legăturile cu persoana cu handicap, deoarece ei pot să învinovățească persoana cu handicap pentru eșecurile proprii. Pentru unele persoane a fi rudă cu o persoană cu handicap reprezintă o rușine, o decădere socială, și aceștia consideră că este mai bine să evite persoanele cu handicap pentru a fi acceptați în societate și pentru ca să nu se „molipsească" de la persoana cu deficiență;
– asupra societății. O societate în care persoanele care constituie majoritatea îi evită și îi marginalizează pe cei care nu se încadrează în limitele considerate normale de acea societate, reprezintă o societate care nu știe să – și protejeze membrii și de aceea ea nu are valoare în ochii celorlalte comunități. De asemenea, la nivelul comunității pot apărea conflicte între membrii acesteia, acestea izbucnind tocmai ca urmare a marginalizării de către populația majoritară a populației

minoritare, și implicit a persoanelor cu deficiență. Iar aceste conflicte nu sunt văzute cu ochi buni de alte societăți.

4.5. Discriminarea, formă a excluziunii persoanelor cu dizabilități

Discriminarea ca formă de marginalizare de orice fel și în orice situație este, din păcate, un fenomen încă prezent în societatea democratică, fiind atât de obișnuit încât e considerat normal de către foarte mulți români. A discrimina înseamnă a te distinge sau a separa un grup social și a restricționa drepturile acelui grup. Aceste dictincții făcute în viața socială pe seama persoanelor cu dizabilități pot fi judecate ca inaccesibilități pentru că violează normele sociale și principiile egalității înaintea legii, chiar dacă în alte societăți și în alte vremuri era o practică curentă.

Odată cu dezvoltarea drepturilor civile, cele mai moderne democrații au instituit protecție juridică împotriva discriminării negative intenționate bazate pe criteriul relativ al deficienței individuale.

Discriminarea poate fi și pozitivă și poate avea ca scop restaurarea egalităților ca scop. Discriminarea pozitivă poate fi efectuată prin măsuri de asistență socială, în cazurile cu caracter extrinsec (cum ar fi veniturile) sau poate fi realizată prin măsuri ale autorităților (ceea ce ridică problema libertății personale) sau în final prin măsuri preferențiale (de ex. politici de angajare în favoarea persoanelor cu dizabilități). Aceasta poate fi văzută ca o măsură compensatorie și se bazează pe justiția distributivă (Ravaud,Stiker, 2006, p.927).

În **România** există o lege care sancționează discriminarea, Legea nr. 48, adoptată în anul 2002, iar Consiliul Național de Combatere a Discriminarii funcționează din anul 2003. De asemenea, Guvernul României a adoptat în 2004, Hotărârea nr. 1.258/2004 privind aprobarea Planului național de acțiune pentru combaterea discriminării. Rolul Consiliului Național pentru

Combaterea Discriminării este de a informa și de a forma societatea românească în vederea eliminării oricărei forme de discriminare, de a investiga și de a sancționa actele de discriminare, contribuind astfel la crearea unui climat general de încredere, respect și solidaritate, definitoriu pentru o societate democratică și europeană. Alături de Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării actionează și alte autorități publice cu responsabilități sectoriale în domeniu: Ministerul Administrației și Internelor, Ministerul Educației și Cercetării, Ministerul Sănătății, Ministerul Justiției, Ministerul Culturii și Cultelor, Ministerul Integrării Europene, Ministerul Afacerilor Externe, Consiliul Național al Audiovizualului, Secretariatul General al Guvernului.

Bibliografie

Albu, A., Albu, C-tin, 2000, *Asistența psihopedagogică și medicală a copilului deficient fizic*. Iași: Polirom

Alexiu, T. M., 2009, *Calitatea vieții persoanelor cu dizabilități*. Timișoara: Mirton

Atkinson, A. B., 1998, *Social exclusion, poverty and unemployment,* în „Exclusion, Employment and Opportunity". CASE Paper 4 (eds A. B. Atkinson & J. Hills), Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics.

Berghman, J., 1995, *Social exclusion in Europe: policy context and analytic framework*, în „Beyond the Threshold" (ed. G. Room). Polity Press.

Bocancea, C., Neamțu, G., 1999, *Elemente de asistență socială*. Iași: Polirom

Buică, C., 2004, *Bazele defectologiei*. București: Aramis

Burchardt, T., Le Grand, J. & Piachaud, D., 2002, *Introduction* în „Understanding Social Exclusion" (eds J. Hills, J. Le Grand & D. Piachaud). Oxford University Press

Căpîlnean, F., Călugăru, A., Prisca, A. 2005, *Integrarea în muncă a persoanelor cu dizabilități - ghid methodologic*. Mediaș: Samuel

Cojocaru, Ș., 2004 b, *Studiu privind oportunitățile și constrângerile în procesul de integrare socioprofesională a tinerilor cu handicap*, în „Medierea accesului pe piața muncii". colecția atelier CRIPS

Cojocaru, Ș., 2005, *Metode apreciative în asistența socială*. Iași: Polirom

Coman, S., 2001, *Parteneriat în educația integrată a copiilor cu cerințe educative speciale*. Iași: Spiru Haret

Costea-Bărluțiu, C., 2015, *Elemente de consiliere psihologică și psihoterapie a persoanelor cu dizabilități și a familiilor acestora*, în Roșan, A. (coord.) „Psihopedagogie specială. Modele de evaluare și intervenție". Iași: Polirom, pp. 525-562;

Centrul de Resurse și Informare pentru profesiuni sociale (CRIPS), 2005, *Studiul Elemente majore de evaluare a gradului de integrare/ participare socială a persoanei cu handicap.* colecția atelier CRIPS

Dan, A., Preda, M., Zamfir, E., 2007, *Excluziune Socială* în „Enciclopedia Dezvoltării Sociale". Iași: Polirom

Ferreol, G., 1996, *Mâna de lucru și procesele de excludere: cazul analfabeților și al handicapaților*, în Neculau Adrian și Ferreol Gilles, „Minoritari, marginali, excluși". Iași: Polirom

Fîntînaru, Georgeta, 2005, *Bariere ale integrării sociale întâmpinate de persoanele cu dizabilitate*, în Iluț, P., Nistor L., Rotariu T., (coordonatori), „România Socială, Drumul schimbării și al integrării europene", volumul III. Cluj-Napoca: Eikon

Gherguț, A., 2003, *Problematica asistenței persoanelor cu handicap/cerințe speciale* în Neamțu G. (coord), „Tratat de asistență socială". Iași: Polirom.

Gherguț, A., 2006, *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale. Strategii diferențiate și incluzive în educație*. Iași: Polirom

Gherguț, A., 2008, *Dizabilitatea - o provocare pentru societate. Studiu comparativ asupra atitudinii față de persoanele cu nevoi speciale* în „Psihologia Socială" Nr. 21/(I/2008). Iași: Polirom

Hathazi, Andrea, 2012, *Comunicarea în contextul deficienței multiple*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană

Lăzărescu, A.M, 2011, *Asistența socială a persoanelor cu dizabilități* –suport de curs. Iași: Institutul European

Manea, L., 2006, *Dizabilitatea ca factor de risc privind accesul la serviciile de educație*, în Calitatea Vieții, XVII, nr. 1-2

Mezei, Smaranda,1993, *Dicționar de sociologie*. București: Babel

Mititiuc, I., Lăzărescu A.M, 2011, *Defectologie și logopedie*. Iași: Alfa

Morgan, H , 2005, *Disabled people and employment: the potential impact of European policy* în Roulstone A., Barnes C, (eds), „Working Futures? Disabled people, policy and social inclusion", Roulstone Policy Press, Bristol

Moțet, 2001, *Psihopedagogia recuperării handicapurilor neuromotorii*. București: Humanitas

Neagoe, Maria, 2003, *Disabilitate și sănătate. Filozofii, paradigme și modelarea disabilității. Disabilități corelative și/sau consecutive condițiilor de sănătate*. București: Semne

Neculau, A., Ferreol, G.,1996, *Minoritari, marginali, excluși.* Iași: Polirom

Oliver, M., Barnes, C., 1998, *Disabled people and social policy: from exclusion to inclusion*. London: Publishing Longman

Oppenheim, C. and Harker, L.,1996, *Poverty: the facts*. London: Publishing CPAG

Peters, S., 2002, *Inclusive education in accelerated and professional development schools: A case based study of two school reform efforts in the USA* în „International Journal of Inclusive Education, 6"

Peters, S., 2003, *Inclusive education: Achieving education for all by including those with disabilities and special education needs.* Washington, DC: Disability Group, WorldBank.:http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/2806581172610312075/InclusiveEduPeters.pdf

Preda, M., 2002, *Politica socială românească între sărăcie și globalizare*. Iași: Polirom

Preda, Simona, 2002, *Excluziunea și incluziunea socială, concepte-cheie ale politicilor sociale*, interviu cu prof.univ.dr. Zamfir C., în Revista de asistență socială, nr.6 din 2002, editată de Universitatea București, catedra de Asistență socială și sociologie

Ravaud, J.F, Stiker, H.J., 2006, *Inclusion and Exclusion,* în Albrecht Gary L.(ed.), „Encyclopedia of Disability". London: Sage Publication, vol. II.

Room, G., 2000, *Trajectories of social exclusion*, în „Breadline Europe" (eds D. Gordon & P. Townsend). Polity Press.

Silver, H., 1994, *Social exclusion and social solidarity: three paradigms,* International Labour Review, 133, 531–578

Șchiopu, U., 1997, *Dicționar de psihologie.* București: Babel

Ungureanu, D., 2000, *Educația integrată și școala inclusivă*. Timișoara: Editura de Vest
Verza, E., Păun E., 1998, *Educația integrată a copiilor cu handicap*. Iași: Polirom
Zamfir, C., Vlăsceanu, L., 1993, *Dicționar de sociologie*. București: Babel

Reviste de specialitate și rapoarte

ANED (Academic Network of European Disability Experts), 2009, *The implementation of EU social inclusion and social protection strategies in European countries with reference to equality for disabled people,* by Isilda Shima and Ricardo Rodrigues (European Centre for Social Welfare Policy and Research)
Manual de incluziune socială prin educație, 2005, Consortium of MOSAIC
Organizația Mondială a Sănătății (OMS), 2004, *Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății*
Raport cu privire la situația ocupării persoanelor cu dizabilități în România, 2007, http://www.integration.ro/fisiere_noi/raport_dizab.pdf
Societatea Academică din România, 2009, Diagnostic: exclus de pe piața muncii.Piedici în ocuparea persoanelor cu dizabilități în România
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2004, *EFA: The quality imperative.* Paris: Author., http://www.unesco.org
World Health Organisation (WHO), 2001, *Mental Health*. A Call for Action by World Health Ministers. www.who.int.
World Health Organization, 2001, International Classification of Functioning, Disability and Health.Retrieved from http://www.who.int

Legislație

Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități (actualizată);

Ordinul nr. 762 din 31/08/2007 privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru adulți și se aplică măsurile de protecție specială a acestora;

Ordinul Nr. 949/2022 din 9 iunie 2022 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a Comisiei superioare de evaluare a persoanelor adulte cu handicap;

Legea nr. 96/2023 pentru modificarea și completarea Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap;

Ordinul nr. 1985/1305/5805/2016 din 4 octombrie 2016 privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale;

Hotărârea nr. 927/2016 din 8 decembrie 2016 pentru modificarea Metodologiei privind organizarea și funcționarea comisiei de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 430/2008

Ordinul nr. 1306/1883/2016 din 17.11.2016 pentru aprobarea criteriilor biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și a modalităților de încadrare a acestora;

Webografie/Site-uri

www.anph.ro
www.stpne
www.dasiasi.ro
www.inovatiasociala.ro/
www.mmfps.ro
www.inclusion.com
www.disability.org.
www.disability.dk
www.integration.ro
http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml
http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/strategy_reports_en.html
www.inclusion-europe.org

Capitolul 6
Asistența socială a delincvenților

C.P. Popescu

1. Tipologii ale comportamentelor deviante

1.1. Despre devianță și delincvență – considerații generale

„*Devianța* poate fi definită ca o transgresiune, social percepută, a regulilor și a normelor aflate în vigoare într-un sistem social dat." Este un comportament care repune în cauză atât normele sociale, cât și unitatea sau coeziunea sistemului. Normele sistemului social sunt supuse schimbării în funcție de schimbările istorice și valorizate diferit de subgrupurile care se includ în sistem (Mugny, 1999).

Observatorii vieții sociale recunosc faptul că devianța a devenit un fenomen larg răspândit și important prin consecințe, iar formele sale de exprimare sunt deosebit de numeroase și

variate ca intensitate. Gabriel Mugny enunță două abordări ale devianței: una *funcționalistă* și una *interacționistă*.

Perspectiva funcționalistă privește sistemele sociale ca fiind optimale, ideale și se centrează asupra reproducerii și menținerii raporturilor sociale. Schimbarea este în mare măsură respinsă, dar se accentuează foarte mult importanța proceselor adaptative datorită cărora sistemul funcționează în timp și rezistă schimbării. Viziunea generală asupra lumii ideale presupune că valorile sale, o dată stabilite, nu vor impune necesitatea schimbării, exprimându-se astfel o imobilitate a normelor și ideilor. Valoare unei norme fiind definită în termini absoluți, se pune problema descoperirii condițiilor și mecanismelor, a legilor prin care indivizii și grupurile o interiorizează și i se adaptează.

Perspectiva interacționistă, consideră că normele care reglează și echilibrează sistemul social, au un caracter relativ și sunt rezultatul unui compromis sau al unei supuneri. Imobilitatea și rigiditatea specifice abordării funcționaliste sunt respinse, făcând loc și valorizând totodată procesele de inovație și difuzarea ei, privită ca un fenomen absolut necesar pentru evoluția socială și istorică a normelor. Sursa acestor „mutații" este văzută în existența anumitor indivizi sau grupuri care refuză să se supună statu quoului și să respecte normele „universale" (grupuri denumite „minorități active").

Devianța este recunoscută ca o determinare socială, dar ea este definită în interiorul grupului, dincolo de orice raport de putere (Schachter, apud Mugny) sau naturalizată experimental, fără referiri la normele specifice (Freedman și Doob, *apud* Mugny).

În criminologie însă, au fost propuse conceptualizări mai sistematice. Astfel trecerea la actul criminal a fost abordată într-o manieră factorială. Aceasta presupune că factorii reținuți sunt cei de natură fizică, biologică, economică, sociologică sau culturală, dar categorizând indivizii în cauză tot ca delincvenți. Aceștia sunt priviți tot ca fiind diferiți de „grupul normal", diferența aceasta fiind singura care explică devianța. „*Devianța* este

determinată de multiple reglări sociale. Calitatea de *deviant* nu ar fi, în realitate, conferită de trecerea la actul criminalizant, ci de arestare, detenție preventivă, proces, casă de corecție" (Mugny).

„Norma dă naștere devianței, după cum legea penală produce delincvența" (Robert, *apud* Mugny). Dispozițiile penale contribuie la conceptualizarea diferenței ca delincvență. Se poate spune că de foarte multe ori anumite consecințe ale adolescenței în societate sunt transformate în delincvență doar pentru că există o legislație (jurisdicție) penală pentru tineri. Este cazul drogurilor, al unor comportamente sexuale, al micilor furturi care pot reprezenta „doar un moment pasager al inserției sociale a adolescentului" (Mugny). Este bine știut că tinerii din familii cu un nivel social mediu sau superior sunt mai ușor admonestați, fără urmări judiciare, pentru că se presupune că familia reprezintă o încadrare și o garanție suficientă pentru amendarea tânărului. Aceasta dovedește că devianța nu există ca și caracteristică „naturală", iar categorizarea și stigmatizarea unui individ ca deviant este produsul unei reglări sociale și al raporturilor dintre grupurile sociale. Ea îi atinge în mod diferit pe indivizi, în funcție de condițiile conjuncturale sau sistematice și, mai ales, de apartenența lor la grupuri sociale dominante.

1.2. Tipologii și caracterizări ale delincvenților

Diverși autori au încercat să contureze portretul personalității criminale și în funcție de o serie de criterii, să realizeze clasificarea și gruparea lor.Au fost utilizate o multitudine de criterii, din care se pot menționa:

a) în funcție de gradul de conștientizare și control al comportamentului:
   – *infractori normali*;
   – *infractori anormali*.
b) în funcție de tendința de repetare a acțiunilor criminale:
   – *infractori recidiviști*;

– *infractori nerecidiviști*.

c) în funcție de gradul de pregătire infracțională:

– *infractori ocazionali*;

– *infractori de carieră*.

Una din cele mai interesante și mai laborioase încercări de tipologizare și portretizare a infractorului este cea realizată de L.Yablonski (1990). Acesta, folosind drept criteriu modul în care personalitatea infractorului afectează comportamentul lui criminal, diferențiază patru categorii de criminali:

1. ***Criminali socializați*** – sunt cei care prezintă tulburări emoționale mult mai mult decât orice persoană care nu a comis infracțiuni. Ei devin criminali în urma impactului contextului social în cadrul căruia învață reguli și valori deviante. Acești criminali apar mai mult drept violatori ai proprietății decât criminali violenți.

2 .Criminali neurotici – sunt cei care, în general, comit acte infracționale datorită compulsiunilor neurotice. Spre deosebire de psihotic, neuroticul nu percepe lumea într-un mod distorsionat. Mai mult, tipic neuroticii sunt conștienți că există ceva rău în ceea ce privește gândirea și comportamentul lor Principalul simptom al nevrozei este *anxietatea*. Criminalii neurotici sunt indivizi care devin criminali datorită sau drept rezultat al distorsiunilor personalității, precum și al distorsiunii percepțiilor asupra lumii din jurul lor.

3. ***Criminalii psihotici*** – sunt indivizi cu dezordini severe ale personalității, care au o percepție complet distorsionată asupra societății și lumii din jurul lor. Spre deosebire de criminalii socializați, psihoticii nu-și planifică crima. Acești criminali pot comite cele mai bizare și lipsite de sens acte criminale.

4. ***Criminalii sociopați*** sunt cei care sunt caracterizați printr-o personalitate egocentrică. Ei au o compasiune limitată față de ceilalți sau nu o au deloc. Datorită marilor tulburări de caracter, ei pot ușor victimiza pe alții cu un minim sentiment de anxietate sau vinovăție.

În funcție de gradul de pregătire infracțională L. Yablonski diferențiază două categorii de infractori:

1. ***Criminalii situaționali*** sunt, în general, cei ocazionali, întâmplători. Caracteristicile generale ale acestora sunt următoarele:
– individul a fost confruntat cu o problemă care a solicitat acțiunea;
– individul a ales acțiunea care a constituit violarea legii;
– persoana a fost prinsă, arestată, condamnată și i s-a oferit statutul de criminal;
– până la comiterea infracțiunii, criminalul s-a supus sistemului normativ al societății.

2. ***Criminalii de carieră*** sunt, de obicei, formați și socializați în direcția comiterii crimei. Cei mai mulți au fost socializați și formați într-un sistem de valori și norme, reguli, „definiții" ale unor oameni socializați diferit de cel utilizat de către societate pentru majoritatea populației. Ei tind să ia inițiativa în comiterea crimelor, chiar și în situațiile în care sunt foarte invulnerabili în a fi arestați și condamnați. Trăsăturile esențiale ale criminalului de carieră sunt următoarele:
– crima este mijlocul său principal de asigurare a traiului;
– criminalul de carieră își formează deprinderi tehnice și modalități de acțiune folositoare pentru comiterea infracțiunilor asupra proprietății;
– își dezvoltă atitudini favorabile pentru infracțiune și nefavorabile pentru societate în general;
– debutează cu proprietatea de copil delincvent;
– el așteaptă să petreacă o parte din timp în închisoare; pentru el închisoarea este o școală a crimei;
– este, de obicei, „normal" din punct de vedere psihologic, neexistând caracteristici speciale care să-l diferențieze de noncriminali.

O tipologizare foarte interesantă a fost realizată de către Ion Oancea, care diferențiază următoarele categorii de criminali:

1. ***Criminalul agresiv*** (violent) – este autor de crime violente, brutale și cu consecințe individuale și sociale multiple. Este caracterizat prin emotivitate puternică, însoțită de descărcări reactive, motrice la fel de puternice, prin acte de violență, vătămări corporale și altele de aceleași fel. Din punct de vedere psihic, se caracterizează prin sărăcia de sentimente, de simpatie față de alți oameni, prin stări de mânie care nu pot fi stăpânite de voința proprie și, în general, printr-o comportare de agresivitate și ostilitate față de alți oameni.

2. ***Criminalul achizitiv*** – este criminalul care își adună bunuri în scop personal, în scop de câștig, în scop de întreținere, îmbogățire.

3.***Criminalul caracterial*** – este cel care prezintă structuri și trulburări ale vieții afective și active, pe scurt, tulburări ale caracterului. O primă caracteristică a acestui tip de criminal constă în aceea că o anumită tendință sau impulsiune afectivă se dezvoltă în mod pronunțat și domină întreaga personalitate a omului, iar voința și controlul de sine nu le pot stăvili și stăpâni.

A doua caracteristică constă în aceea că este vorba de o tulburare parțială a psihicului persoanei și în întreaga ființă psihică.

A treia caracteristică este aceea că, din punct de vedere mintal, al conștiinței, omul își dă seama de ceea ce face, este lucid și responsabil. Criminalii caracteriali sunt de mai multe feluri: *psihopatici* și *psihonevrotici*.

4. ***Criminalul lipsit de frânele sexuale*** – infracțiunile în legătură cu viața sexuală sunt din cele mai periculoase și cu urmări individuale și sociale la fel de periculoase. Violul, incestul, raportul sexual cu o minora, produc indignare și proteste. Astfel de fapte sunt săvârșite de persoane lipsite de simț moral și grija față de victimă, de către persoanele brutale și lipsite de puterea de stăpânire a impulsului sexual.Ele alcătuiesc un tip special de criminal – criminalul „lipsit de frânele sexuale”.

Există mai multe categorii de infractori sexuali:
– cei care săvârșesc fapta față de minoră;
– cei care săvârșesc fapta față de persoane profitând de imposibilitatea de a se apăra ori de a-și exprima voința;
– cei care săvârșesc fapta față de rudele apropiate;
– cei care săvârșesc fapta față de un partener de același sex.

Criminalii care săvârșesc crima contra vieții sexuale prin procedee și mijloace cu totul anormale și patologice sunt: *sadicul* și *masochistul*.

5. *Criminalul profesional* este criminalul care face din infracțiune un mijloc de existență, o îndeletnicire (hoț de buzunare, prostituție etc). Refuzul muncii cinstite și legale apare ca o trăsătură esențială a acestui tip de criminal. Criminalii profesioniști sunt de două feluri:

a) *Criminalul profesional pasiv* este persoana care nu muncește și nu-și câștigă existența prin muncă, ci din săvârșirea de infracțiuni, din practicarea unor activități parazitare, cerșetoria, prostituția, jocurile de noroc. Ceea ce caracterizează acest infractor, sub aspectele de personalitate, sunt: *nivelul scăzut de inteligență*, *capacitatea redusă de rezolvare a dificultăților zilnice de viață*.

b) *Criminalul profesional activ* își câștigă existența prin săvârșirea de infracțiuni cum sunt: traficul de femei, falsificarea de bani, uz de fals, de cele mai multe ori comit infracțiuni în mod organizat și în bandă. Ca trăsătură de personalitate, acest tip de criminal este cu un *nivel de inteligență normală sau chiar ridicată*.

6. *Criminalul ocazional* este cel care, fără a prezenta o tendință înnăscută spre delict, comite crime sub influența tentațiilor provocate de factori profesionali sau de mediul exterior.

Trăsăturile caracteristice ale infractorului ocazional sunt:
– *conduita bună, conformă până la comiterea crimei*;

– *comiterea ca urmare a unor împrejurări, factori exteriori, ocazionali*;
– *criminalul ocazional nu recidivează*;
– *criminalul ocazional reprezintă cca 70-80% din totalul criminalilor*. Majoritatea cercetătorilor susțin că în cazul criminalului ocazional poate să fie și contribuția unor factori interni, personali, de exemplu presiunea unei nevoi urgente, lipsa de stăpânire de sine, dar factorii externi sunt determinanți.

7. *Criminalul debil mintal* este caracterizat de lipsa capacității de prevedere asupra săvârșirii și a urmărilor săvârșirii crimei, el are un „orizont temporal" restrâns, lucrând pe durate scurte, pe zile, pe săptămîni, nu pe ani. Infractorul debil, odată prins asupra infracțiunii neagă realitatea neputându-si da seama că alții știu și înțeleg mai mult. El judecă lumea după nivelul de înțelegere. Nu se poate adapta ușor la viața socială.

8. *Criminalul recidivist* este caracterizat, în general, prin aceea că el comite în mod repetat crima. După comiterea unei crime, descoperit și pedepsit, comite din nou alte crime. El devine un fel de profesionist în criminalitate.

O primă și importantă trăsătură după care se identifică recidivistul este aceea că acesta este o persoană care a mai comis infracțiuni, care se pot dovedi cu actul de condamnare.

9. *Criminalul ideologic (politic)* este persoana care, având anumite idei și convingeri politice, științifice ori religioase comite datorită acestor idei fapte care aduc atingere legilor existente într-un stat.

Criminalul politic este un militant care propagă și lupta pentru anumite reforme și prefaceri sociale, economice, științifice.

În codurile penale din țările occidentale se recunoaște criminalul politic pentru următoarele argumente:

– *mobilul faptelor săvârșite de acesta este un mobil generos, social, cum sunt dorința și voința de schimbare în bine a unui regim politic; el nu este determinat în faptele sale de mobiluri personale*;
– *criminalul politic socotește că, luptând pentru o idée politică, religioasă, el își face datoria*.

10. *Criminalul alienat* nu răspunde penal din punct de vedere juridic și nu i se pot aplica pedepse. Acestora li se aplică unele măsuri de siguranță, măsuri medicale prevăzute de lege.

Criminalul alienat se caracterizează, în general, prin tulburări grave care cuprind întreaga lor viață psihică. Criminalul alienat este stăpânit de temere sau mânie pronunțată, de emoții și alte stări afective tulburi și nestăpânite, de gândire haotică. Infractorul alienat nu este stăpân pe dorințele și emoțiile sale, nu este conștient și lucid despre starea lui și despre ceea ce face, nu are control de sine și nici conștiența stării lui. Pentru aceasta el este iresponsabil și nu răspunde penal. Criminalul alienat este de mai multe feluri, în funcție de cauza, psihoza sau boala de care suferă și care i-a determinat alienarea:
– *criminalul paranoic* –are la bază psihoza paranoia;
– *criminalul schizofrenic* – determinat de boala schizofrenică;
– *criminalul maniaco-depresiv* – urmare a psihozei maniaco-depresive.

Bibliografie selectivă

Butoi, T., 2003, *Tratat universitar de psihologie judiciară*. București: Phobos
Bogdan, S., 2005, *Criminologie*. Cluj Napoca: Sfera Juridică
Stănișor, E., 2003, *Delicvența juvenilă*. București: Oscar Print
Salvați Copiii, 2022, *Evaluarea centrelor de zi pentru prevenirea excluziunii sociale*. https://salvaticopiii.ro
Rădoi, M., 2015, *Devianța socială la tineri*. Iași: Institutul European
Turliuc, M.N.,2007, *Psihosociologia comportamentului deviant*. Iași: Institutul European

2. Modalități de asistare specializată a persoanelor cu comportament delincvent

În sensul cel mai general al termenului, orice *sancțiune* reprezintă un act de voință al societății materializat într-o decizie al cărei scop, pe termen scurt, este să amendeze manifestarea unui comportament antisocial. Pe termen mediu și lung, se urmărește însă corectarea conduitei deviante și obținerea conformității individului în cauză la normele de comportament considerate dezirabile de către un grup social.

Sancțiunea socială începe să acționeze în momentul în care controlul de sine devine ineficace, atunci când „individul pierde sentimentul interior a ceea ce este și a ceea ce nu este permis, devenind necesar să fie, în interesul grupului, adus la ordine de către ceilalți sau eliminat din grup". Astfel, organizarea socială presupune în mod necesar administrarea unui sistem de sancțiuni acelor persoane care încalcă în mod voit ordinea prestabilită, pedeapsa fiind in acest caz un mijloc și o măsură de apărare socială. Reacția socială constituită la nivel societal sau comunitar reprezintă totalitatea formelor și modalităților prin care societatea înțelege să răspundă fenomenului criminalității.

În consecință, sancțiunea socială presupune, în esență, o reacție din partea societății sau a unui număr considerabil a membrilor acesteia față de un comportament neconform, asimilat de către comunitate ca având efecte negative asupra ordinii de drept. Atunci când manifestarea acestui comportament implică încălcarea unei norme penale și, totodată, producerea unor consecințe grave de natură să pună în pericol siguranța, integritatea sau viața persoanei, sancțiunea va cunoaște forma privării de libertate a autorului actului infracțional comis.

Așadar, sancțiunea se poate materializa în pedeapsa cu închisoarea, atunci când pericolul social al faptei comise este ridicat și real iar informațiile privitoare la prejudiciile create semenilor reprezintă temei pentru o decizie a instanței de

judecată de a aplica în respectiva cauză penală măsura privării de libertate. Prevederea în sentință judecătorească rămasă definitivă și irevocabilă a acestui tip de pedeapsă apare ca o consecință firească, în spiritul legii, a actului antisocial produs și reprezintă un efect al exercitării controlului social absolut necesar al societății în care persoana condamnată este parte integrantă.

În intenția legiuitorului, pedeapsa este o măsură de constrângere și un mijloc de reeducare a condamnatului și are drept scop prevenirea săvârșirii de noi infracțiuni. În acest context însă nu funcționează întotdeauna principiul aparent logic al „îndepărtării" persoanei ce comite un act antisocial de mediul său de proveniență , gest considerat a fi oportun pentru păstrarea „sănătoasă" a acestuia, tocmai datorită riscurilor la care societatea se expune prin aplicarea unei măsuri ce îl izolează și îl desocializează pe individual în cauză.

Instituția responsabilă de punerea în aplicare a pedepsei privative de libertate are obligația de a custodia persoana asupra căreia s-a dispus respectiva sancțiune și de a asigura cadrul optim de executare a pedepsei în conformitate cu decizia instanței de judecată și a legislației specifice în vigoare. În majoritatea situațiilor de punere în executare a sancțiunilor ce presupun privarea de libertate, adulții care au săvârșit infracțiuni cu grad de pericol social ridicat își vor ispăși pedeapsa în penitenciar iar minorii autori ai unor fapte penale cu consecințe sociale grave și care îndeplinesc condițiile de răspundere penală vor fi direcționați către Centrele de reeducare pentru minori . O problemă reală o reprezintă faptul că sistemul judiciar românesc nu pune la dispoziție suficiente instrumente și mecanisme menite să asigure un cadru propice pentru optimizarea șanselor de recuperare comportamentală și eficientizare a procesului de reintegrare socială a persoanelor care au săvârșit infracțiuni.

Din punct de vedere legal și al aplicabilității practice, este necesar a se reține ideea că a fi minor nu exclude automat responsabilitatea faptei comise, actul delincvent trebuind să fie

sancționat. **Potrivit Codului Penal**, minorul care nu a împlinit vârsta de 14 ani nu răspunde penal, cel care are vârsta între 14 și 16 ani răspunde penal, numai dacă se dovedește că a săvârșit fapta cu discernământ, iar dacă a împlinit 16 ani este prezumat că răspunde penal doar dacă nu se dovedește că nu a avut discernământ. Odată cu împlinirea vârstei de 18 ani persoana va avea capacitate de exercițiu deplină din perspectiva răspunderii penale.

În cazul în care persoana și fapta penală atribuită acesteia îndeplinesc condițiile de aplicare a măsurii probațiunii, privarea de libertate nu va mai avea loc ci va fi înlocuită cu libertatea supravegheată. Din perspectiva efectelor pe care cele două categorii de pedepse le produc asupra persoanei care a săvârșit infracțiunea trebuie să subliniem faptul că există diferențe majore de impact asupra formelor de evoluție a comportamentului și chiar a personalității individului în cazul penitenciarizării, respectiv în cazul executării pedepsei în libertate. Punctul de vedere unanim acceptat de către toate categoriile de specialiști implicați în sistemul judiciarizării faptei penale evidențiază reale și concludente beneficii ale executării pedepsei în libertate, chiar dacă este vorba despre o „libertate controlată și monitorizată". Câștigul uriaș al beneficiarului probațiunii este în primul rând construit pe realitatea evitării experienței penitenciare, pe înlocuirea unor condiții propice vicierii comportamentului, transformării în sens negativ al persoanei, cu un cadru optim pentru recuperarea și reintegrarea socială a persoanei condamnate.

> Pedeapsa este o măsură de constrângere și un mijloc de reeducare a condamnatului. Scopul pedepsei este prevenirea săvârșirii de noi infracțiuni. Prin executarea pedepsei se urmărește formarea unei atitudini corecte față de muncă, față de ordinea de drept și față de regulile de conviețuire socială. Executarea pedepsei nu trebuie să cauzeze suferințe fizice și nici să înjosească persoana condamnatului.

Închisoarea ca loc de executare a pedepsei este în același timp și loc de observare a indivizilor pedepsiți, în două sensuri: de supraveghere dar și de cunoaștere a fiecărui deținut în parte, a comportării, a înclinațiilor profunde și a progresivei lui ameliorări.

Închisoarea trebuie să se ocupe de toate aspectele individului, de modelarea lui fizică, de aptitudinile lui, de muncă, de comportarea zilnică, de atitudinea morală, de înclinațiile lui; închisoarea este „omnidisciplinară", acțiunea ei asupra individului trebuind să fie continuă, să poată impune o nouă formă individului pervertit.

> Închisoarea prin definiție nu este un loc normal. Încercările de a face un astfel de loc să pară normal, cu o viață normală desfășurată în interiorul ei nu vor putea niciodată să contracareze efectul produs de pierderea libertății, dar pot contribui la ameliorarea efectelor detenției.

Serviciul de Intervenție Psihosocială din penitenciar are ca misiune prevenirea efectelor de marginalizare socială ale detenției, de a facilita menținerea legăturilor sociale și familiale, readaptarea la viața socială din cadrul comunității.

Programele și activitățile derulate de către membrii Serviciului de Intervenție Psihosocială au la bază ordinele și instrucțiunile Administrației Naționale a Penitenciarelor, urmărindu-se aplicarea acestora în funcție de specificul și particularitățile unităților de detenție.

Obiectivele generale urmărite sunt:

– adaptarea persoanelor private de libertate la condițiile mediului penitenciar;
– reabilitare comportamentală și cultivarea respectului de sine;
– susținere și consiliere psiho-individuală și de grup;
– asistenta sociofamilială și educație în sprijinul menținerii legăturilor cu familia;

– dezvoltarea mijloacelor de exprimare și a capacității de a comunica cu alții;
– pregătire școlară și formare profesională;
– asistență și monitorizare în vederea reintegrării socioprofesionale a persoanelor private de libertate după liberare;

Serviciul de Intervenție Psihosocială, coordonat de locțiitorul directorului pentru intervenție psihosocială are în componență două servicii cu următoarea structură:

1. SERVICIUL DE EDUCAȚIE are în componență:
– ofițeri instructori
– ofițer(i) sociolog(i)
– educatori
– monitor(i) sportiv(i)
– preot capelan
– agenți tehnici

Programe și activități:
– **program de adaptare la viața instituționalizată** - aplicat persoanelor când ajung în penitenciar;
– **activități de școlarizare** - în cadrul școlii generale (clasele I-VIII) din penitenciar, aparținând Ministerului Educației și Cercetării; școala mai poate organiza cursuri de pre-profesionalizare (spre exemplu, în tâmplărie și zidărie pentru absolvenții a opt clase);
– **cursuri de calificare profesională:** cu durata de 3, 4 sau 6 luni, desfășurate în colaborare cu Agenția Județeană de Ocupare a Forței de Muncă în diferite meserii stabilite în funcție de posibilitățile de practică: tâmplar, zugrav, ajutor mecanic-auto, croitor, bucătar, legumicultor, electronist, etc.
– **informare, consilie, mediere privind piața muncii:** în colaborare cu AJOFM, a persoanelor private de libertate ce urmează a fi puși în libertate;
– **activități literare**: bibliotecă, șezători și medalioane literare, prezentări de carte, editare de reviste lunare, acțiuni în

comunitate, omagieri, întâlniri periodice cu invitați din domeniul culturii - poeți, scriitori, actori, muzeografi, profesori etc.);
- **activități artistice**: cerc de teatru, grup vocal-instrumental, cenaclu literar, atelier de pictură, grafică și sculptură, cerc de abilități practice, marcarea unor evenimente semnificative, spectacole și expoziții;
- **activități ocupaționale**: atelier de olărit, goblenuri, meșteșugărit, împletituri;
- **activități recreative de club tip hobby**: tenis de masă, șah, remmy, table, scrabble, dezlegări de integrame, vizionare filme;
- **activități sportive**: fotbal, tenis, competiții sportive, cercuri de dezbatere, întâlniri cu reprezentanți din lumea sportului;
- **activități de pregătire și motivare culturală:** concursuri de cultură generală, cercuri tematice, conferințe;
- **activități moral-religioase**: în cadrul capelei penitenciare, oficieri de slujbe, taina sfintei spovedanii, asistare și susținere moral-creștină;
- **programe de educație moral-civică**: adresate în special categoriilor 18-21 ani;
- **program de educație juridică**: prelucrări ale informațiilor legislative de interes;
- **educație pentru sănătate: sesiuni de** informare referitoare la programele naționale de sănătate publică
- **program de pregătire pentru liberare**: pentru cei ce urmează a fi puși în libertate;
- **susținerea de programe artistice**: piese de teatru, spectacole
- **vizite la diferite obiective**: mânăstiri, muzee, expoziții, parcuri
- **organizarea de expoziții:** grafică, pictură, sculptură, olărit
- **întreceri și competiții sportive:** cu elevii din licee, cluburi sportive, alte penitenciare;
- **vizionări de filme la cinematecă:** în cadrul Casei de Cultură din localitate.

SERVICIUL DE ASISTENȚĂ PSIHOSOCIALĂ are în componență:

– ofițeri specialiști - asistenți sociali
– ofițeri specialiști - psiholog

Activități de asistență psihologică:

– program de consiliere:
  • la cererea persoanelor private de libertate;
  • în situații de criză (refuz de hrană, izolare, idei suicidare, conduite agresive);
  • în vederea cunoașterii subiecților;
  • consiliere pre- și post- testare HIV/SIDA.
– evaluări psihologice:
  • în perioada de carantină: toți noii depuși în penitenciar;
  • pentru întocmirea documentelor oficiale (caracterizări, planuri de evaluare).

Programe de asistență psihologică:

– asistenta psihologică a persoanelor private de libertate aflate în perioada de adaptare la mediul carceral;
– consiliere individuală;
– proiecte independente;
– autocunoaștere;
– programe terapeutice de reducere a agresivității;
– terapia foștilor consumatori de droguri și consiliere pre- și post- testare HIV/SIDA;
– ergoterapia (artterapie, biblioterapie etc.);
– terapie integrată;
– reducerea impactului încarcerării;
– asistența psihologică a persoanelor diagnosticate cu afecțiuni psihice;
– psihoterapie.

Programe de asistență socială:

– programe de consiliere;
– program de mediere și intervenție;
– întocmire dosare în vederea pensionării la termen;

– întocmirea dosarelor în vederea reactualizării cărților de identitate;
– întocmire documentație pentru încheierea căsătoriilor;
– mediere în vederea înregistrării tardive a nașterii;
– evaluări sociofamiliale;
– programe de informare și educație pro-socială:
– program de asistență sociofamilială adresat foștilor consumatori de droguri;
– program de prevenire TBC - norme și reguli de conduită, habitat, alimentație, cutume etc.;
– programe de informare/consiliere/mediere și intervenție;
– reintegrare în muncă/recalificare post-detenție
– consiliere individuală în vederea stabilirii serviciilor/prestațiilor sociale post-detenție;
– menținerea unitară a familiilor: vizite cu caracter social, mediere telefonică, adrese scrise, fotografii, adrese de contact.

Bibliografie selectivă

Amza, T.,1999, *Criminologie. Tratat de teorie și politică criminologică*. București: Ed. Lumina Lex

Cojocaru, D.,2018, *Asistența socială a persoanelor private de libertate*. Iași: Editura Universității „Al. I. Cuza".

Durnescu, I., 2019, *Probațiunea: Teorii, legislație și practici*. București: Polirom.

Durnescu, I., 2019, *Manual de probațiune* (ed. a II-a rev.). Iași: Polirom.

Florian, Ghe.,1999, *Dinamică penitenciară*. București: Oscar Print

Florian, Ghe., 2003, *Fenomenologie penitenciară*. București: Oscar Print

Moroșanu, L., 2022, *Serviciile sociale în România contemporană: provocări și bune practici*. București: Tritonic.

Capitolul 7
Dezvoltare socială prin programe comunitare

C.M. Stoica, R.M. Ateșoae, C. Iftimoaei

1. Politica de ocupare a forței de muncă în România și la nivelul Uniunii Europene. Servicii de integrare a persoanelor vulnerabile pe piața muncii

C.M. Stoica

Ocuparea deplină a forței de muncă reprezintă asigurarea unui loc de muncă pentru toate persoanele apte de muncă. Politicile de ocupare cuprind măsuri ale statului, pentru a interveni pe piața muncii în scopul stimulării creării de noi locuri de muncă, ameliorării adaptării resurselor de muncă la nevoile economiei, diminuându-se dezechilibrele de pe piața muncii. În Uniunea Europeană creșterea nivelului ocupării forței de muncă reprezintă un obiectiv prioritar aflat pe agenda politicilor

publice. Au fost elaborate pe baza propunerilor Comisiei Europene direcții de acțiune: angajabilitate, antreprenoriat, adaptabilitate și asigurarea de șanse egale femeilor la angajare sau la locul de muncă. La Lisabona în anul 2000 s-a stabilit obiectivul strategic pentru următorul deceniu: mai multe investiții în oameni, activarea politicilor sociale și întărirea acțiunilor de combatere a vechilor și noilor forme de excludere socială.

Politicile pasive de ocupare țin seama de faptul că nivelul ocupării este determinat de condițiile generale din economie și pun accentul pe protecția șomerilor, îndeosebi prin indemnizația de șomaj și pe convingerea unor persoane active să se retragă de pe piața muncii. Măsurile pasive oferă suport financiar șomerilor, fără a încerca să contribuie direct la îmbunătățirea performanței lor; reduc stimulentele de a căuta activ un loc de muncă.

Măsuri de politică pasivă de ocupare:
– reducerea duratei muncii;
– diminuarea vârstei de pensionare;
– creșterea perioadei de școlarizare obligatorie;
– sporirea numărului locurilor de muncă cu program zilnic redus și atipic;
– descurajarea activităților salariale feminine;
– restricționarea sau interzicerea imigrărilor etc.

Politicile active de ocupare urmăresc sporirea nivelului ocupării, pentru a favoriza accentuarea mobilității populației active și crearea de noi locuri de muncă pe bază de investiții:
a) măsuri care se adresează cererii de forță de muncă: instruire antreprenorială, centre de consultanță în afaceri;
b) măsuri care se adresează ofertei de forță de muncă: formare și pregătire profesională în meserii cerute pe piața muncii;
c) măsuri de corelare a cererii cu oferta de forță de muncă: centre de medierea muncii, burse de locuri de muncă, servicii pentru comunitate etc.;

d) măsuri de reintegrare a diferitelor categorii sociale pe piața muncii: subvenționarea locurilor de muncă, servicii pentru comunitate etc.

Politicile de reducere a șomajului și de creștere a gradului de ocupare au ca obiectiv menținerea și creșterea gradului de ocupare, prin acțiuni care asigură locuri de muncă pentru tinerii care intră pe piața muncii, pentru șomeri sau alte persoane care vor să se angajeze.

Politicile active de pe piața muncii au ca scop prevenirea șomajului persoanelor care se află în acestă situație de risc, să le ajute să se recalifice în vederea reintegrării pe piața muncii. Organizația Internațională a Muncii a definit *politicile active de ocupare* ca fiind intervențiile guvernelor care urmăresc obiectivele de echitate și de eficiență, acționând direct sau indirect pentru a oferi locuri de muncă, sau pentru a crește capacitatea de inserție profesională a persoanelor care prezintă anumite dezavantaje pe piața muncii.

Măsurile active:

– acțiuni care privesc șomerii caree caută un loc de muncă și care se finalizează prin modificarea statutului lor pe piața muncii, devenind persoană ocupată;
– suport financiar pentru grupurile dezavantajate pe piața muncii petnru: activarea șomerilor, susținerea persoanelor în trecerea de la inactivitate (involuntară) la ocupare sau menținerea locurilor de muncă pentru persoanele amenințate de șomaj.

Subvențiile/creditele pentru stimularea angajării vizează măsurile ce facilitează recrutarea șomerilor sau mențin ocuparea persoanelor cu risc involutar de a-și pierde locul de muncă. Stimulentele pentru ocupare: subvenții pentru piețele deschise pentru locuri de muncă, iar stimulentelele pentru recrutare oferă subvenții pentru crearea de noi locuri de muncă (permanente - cu contracte pe durată nedeterminată și temporare - cu contracte pe durată determinată) sau pentru menținerea celor

existente în scopul îmbunătățirii gradului de ocupare (în special pentru persoanele care riscă să-și piardă locul de muncă din cauza restructurărilor sau dificultăți economice de pe piața muncii). *Sprijin pentru ocupare:* subvenții financiare destinate persoanelor cu capacitate redusă de muncă sau redusă permanent, pentru a susține integrarea, adaptarea la propriul handicap, la condițiile de mediu și de muncă și să-și dezvolte competențele necesare pentru angajare.

Măsurile active contribuie la îmbunătățirea deprinderilor și calificărilor șomerilor, și la încurajarea mobilității forței de muncă, prin finanțarea pregătirii profesionale. Conform legii privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă (Legea nr. 76/2002), măsurile active au la bază obiective majore: creșterea șanselor de ocupare a persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă; stimularea angajatorilor pentru încadrarea în muncă a șomerilor și crearea de noi locuri de muncă. Politicile active urmăresc eliminarea opțiunii de a intra în șomaj și primirea beneficiului de ajutor de șomaj de către populația aptă de muncă. Vizează depășirea barierelor persoanelor fizice privind ocuparea forței de muncă (șanse mici de angajare din cauza șomajului pe termen lung, competențe profesionale reduse și diferite probleme sociale date de inactivitate).

Creșterea șanselor de ocupare a persoanelor în căutarea unui loc de muncă ca obiectiv al politicilor active se realizează în România prin (http://www.anofm.ro/): servicii de preconcediere; informare și consiliere profesională; medierea muncii; cursuri de formare profesională; consultanță și asistență pentru începerea unei activități independente sau inițierea unei afaceri; completarea veniturilor salariale ale angajaților; încadrarea absolvenților de învățământ; stimularea mobilității forței de muncă.

Anual, ANOFM elaborează, implementează, finanțează și cofinanțează programe privind ocuparea forței de muncă (art. 6 lit. b din Legea nr. 202/2006), pe baza politicilor și strategiilor elaborate de Ministerul Muncii și Protecției Sociale. *Măsuri:* informarea și consilierea profesională, medierea muncii, cursuri

de formare profesională, posibilitatea luării deciziilor la nivel local, la un nivel cât mai apropiat de persoanele care se confruntă cu problemele pieței muncii și capacitatea adaptării lor la specificul existent.

1.1. Mecanisme și politici de ocupare a factorului muncă și de combatere a șomajului

Obiectivele specifice politicii ocupării forței de muncă: *asigurarea locurilor de muncă structural, cantitativ și calitativ*; *flexibilitatea pieței muncii*. Factori care favorizează flexibilizarea pieței muncii: *procesul de internaționalizare a economiilor și piețelor și progresul tehnologic*. Flexibilitatea salariilor vizează ajustarea salariilor în raport cu fluctuațiile inflației și productivității muncii și la șocurile externe; la variabilizarea salariilor în raport cu cererea și oferta, cu performanțele firmei; la sfera salariului direct, cotizare și alte sarcini patronale. Ajustarea salarială vizează eliminarea unor rigidități: sistemele de salarii minime; sistemele de indexare automată a salariilor; nivelul ridicat al venitului de înlocuire; reducerea la minimum a sarcinilor diverse (taxe și cotizații) care se plătesc de angajatori pentru utilizarea forței de muncă.

Flexibilitatea numerică a salariaților se referă la reducerea restricțiilor legislative care permit angajatorilor să se elibereze de atașamentul lor de lungă durată față de salariați, dar și recurgerea la munca interimară, la contracte de muncă având durate determinate sau un obiect determinat, recurgea la forța de muncă cu statut independent, promovarea muncii la domiciliu. *Flexibilitatea tehnico-organizatorică* rezultă din capacitatea firmelor de combinare a noilor tehnici de organizare cu echipamente complexe, pentru a putea răspunde unei cereri nesigure și aleatorii și vizează capacitatea de creștere a diversității produselor și sporirea ritmului de reînnoire a acestora; de intensificare a

competiției internaționale; valorificarea posibilităților aduse de noile tehnologii.

Flexibilitatea timpului de muncă are ca obiective adaptarea orarelor în funcție de nevoi și gestionarea timpului de muncă, utilizându-se:

– durate săptămânale, lunare, anuale flexibile;
– promovarea unor variate forme de muncă și de pauze;
– gestiunea orelor suplimentare;
– gestiunea concediilor plătite pentru a fi recuperate;
– munca în weekend.

Pentru realizarea practică a politicilor active de ocupare, mecanismele de promovare a ocupării factorului muncă sunt:

a) *mecanisme de susținere a echilibrelor macroeconomice*: investiții pentru crearea de locuri de muncă; credite pentru investiții productive cu dobânzi mai reduse; sporirea capacității de reținere a factorului muncă în activități utile; scutirea sau reducerea de impozite și taxe pentru agenții economici care creează locuri de muncă pentru șomerii care inițiază activități antreprenoriale; subvenționarea limitată, a unei părți a costului salarial pentru angajatorii care creează noi locuri de muncă sau angajează șomeri; asigurarea prin lege a unor facilități și stimulentee; sisteme de salarizare în care salariul să reprezinte prețul muncii și instrumentul reglării cererii și ofertei de muncă a unor forme de participare a salariaților la profit; stabilirea mărimii ajutorului de șomaj pentru a garanta un minimum de venit și a stimula munca.
b) *mecanisme de echilibrare, de flexibilizare a pieței muncii, aplicabile la nivel microeconomic*: dezvoltarea învățământului, a formării profesionale; strategii de formare și recalificare, a reintegrării în muncă a șomerilor; formarea profesională inițială corelată cu evoluția pieței muncii; flexibilizarea pieței muncii: munca cu timp parțial; încurajarea și sprijinirea a mobilității factorului muncă; participarea pe bază de contracte

ferme, între state, între firme, la realizarea unor lucrări în străinătate, permițându-se libera circulație a forței de muncă.

1.2. Sprijinirea ocupării prin indemnizații, taxe și sisteme de formare profesională

Legea nr.76/2002 reglementează acordarea ca forme de protecție:

– indemnizația de șomaj;
– stimularea ocupării forței de muncă, prin indemnizații și impozite;
– susținerea cheltuielilor pentru ocuparea temporară a forței de muncă din rândul șomerilor, prin subvenționarea directă a salariilor persoanelor care, fiind în șomaj, au fost angajate pentru desfășurarea unor lucrări în folosul comunităților locale;
– stimularea angajatorilor, prin subvenționarea directă pentru crearea de locuri de muncă și pentru încadrarea în muncă a șomerilor din categoriile cele mai defavorizate;
– acordarea de facilități fiscale angajatorilor care încadrează cu contract individual de muncă persoane șomere, numai dacă le mențin în activitate cel puțin 6 luni;
– subvenții acordate persoanelor care se încadrează într-o localitate aflată la peste 50 km de domiciliu sau a celor care, în urma încadrării își schimbă domiciliul;
– stimularea angajatorilor să încadrezei în muncă persoanele în vârstă de peste 45 de ani, dacă se oferă locuri de muncă pe o perioadă nedeterminată șomerilor în vârstă de peste 45 de ani sau șomerilor întreținători unici de familii;
– acordarea de credite din bugetul asigurărilor de șomaj, în condiții avantajoase, pentru crearea de noi locuri de muncă, din care minimum 50% pentru șomeri, pentru înființarea sau dezvoltarea de IMM sau unități cooperatiste, pentru cel mult 3 ani.

1.3. Strategia națională pentru ocuparea forței de muncă 2021-2027

Obiectiv general: creșterea ocupării de calitate, în condiții de sustenabilitate, astfel încât, până la sfârșitul anului 2027, rata de ocupare a populației 20-64 ani să fie de 75%. Ținta generală: Rata de ocupare a populației 20-64 ani de 75% în 2027.

Obiective specifice:

1. integrarea durabilă pe piața muncii a forței de muncă disponibile;
2. creșterea gradului de valorificare a potențialului economic al tinerilor (inclusiv a tinerilor NEET);
3. modernizarea și consolidarea instituțiilor pieței muncii pentru crearea unui mediu de susținere a unei piețe a muncii flexibile, funcționale și reziliente;
4. consolidarea sistemului de formare profesională a adulților pentru o mai bună conectare la cerințele pieței muncii

1.3.1. *Flexisecuritatea*

Pentru atingerea obiectivelor Strategiei de la Lisabona pentru locuri de muncă mai multe și mai bune este nevoie de forme noi de flexibilitate și securitate, pentru persoane fizice și societăți, și pentru statele membre și Uniunea Europeană, Consiliul European a solicitat statelor membre: să dezvolte strategii de politică ample în cadrul programelor naționale de reformă în vederea îmbunătățirii adaptabilității lucrătorilor și întreprinderilor; să studieze posibilitatea de a dezvolta un set de principii comune privind flexisecuritatea.

Flexisecuritatea – strategie integrată de consolidare simultană a flexibilității și securității pe piața forței de muncă.

Flexibilitatea – schimbări de succes pe parcursul vieții: de la școală la locul de muncă, de la un loc de muncă la altul, între șomaj sau inactivitate și locul de muncă, și de la locul de muncă la pensionare.

Securitatea pe piața forței de muncă – dezvoltarea competențelor sau accesul la competențele care permit progresul în viața profesională și la sprijinul în găsirea unui nou loc de muncă; ajutoare de șomaj adecvate în vederea trecerii spre integrare socioprofesională; cuprinde oportunități de formare profesională pentru toți lucrătorii, în special pentru cei cu nivel scăzut de calificare și pentru lucrătorii în vârstă.

1.4. Politici publice destinate ocupării lucrători vârstnici

Pentru încurajarea și sprijinirea lucrătorilor vârstnici de a continua activitatea pe piața muncii, la nivelul țării se aplică măsura legislativă:

– art. 85 din Legea nr. 76 din 16.01.2002 privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă;
– art. 85, alin. (1) care prevede: angajatorii care încadrează în muncă pe perioadă nedeterminată șomeri de peste 45 de ani sau șomeri care sunt părinți unici susținători ai familiilor monoparentale sunt scutiți, pe o perioadă de 12 luni, de plata contribuției datorate la bugetul asigurărilor pentru șomaj, și primesc lunar, pe această perioadă, pentru fiecare persoană angajată din aceste categorii, o sumă egală cu un salariu de bază minim brut pe țară garantat în plată, în vigoare, cu obligația menținerii raporturilor de muncă sau de serviciu cel puțin 2 ani.

Măsuri de promovare a îmbătrânirii active pe piața muncii:

– angajare și dezvoltarea deprinderilor;
– îmbunătățirea sănătății și a mediului de muncă;
– politici de promovare a programului de muncă flexibil și acceptarea unor aranjamente speciale în programul de muncă;
– furnizarea de suport pentru lucrătorii vârstnici pentru a adapta încărcătura muncii și a realiza tranziția către pensionare.

1.5. Reintegrarea persoanelor care au comis o faptă penală sau au fost eliberate din detenție pe piața muncii. Instituții implicate în procesul de reabilitare a deținuților

Serviciul de probațiune *oferă serviciile de reintegrare pe piața muncii*:

– consiliere și orientare profesională pentru a ajuta persoanele care au comis o faptă penală să-și identifice abilitățile și interesele și să-și găsească un loc de muncă care să li se potrivească;
– identifică oportunități de angajare;
– oferă informații despre programele de formare profesională disponibile și le ajută pe aceste persoane să se înscrie la cursuri;
– monitorizează progresul persoanelor în căutarea unui loc de muncă și oferă consiliere;
– colaborează cu angajatorii pentru a ajuta aceste persoane să-și găsească un loc de muncă și pentru a le oferi sprijin în procesul de integrare la un loc de muncă.

Serviciul de Probațiune sprijină persoanelor eliberate din închisoare să se reintegreze pe piața muncii prin furnizarea de sprijin, consiliere și resurse.

Măsuri adoptate în penitenciare pentru a ajuta la reabilitarea și reintegrarea deținuților în societate și pe piața muncii după ce aceștia ispășesc pedepsele

Conform Art. 42 din Legea Nr. 254/2013 privind executarea pedepselor și a măsurilor privative de libertate dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal:

(1) Tinerii condamnați sunt incluși, pe durata executării pedepsei, în programe speciale educaționale, de asistență psihologică și asistență socială, în funcție de vârsta și personalitatea fiecăruia.

(2) Programele speciale (alin.(1)) sunt realizate de personalul serviciilor de educație și asistență psihologică din cadrul penitenciarelor, de consilierii de probațiune, voluntarii, asociații și fundații, alți reprezentanți ai societății civile.

Penitenciarele le oferă deținuților acces la programe educaționale, pot participa la cursuri de instruire școlară sau universitare, în condițiile protocolului de colaborare încheiat cu Ministerul Educației (Art. nr. 79 din Legea nr. 254/2013), și de formare profesională care îi pot ajuta să-și dezvolte abilitățile și cunoștințele, să-și găsească un loc de muncă după eliberare. Aceștia au permisiunea de a ieși din penitenciar, în vederea ocupării unui loc de muncă după punerea în libertate:

a) prezentarea persoanei condamnate, în vederea ocupării unui loc de muncă după punerea în libertate;
b) susținerea unui examen de către persoana condamnată;
d) pregătirea reintegrării sociale a persoanei condamnate.

Art.99 din Legea nr. 254/2013 alin.(1) și (art. 77) privind executarea pedepselor și a măsurilor privative de libertate dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal:

Persoanelor condamnate li se poate cere să muncească, în raport cu tipul regimului de executare, ținându-se seama de calificare, deprinderile și aptitudinile acestora, de vârstă, starea de sănătate, măsurile de siguranță, precum și de programele destinate sprijinirii profesionale a acestora.

Agenția județeană pentru ocuparea forței de muncă (AJOFM) oferă deținuților sau persoanelor aflate sub supraveghere consiliere, informare și medierea între persoana care se adresează și angajator, realizând demersurile: 1. intervievează persoana pentru a-și face un profil ocupațional, în funcție de: vârstă, studii, calificare, starea de sănătate. Dacă aceasta nu are

terminate 8 clase și dorește, este orientat către Programul „A doua șansă". Dacă nu este de acord, i se oferă un loc de muncă ca muncitor necalificat. Dacă are finalizate studiile gimnaziale și dorește, este orientat către un curs de formare profesională. Dacă nu, i se oferă un loc de muncă ca persoană necalificată. Angajatorii au anumite facilități dacă angajează o persoană cu vârsta până în 30 de ani sau după 45 de ani; 2. reprezentatul Agenției discută cu angajatorul, specificând că persoana în cauză a comis o faptă penală și mediază angajarea persoanei în cauză.

Serviciul public de asistență socială/compartimentul de asistență socială din cadrul **primăriilor** sprijină persoanele eliberate din detenție sau care au săvârșit o faptă penală să se reintegreze în societate și le ajută să-și găsească un loc de muncă, astfel: - le consiliază și îndrumă către AJOFM; - identifică angajatori locali care ar fi dispuși să angajeze persoanele eliberate din detenție și să creeze parteneriate cu aceștia; - ajută să-și întocmească un CV și le învață cum trebuie să se prezinte la un interviu de agajare; - creează campanii de conștientizare în comunitate pentru a reduce stigmatizarea și încurajarea angajatorilor să considere aceste persoane ca posibil candidați pentru locuri de muncă.

1.6. Politici de suport pentru ocuparea femeilor

Recunoașterea diferențelor de gen caută să creeze oportunități pentru femei, să includă acțiuni destinate creării de șanse egale pentru femei.

Acțiunea pozitivă: măsuri de asigurare a integrării femeilor în muncă și educație, deoarece au responsabilități suplimentare în familiei, încercând să echilibreze balanța muncă-familie (cursuri de tip seral, învățământ la distanță pentru femeile cu copii, program de lucru flexibil, slujbe part-time, munca la domiciliu etc.).

Discriminarea inversă reprezintă preferința bazată pe gen în competiția pentru o resursă rară, dezavantajându-i pe bărbați.

Discriminarea inversă slabă: preferință pentru femei în fața bărbaților în acordarea unui post, când candidații au calificare egală și discriminarea inversă puternică - preferință pentru femei pentru un post, indiferent de calificarea pe care o au.

Măsuri de reconciliere – munca plătită și viața de familie:

– program de lucru flexibil;
– încurajarea muncii cu jumătate de normă;
– încurajarea muncii la domiciliu;
– prevederi legale care stabilesc drepturile femeilor care își întrerup activitatea pentru nașterea sau îngrijirea copiilor (concediul maternal, garantarea locului de muncă; concediul parental de îngrijire a copilului pt. ca ambii părinți să beneficieze pe rând de acest drept).

1.7. Politici de ocupare pentru grupurile vulnerabile

Legea nr. 76/2002 privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă modificată și completată de Legea nr.107/2004; anual, în baza Legii nr. 107/2004 se elaborează programe anuale de ocupare, structurate cu precădere, către *grupurile vulnerabile* la riscul de șomaj de durată și către *zonele cu rate ridicate ale șomajului*.

Măsuri privind ocuparea pentru tinerii de 18 ani care părăsesc sistemul de protecție:

– dezvoltarea coordonării dintre serviciile de asistență socială și alte servicii publice: școala, accesul pe piața muncii, serviciile de sănătate, poliția;
– implementarea politicilor și continuarea sprijinului acordat în vederea facilitării accesului pe piața muncii și la locuințe sociale.

Măsuri privind ocuparea pentru persoanele cu handicap:

– pregătirea școlară la domiciliu pentru copii cu handicap nedeplasabili și în comunitate;
– dezvoltarea de servicii pentru satisfacerea nevoilor persoanelor cu handicap;
– dezvoltarea serviciilor de pregătire și formare profesională;
– crearea oportunităților de muncă și micșorarea ponderii asistenței pasive bazate pe alocații;
– revizuirea și implementarea Strategiei naționale privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap;
– restructurarea instituțiilor rezidențiale de îngrijire.

Măsurile privind ocuparea pentru minoritatea romilor – Strategia Guvernamentală pentru Îmbunătățirea Situației romilor:
– oportunități economice și crearea de locuri de muncă salariale;
– îmbunătățirea accesului la toate nivelurile de educație;
– creșterea ratei de participare școlară a copiilor romi, în toate ciclurile de învățământ;
– creșterea numărul de persoane încadrate pe piața muncii prin programele de ocupare implementate de MMSSF/ANOFM;
– creșterea numărului de femei rome angajate.

1.8. Servicii de integrare a persoanelor vulnerabile pe piața muncii

Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, cu modificările ulterioare, vizează principiul accesibilității mediului public (Capitolul IV), stabilind și contravenții și sancțiuni pentru nerespectarea prevederilor legale.

Integrarea persoanelor cu dizabilități pe piața muncii

Conform Strategiei Naționale privind drepturile persoanelor cu dizabilități „O Românie echitabilă" 2022-2027,

316 autoritățile administrației publice au obligația de a monitoriza situația persoanelor cu dizabilități și de a facilita inserția pe piața muncii. Angajarea persoanei cu dizabilități se realizează pe piața liberă a muncii, la domiciliu și în forme protejate, respectiv loc de muncă protejat și unități protejate, reglementate prin legislația special. Angajatorii persoanelor cu dizabilități beneficiază de facilități fiscal și alte drepturi acordate în condițiile legii. Conform Legii 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, orice persoană cu dizabilități care dorește să se integreze sau să se reintegreze în muncă, are acces gratuit la evaluare și orientare profesională, indiferent de vârstă, tipul și gradul de handicap, are acces la informare și la alegerea activității, conform dorințelor și aptitudinilor sale. Beneficiază de orientare profesională persoana cu dizabilități care este școlarizată și are vârsta corespunzătoare în vederea integrării profesionale, persoana care nu are un loc de muncă, cea care nu are experiență profesională sau cea care, deși încadrată în muncă, dorește reconversie profesională.

Autoritățile publice au obligația să ia măsuri specifice:

– să promoveze faptul că persoana cu dizabilități încadrată în muncă reprezintă o valoare adăugată pentru societate;
– să promoveze un mediu de muncă deschis, incluziv și accesibil;
– să creeze condițiile și serviciile necesare pentru ca persoana încadrată în grad de handicap să poată alege forma de conversie/reconversie profesională și locul de muncă, în conformitate cu potențialul funcțional;
– să înființeze și să susțină complexe de servicii, formate din unități protejate autorizate și locuințe protejate;
– să inițieze și să dezvolte forme de stimulare a angajatorilor, pentru angajarea și păstrarea în muncă a persoanelor cu dizabilități, prin încurajarea acestora să își adapteze programul și normele de lucru;
– sprijin pentru organizarea unei piețe de desfacere pentru produsul muncii persoanei cu dizabilități;

– să diversifice și să susțină servicii sociale de consiliere;
– campanii de sensibilizare și conștientizare a angajatorilor, privind abilitățile persoanelor cu dizabilități;
– programe care stimulează creșterea participării pe piața muncii a forței de muncă din grupurile supuse riscului major de excluziune socială, angajare asistată;
– să promoveze serviciile de mediere pe piața munci;
– să realizeze/actualizeze baza de date, pentru evidențierea ofertei de muncă din rândul persoanelor cu dizabilități;
– să realizeze programe și proiecte de creștere a gradului de ocupare.

Pentru dezvoltarea potențialului de muncă, persoanele încadrate în grad de handicap grav, accentuat sau mediu, cu vârstă activă de muncă, care urmează programe de pregătire pentru muncă sau de angajare asistată sau activități de instruire, dezvoltare personală sau perfecționare a abilităților în cadrul atelierelor protejate pot beneficia, pe baza unei evaluări individuale, de un stimulent de inserție pe piața muncii, acordat la cerere, pe perioadă determinată, indiferent de venituri. Ministerul Educației stabilește măsuri de suport adițional adaptat nevoilor acestora, sprijinind accesul acestora în unitățile și instituțiile de învățământ superior și inițiază programe de educație permanentă a adulților cu dizabilități, asigurând sprijin privind implementarea lor.

Angajatorii persoanelor cu dizabilități beneficiază de următoarele drepturi:
– deducerea, la calculul profitului impozabil, a sumelor aferente adaptării locurilor de muncă protejate și achiziționării utilajelor și echipamentelor utilizate în procesul de producție de persoana cu dizabilități;
– deducerea, la calculul profitului impozabil, a cheltuielilor cu transportul de la domiciliu la locul de muncă, și a cheltuielilor cu transportul materiilor prime și produselor finite la și de la domiciliu;

– decontarea din bugetul asigurărilor pentru șomaj a cheltuielilor de pregătire, formare și orientare profesională și de încadrare în muncă, o subvenție de la stat (Legea 76/2002).

Autoritățile și instituțiile publice, persoanele juridice, publice sau private, care au cel puțin 50 de angajați, au obligația de a angaja persoane cu dizabilități într-un procent de cel puțin 4% din numărul total de angajați sau pot opta pentru una dintre *obligațiile*:

– să plătească, lunar, către bugetul de stat, o sumă reprezentând salariul de bază minim brut pe țară garantat în plată înmulțit cu numărul de locuri de muncă în care nu au angajat persoane cu dizabilități;
– să plătească, lunar, către bugetul de stat o sumă reprezentând echivalentul a minimum 50% din salariul de bază minim brut pe țară garantat în plată înmulțit cu numărul de locuri de muncă în care nu au angajat persoane cu dizabilități;
– să achiziționeze, pe bază de parteneriat, produse și/sau servicii realizate prin activitatea proprie a persoanelor cu dizabilități angajate în unități protejate autorizate, conform prevederilor legislației în domeniu, în vigoare.

Fac excepție de la obligațiile menționate anterior unitățile protejate autorizate înființate în cadrul organizațiilor persoanelor cu dizabilități, care pot desfășura și activități de vânzări și/sau intermedieri, cu condiția ca minimum 75% din profitul obținut să fie destinat programelor de integrare socioprofesională pentru persoanele cu dizabilități din organizațiile respective.

ANOFM sprijină persoanele cu dizabilități cu măsuri active de ocupare:

– subvenționarea angajatorilor pentru angajarea șomerilor, care necesită suport suplimentar pe piața muncii, inclusiv persoanelor cu dizabilități;
– subvenționarea angajatorilor pentru crearea sau adaptarea locurilor de muncă și angajarea persoanelor cu dizabilități;

– subvenționarea cheltuielilor de transport pentru șomerii cu dizabilități accentuate sau severe, care se angajează.

Angajatorii care nu au obligația legală de a angaja persoane cu dizabilități precum și cei care în raport cu numărul de angajați și-au îndeplinit obligația potrivit legii, de a încadra în muncă persoane cu dizabilități, și încadrează în muncă pe o perioadă nedeterminată, persoane încadrate în grad de handicap înregistrate la agențiile forței de muncă, beneficiază de subvenție lunară pentru fiecare persoană încadrată iar suma se acordă timp de 12 luni. Subvenția se acordă angajatorilor proporțional cu timpul efectiv lucrat de către persoanele astfel încadrate. Pentru perioada în care raporturile de muncă sunt suspendate, subvenția nu se acordă. Angajatorii care încadrează în muncă pe durată nedeterminată absolvenți persoanele cu dizabilități, primesc lunar, pentru fiecare absolvent, o sumă de 2.250 lei, timp de 18 luni, cu condiția să mențină raporturile de muncă ale acestora, cel puțin 18 luni. Angajatorii care mențin raporturile de muncă sau de serviciu cu absolvenții încadrați, primesc, pentru fiecare an de continuare a raporturilor de muncă sau de serviciu, un ajutor financiar egal cu suma aferentă contribuției asiguratorii pentru muncă datorate de angajatori pentru aceste persoane, conform legii (Legea 76/2002). Prin Legea 7/2023, se urmărește asigurarea exercitării dreptului la viață independentă a persoanelor adulte cu dizabilități, care include și promovarea perspectivelor de angajare a persoanelor adulte cu dizabilități, prin acțiuni de combatere a prejudecăților și îmbunătățirea accesului persoanelor cu dizabilități din centrele rezidențiale și din comunitate la sistemele de educație și sănătate.

Bibliografie

Aceleanu, M.I., Crețu, I.Ș., 2017, *Strategii si politici de ocupare în contextul pieței actuale a muncii*. București: Editura Academiei de Studii Economice din București

Guga, Ștefan, 2016, *Munca atipică în România. O perspectivă de ansamblu*. București: Next Publishing

Mocanu, C., Mihaela, M., Maer, M., Molea, R., Nastasa, A.M., Aldea, A.M., Zamfir, M., 2019, *Tineri pe piața muncii. Competețte, tranziții și beneficii*. București: Editura Universitară

Onica-Chipea, Lavinia, 2019, *Incluziunea socială prin integrareaîin muncă a tinerilor dezinstituționalizați. Perspectiva sociojuridică*. București: Prouniversitaria

Talpaș, P.M., 2018, *Politica ocupării forței de muncă*, format electronic la biblioteca UAB

Zamfir, A.M., Mocanu, C., Velciu, M., Grecu, L., 2019, *Dezavantaje și inegalități în educație și pe piața muncii*. București: Editura Universitară

Legislație și site-uri

Legea nr. 53/2003 - Codul Muncii – republicată

H.G.nr. 1460/2008 - Aprobarea Strategiei naționale pentru dezvoltare durabilă - Orizonturi 2013 - 2020 - 2030

HG nr. 490/2022 pentru aprobarea Strategiei naționale privind drepturile persoanelor cu dizabilități „O Românie echitabilă" 2022-2027

HG nr. 558 din 19 mai 2021 privind aprobarea Strategiei naționale pentru ocuparea forței de muncă 2021-2027 și a Planului de acțiuni pe perioada 2021 - 2027 pentru implementarea Strategiei naționale pentru ocuparea forței de muncă 2021-2027

Strategia națională pentru ocuparea forței de muncă 2021-2027 și a Planului de acțiuni pe perioada 2021-2027 pentru implementarea Strategiei naționale pentru ocuparea forței de muncă 2021-2027

Legea 76/2002 privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă, cu modificările și completările ulterioare

Legea 7/2023 privind susținerea procesului de dezinstituționalizare a persoanelor adulte cu dizabilități și aplicarea unor măsuri de accelerare a acestuia și de prevenire a instituționalizării
Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap
Legea Nr. 254/2013 privind executarea pedepselor și a măsurilor privative de libertate
Legea nr. 202/2006 privind organizarea și funcționarea ANOFM
https://data.gov.ro/dataset/programul-national-de-ocupare-a-fortei-de-munca-iunie-2023/resource/0c3f85e8-cf8c-417c-a115-6e164036e855.

2. Modele de practici comunitare în asistența socială

R.M. Ateșoae

Weil și Gamble (1995) au identificat **opt modele de dezvoltare comunitară**, fiecare reprezentând o abordare diferită prin care comunitățile pot fi mobilizate, dezvoltate și transformate. Aceste modele sunt valabile și astăzi, fiind adaptate contextelor locale și nevoilor specifice ale comunităților.

2.1. Organizarea vecinătății (*Neighborhood Organizing*)

Acest tip de dezvoltare comunitara își face apariția când cetățenii dintr-o comunitate stabilesc legături între ei pentru a duce o viață mai bună și pentru a-și întări comunitatea.

322 Organizarea vecinatății se concentrează în principal asupra mai multor aspecte:

a) construirea unei structuri reprezentative formate din persoane cu initiativă din comunitate care să identifice nevoile acesteia;
b) definirea de sarcini și asumarea lor de către membrii comunității;
c) dezvoltarea de abilități de către membrii comunității în vederea rezolvarii sarcinilor asumate (abilități de organizare și de conducere în special)

Printre caracteristicile acestui model remarcăm:

– accentul pus pe participarea cetățenilor,
– problemele abordate se referă la siguranța publică, infrastructura, servicii locale,
– activitățile tipice pot fi adunări de cartier, grupuri de inițiativă, advocacy la autorități.

Folosind acest model, putem schimba comunitatea cel mai bine dacă implicăm un mare număr de oameni la nivel local. Toți membrii comunității, mergând de la cei dezavantajați la cei care fac parte din structurile de putere, contribuie la identificarea și rezolvarea de probleme. Acest model pune accentul pe proceduri democratice, obținerea consensului, cooperare voluntară, dezvoltarea capacității de conducători a membrilor comunității și autoajutorarea.

Ca exemplu pentru acest model de dezvoltare comunitară poate fi organizarea unui grup de locuitori pentru a cere primăriei modernizarea iluminatului stradal.

2.2. Organizarea de comunități funcționale (*Functional Community Organizing*)

Acest model se referă la mobilizarea persoanelor care au un interes comun (nu neapărat geografic), cum ar fi profesia, religia,

etnia etc. Prima caracteristică a acestui model este faptul ca se concentreaza mai degrabă pe o comunitate funcțională și nu pe una geografică. O comunitate funcțională se referă la concentrarea pe o problema comună cum ar fi: drepturile persoanelor cu dizabilități, avortul, prevenirea infractionalității sau violența domestica. Punctul central al întregii organizări îl reprezintă lupta pentru dreptatea socială. Aceste forme de organizare pledează pentru schimbarea politicilor, comportamentelor și atitudinilor în legatura cu problema pentru care aleg să militeze. O astfel de formă de organizare poate, de asemenea dezvolta servicii pentru persoanele vulnerabile afectate de problema pentru rezolvarea căreia militează.

Comunitățile funcționale se implică și în educația întregii comunități în ceea ce privește problema aleasa de ele. Pe măsură ce comunitățile funcționale devin mai organizate, obțin o capacitate internă de construcție prin intermediul membrilor lor, care își îmbunătățesc cunoștințele privind problema care îi preocupă. O astfel de organizație se concentrează asupra sprijinirii cercetărilor, acțiunii publice, educației, dezvoltării de politici sau de servicii în ceea ce priveste problema aleasa de ea.

Exemple de astfel de modele pot fi organizarea unei rețele naționale a educatorilor pentru îmbunătățirea politicilor educaționale sau organizații ale părinților copiilor cu dizabilități.

2.3. Dezvoltarea economică și socială a comunității (*Community Economic and Social Development*)

Scopul acestui model este să îmbunătățească calitatea vieții și să ofere posibilități economice celor care locuiesc în comunități sărace sau oprimante. Accentul se pune pe organizarea unei comunități pornind de la organizarea într-o structură a membrilor ei, apoi dezvoltarea capacității de a se autoadministra și a se organiza singuri și abia pe urmă dezvoltarea și implementarea

planurilor de progres social și economic. De mare importanță în cadrul acestui model este folosirea structurii comunitare care s-a dezvoltat în aceste condiții vitrege pentru a-i convinge pe cei care dispun de resurse să investească în dezvoltarea socială și economică a comunității. O astfel de comunitate încearcă, de obicei, să convingă deținători de resurse cum ar fi consiliile locale și județene, fundații, bănci și investitori din afară să investească în ea. De asemenea, ele încearcă să-și pregătească membrii (alături de nonmembrii care trăiesc în comunitate) să se folosească de investițiile sociale și economice.

Printre caracteristicile modelului enumerăm: integrează strategiile economice cu nevoile sociale, sprijină antreprenoriatul local, crearea de locuri de muncă și cooperativele. Un exemplu elocvent este acela de înființare a unui incubator de afaceri pentru tineri șomeri într-o zonă defavorizată.

2.4. Planificarea socială (*Social Planning*)

Acest model are ca scop rezolvarea problemelor sociale prin analiza de date și planificare rațională.Abordarea este tehnocratică, bazată pe expertiză și pune accentul pe un proces tehnic de rezolvare de probleme și pornește de la premisa că schimbarea comunității într-un mediu complex și industrializat presupune profesioniști foarte pricepuți și pregătiți care pot ghida procesul complex al schimbării. Principalul rol al expertului este de a identifica și rezolva problemele sociale. Expertul este, de obicei, angajat de către un segment al structurii de putere, cum ar fi o agenție de dezvoltare regională, departamentul de strategie al consiliului local sau județean etc. Din acest motiv apare o tendință a asistentului social de a servi interesele structurii de putere. Se folosesc studii, statistici, analize pentru a formula politici și strategii. Un exemplu este elaborarea unui plan de combatere a sărăciei la nivelul unui municipiu, bazat pe studii socioeconomice.

2.5. Dezvoltare de programe și rețele comunitare (*Program and Community Network Development*)

Acest model vizează crearea de programe integrate și rețele de servicii care răspund nevoilor comunității. Obiectivul central în cadrul acestui model îl reprezintă conceperea și implementarea unui serviciu nou sau îmbunătățit de care comunitatea a hotărât deja că are nevoie. Intenția este de a interveni atât asupra finanțatorilor care asigură fondurile necesare nașterii acestor servicii, cât și asupra beneficiarilor lor. Finanțatorii sunt o țintă deoarece trebuie încurajați/convinși să asigure fondurile necesare și trebuie informați tot timpul de progresul înregistrat în implementarea serviciului nou sau revizuit. Beneficiarii sunt o țintă deoarece trebuie informați că sunt eligibili pentru un serviciu nou sau îmbunătățit. Rolurile probabile pe care și le va asuma asistentul social sunt cele de planificator, cel care se ocupă de scrierea proiectelor, mediator și facilitator în munca cu finanțatorii și cu beneficiarii. Pe măsură ce se conturează programul, asistentul social își poate asuma și alte roluri, cum ar fi cel de monitor, manager și evaluator, pentru a se asigura că programul este astfel implementat încât vor fi atinse scopurile pentru care a fost înființat serviciul.

În practică, fiecare asistent social este implicat ocazional la locul de muncă în planificarea și implementarea de servicii noi sau revizuite. Prin urmare, presupune colaborare între ONG-uri, instituții publice și comunități și are o abordare holistică – educație, sănătate, locuire etc. Rețelele de centre comunitare care oferă servicii de sănătate, consiliere și sprijin familial sunt un exemplu în acest sens.

2.6. Coaliții (*Coalitions*)

Scopul acestui model se referă la formarea de alianțe între organizații și grupuri pentru a avea un impact colectiv mai

mare. Coalițiile țintesc cel mai des finanțatorii care sunt încurajați să finanțeze servicii noi sau extinse, oficiali care ar putea să aprobe noi politici și instituțiile guvernamentale care pot acționa atunci când apare o nouă problemă, dar care adesea ezită să o facă.

În România, organizațiile neguvernamentale se organizează cu destul de mult succes în coaliții care caută să promoveze o imagine pozitivă sau care încearcă să influențeze legislativul în adoptarea unor legi în favoarea lor (cele referitoare la înființarea și funcționarea de asociații și fundații sau la sponsorizare). Coalitiile care au și misiune obținerea de servicii, dar și furnizarea lor se găsesc adesea în situația de a păstra cu mare greutate un echilibru între aceste doua roluri. Drept urmare, caracteristicile modelului sunt: cooperare între actori diverși: ONG-uri, autorități, biserici, sindicate etc., obiective comune pe termen mediu sau lung. O coaliție națională pentru combaterea violenței domestice, care include ONG-uri, instituții publice și profesioniști este un exemplurelevant.

2.7. Politici și acțiuni sociale (*Political and Social Action*)

Scop modelului este acela al schimbării politicilor publice sau a structurilor sociale percepute ca fiind injuste. Acest model pornește de la premisa că există un segment de populație dezavantajat (adesea oprimat) care trebuie să fie organizat, poate în alianță cu alte segmente, astfel încât să facă presiuni asupra structurilor de putere pentru a obține mai multe resurse sau pentru a fi tratat mai în concordanță cu democrația sau dreptatea socială. Mișcările care acționează în vederea obținerii schimbărilor sociale sau politice adesea încearcă să schimbe marile instituții, politicile de bază sau organizațiile formale. Scopurile acestor grupuri implică adesea o redistribuție a puterii și a resurselor. Spre deosebire de comunitățile unite descrise în alte

forme de dezvoltare comunitară, pentru aceste grupuri ținta schimbării este reprezentată de structura puterii sau de cei care li se opun. Fiind caracterizată prin orientare către justiție socială și drepturi civile, are drept tactici protestele, petițiile, advocacy. Un exemplu posibil este cel de campanie pentru schimbarea legii privind accesul persoanelor cu dizabilități în instituții publice.

2.8. Mișcările sociale (*Social Movements*)

O mișcare socială poate fi definită ca un efort organizat, care implică, de regulă, un număr mare de persoane reprezentând un segment extins al populației, având ca scop schimbarea unei legi, a unei politici sociale sau a unei norme sociale. Progresul către o societate mai echitabilă și mai justă este adesea însoțit de apariția și desfășurarea unor astfel de mișcări sociale. Scopul se referă, în consecință, la schimbări sociale fundamentale, pe termen lung, în valori, atitudini și politici. Un exemplu relevant este mișcarea feministă.

În concluzie, aceste modele nu sunt exclusive și, în practică, pot fi combinate. De exemplu, o mișcare socială poate include și o coaliție sau dezvoltare de rețele comunitare. Alegerea modelului depinde de:
– natura problemelor comunității;
– resursele disponibile;
– contextul social și politic.

În același timp, asistenții sociali care oferă servicii sociale în comunitățile locale trebuie să demonstreze un set variat de competențe pentru a aplica în practică unul dintre modelele diferențiate. Alice K. Johnson (1998), pe baza unei analize a literaturii de specialitate, a rezumat șase caracteristici ale modelelor bazate pe comunitate și a identificat gama de cunoștințe și abilități necesare pentru furnizarea serviciilor sociale la nivel local:

a) orientate spre cartier și familie – asistenții sociali trebuie să înțeleagă diferitele tipuri de comunități pentru a furniza servicii sociale bazate pe comunitate (inclusiv sprijin parental, sprijin peer-to-peer, vizite la domiciliu și „grupuri de sprijin", grupuri de sprijin bazate pe parohii), să dezvolte și să implementeze programe de sprijin (intervenții pentru familie, comunitate și copii), să răspundă nevoilor unice ale persoanelor și familiilor tinere aflate în situații de risc;

b) orientate spre punctele forte și împuternicire – lucrătorii comunitari trebuie să dezvolte și să furnizeze intervenții la nivel individual, interpersonal, organizațional și comunitar; să împuternicească familiile sărace, dezavantajate, precum și întreaga comunitate; să organizeze cartierele; să schimbe ordinea socială; să dezvolte leadership și competență culturală; să introducă conceptele de autoeficacitate și așteptări privind rezultatul, bazate pe ideile interacțiunii simbolice, învățării sociale, schimbului social etc.;

c) sensibilitate culturală și competență multiculturală – este adecvată în lucrul cu comunități etnice, minoritare, religioase și comunități de culoare; se propune aplicarea unui model feminist pentru înțelegerea diversității și conflictului, precum și pentru dezvoltarea unor modalități de a lucra cu acestea;

d) servicii cuprinzătoare – profesioniștii trebuie să știe cum să conecteze, coordoneze, negocieze și medieze relațiile și serviciile între agenții; să ofere management de caz, lucru de grup, activități de rețea, advocacy și construirea de coaliții; să combine ideile de servicii directe și modele de practică comunitară; să integreze toate aspectele metodelor tradiționale de asistență socială în timp ce acționează în beneficiul unei populații specifice aflate în risc și să asigure continuitatea în furnizarea serviciilor; să demonstreze abilități terapeutice, de intervenție individuală, interviu, lucru de grup și comunitar; să înțeleagă procesul de formare și dezvoltare a grupurilor de cartier; să organizeze rețele de îngrijire mutuală și să stabilească relații

între profesioniști, organizații, grupuri și sisteme naturale de sprijin;

e) crearea de rețele, advocacy și construirea de coaliții – să înțeleagă coalițiile și parteneriatele publice/private la nivel local, regional, național și internațional, pentru integrarea diverselor grupuri în scopul împuternicirii comunității; să furnizeze servicii de advocacy la cele trei niveluri ale practicii comunitare: advocacy de caz, de categorie (grupuri sociale) și tehnici de organizare;

f) acces la servicii și sprijin integrate – asistenții sociali ar trebui să cunoască structura și rolul sectorului public în furnizarea serviciilor, să acționeze în cadrul parteneriatelor public-privat emergente, să analizeze și să dezvolte politici și programe în domenii specifice (substituție și îngrijire de zi, intervenție în situații de criză etc.); să dezvolte și să proiecteze programe, să faciliteze coordonarea interinstituțională și să îmbunătățească gestionarea resurselor; să stabilească legături formale și informale între organizațiile furnizoare de servicii;

g) lucru în echipă și abilități de leadership – practicienii trebuie să știe cum să ofere consultanță, advocacy; să construiască o echipă interdisciplinară și să desfășoare activități de legătură comunitară în interiorul și în afara agenției, implicând membri ai echipei profesioniști și neprofesioniști; să ofere leadership; să aplice metode precum Delphi, tehnica grupului nominal, analiza câmpurilor de forță și managementul; să facă planificare și coordonare; să construiască coaliții; să strângă fonduri și să gestioneze bugete.

Bibliografie

Alexiu, M., Anastasoaei, T., 2001, *Dezvoltare comunitară*. Timișoara: Waldpress

Dan, A.-N., 2023, *Dezvoltare și schimbare socială: rezolvarea problemelor sociale prin programe și proiecte comunitare*. București: Tritonic

330 Dumitru, S., 2005, *Dezvoltare comunitară. Cercetare, practică, ideologie*. Iași: Polirom

Johnson, A., 1998, *The revitalization of community practice: Characteristics, competencies, and curricula for community-based services.* Journal of Community Practice, No. 5(3), pp. 37-62.

3. Tipuri de resurse și tipuri de capital în dezvoltarea comunitară

R.M. Ateșoae

Dezvoltarea comunitară este un proces cu scopuri multiple:

- educarea și motivarea oamenilor în a se ajuta pe ei înșiși;
- dezvoltarea leadershipului;
- crearea printre membrii comunității a conștiinței cetățeniei, a unei conștiințe civice;
- întărirea democrației la nivel local prin crearea și revitalizarea unor instituții ce pot servi ca instrumente pentru participare locală;
- inițierea unor procese de dezvoltare de durată;
- stimularea oamenilor astfel încât aceștia să stabilească și să mențină relații armonioase de cooperare;
- inițierea de schimbări în viața comunității cu un minim de stres și dezagregare.

Condiții ce facilitează dezvoltarea comunitară:

- Condiții care țin de comunitate
  a) Tipuri de resurse în dezvoltarea comunitară
  b) Tipuri de capital în dezvoltarea comunitară
- Condiții care țin de programele de dezvoltare comunitară.

3.1. Tipuri de resurse

1.Resurse naturale:
- pământ, apă și aer;
- minerale și metale de suprafață/subteran;
- petrol și gaze naturale;
- păduri și alte plante;
- viața sălbatică.

2.Resurse umane:
- familii și stiluri de viață sănătoase;
- capacitatea de a construi, a educa și a pregăti;
- planificarea carierei;
- legislație în domeniile drepturilor omului și dreptului muncii.

Exemple:
- lideri comunitari: persoane cu influență, viziune și capacitate de mobilizare;
- voluntari: cetățeni implicați care oferă timp și energie;
- specialiști: experți în educație, sănătate, economie, asistență socială etc.;
- cunoștințele și abilitățile membrilor comunității: experiențe personale, know-how local.

3.Resurse financiare:
- strângerea de fonduri și identificarea grant-urilor;
- băncile și alte instituții financiare;
- fonduri comunitare de împrumut și cercuri de ajutorare;
- acces la fondurile de capital și investiții;
- împrumuturi guvernamentale și programe finanțate;
- cooperative și alte forme de investire;
- politici și principii privind finanțarea împrumutului.

4.Resurse de infrastructură:
- structuri și construcții fizice;
- transport;
- sisteme de comunicații;

– sisteme electrice, hidrotehnice, canalizare, încălzire și curățenie.

O altă dimensiune se referă la sistemele politice și de conducere necesare pentru a sprijini o comunitate, cât și la politicile, standardele și legile din comunitate.

3.2. Tipuri de capital

1. Capitalul uman presupune pe de o parte capitalul educațional (nivelul de instrucție și toate deprinderile practice dobândite de individ prin școlarizare sau în practica de zi cu zi) și capitalul biologic (starea sănătății individului în cauză).

2. Capitalul vital se referă la populația comunității, la caracteristicile demografice ale acesteia (volumul populației, raportul populație tânără/populație în vârstă).Programele trebuie să țină cont de indicatorii demografici ai unei comunități încă de la elaborarea lor

3. Capitalul social se referă la totalitatea abilităților individului de a lucra și a se integra în grupuri sociale, având astfel acces la resursele controlate de alți indivizi din grup sau de întregul grup ca atare. Se referă la interacțiunile existente între oameni, relațiile de colaborare, ajutorare dar și la organizațiile existente în respectiva comunitate care dau oamenilor posibilitatea de a participa la proiecte comune și de a relaționa.

4. Capitalul material - resursele materiale existente în interiorul comunității ce pot fi folosite în diferite programe. El include surse financiare dar și spații care pot găzdui aceste programe, mici contribuții în natură pentru organizarea de întâlniri și altele.

5. Capitalul simbolic reprezintă orice formă de capital, utilizată în vederea obținerii de foloase nu prin schimbarea sa pentru aceste foloase, ci prin faptul că forma de capital în cauză conferă legitimitate posesorului în fața celorlalți.Ține de

valorile la care oamenii aderă, de credințele lor, de orientările pe care ei le au în viața social.

6. Capitalul regional vizează locul în care este situată comunitatea în care se dorește implementarea programelor de dezvoltare comunitară.

7. Capitalul fizic (sau infrastructural) se referă la bunurile fizice create de om, care susțin viața economică și socială. Exemple: drumuri, clădiri, rețele de utilități, echipamente. Rol: facilitează mobilitatea, accesul la servicii și dezvoltarea afacerilor.

8. Capitalul cultural reunește valorile, tradițiile, obiceiurile și identitatea comunității. Exemple: sărbători locale, artizanat, limba, credințele, patrimoniul cultural. Rol: consolidează identitatea comunității și coeziunea socială.

9. Capitalul politic reprezintă influența, reprezentarea și capacitatea de a participa la procesele decizionale. Exemple: acces la structuri decizionale, lideri politici locali, reprezentare corectă. Rol: permite comunității să-și apere interesele și să influențeze politicile publice.

10. Capitalul natural include resursele oferite de mediu și ecosistemul local. Exemple: păduri, ape, terenuri agricole, biodiversitate. Rol: oferă suport pentru agricultură, turism, calitatea vieții și sustenabilitate.

11. Capitalul spiritual (uneori inclus în capitalul cultural) reprezintă valorile morale, religioase și spirituale ale comunității. Exemple: biserici, grupuri religioase, credințe comune. Rol: oferă sens, coeziune și sprijin emoțional în comunitate.

Dezvoltarea resurselor umane este direct corelată cu construirea capacității comunitare. Construirea capacității comunitare (în engleză: community capacity building) este un proces esențial în dezvoltarea durabilă a unei comunități. Aceasta constă în dezvoltarea abilităților, resurselor, liderilor și instituțiilor care permit unei comunități să identifice problemele, să găsească soluții și să acționeze în mod colectiv pentru a-și îmbunătăți condițiile de viață.

Construirea capacității comunitare presupune:

a) Identificarea tipurilor de capital (capacității comunitare) de care dispune o comunitate reprezintă un pas important în cunoașterea comunității în vederea construirii unor programe care să aibă șanse de succes.

b) Pentru acele comunități cu o slabă capacitate, accentul trebuie pus pe construirea acestei capacități prin realizarea unor programe care inițial să solicite în mai mică măsură sau chiar deloc implicarea comunității, pentru ca, în timp, după acumularea unor experiențe pozitive de dezvoltare, să se treacă la proiecte care să implice forțe locale.

Ca beneficii ale construirii capacității comunitare menționăm:

– comunități mai autonome și mai reziliente;
– creșterea încrederii și coeziunii sociale;
– soluționarea mai eficientă a problemelor locale;
– îmbunătățirea calității vieții și a participării civice.

Bibliografie

Eversley, John, 2018, *Social and Community Development: An Introduction*. Macmillan Education UK

Field, J., 2008, *Social Capital* (Second edition). Oxon and New York, Routledge

Pop, L. M., coord., 2002, *Dicționar de politici sociale*. București: Expert

Voicu, Bogdan, 2007, „Capital uman", în Cătălin Zamfir (ed.), *Enciclopedia dezvoltării sociale,* Iași: Polirom.

4. Diagnoza și soluționarea problemelor sociale

C. Iftimoaei

4.1. Introducere

Societățile contemporane se confruntă permanent cu multiple probleme sociale, generate de transformările economice, politice, demografice și culturale. Aceste probleme, fie că iau forma sărăciei, a inegalităților, a excluziunii sau a violenței, afectează coeziunea socială și calitatea vieții, necesitând intervenții specializate. În acest context, diagnoza și soluționarea problemelor sociale reprezintă componente fundamentale ale practicii sociologice și ale asistenței sociale.

Diagnoza socială are rolul de a identifica, analiza și înțelege cauzele și consecințele problemelor sociale, oferind o bază științifică pentru elaborarea și implementarea politicilor publice. Fără o diagnoză riguroasă, intervențiile riscă să fie ineficiente sau să trateze doar simptomele, nu și cauzele profunde ale fenomenului anomic/disfuncțional/negativ.

Soluționarea problemelor sociale constituie componenta activă, orientată spre acțiune, a practicii sociale. Această componentă presupune un proces complex de planificare, implementare și evaluare a intervențiilor, care utilizează o combinație bine dozată de instrumente legislative, financiare, sociale, organizaționale și educaționale. Pentru soluționarea problemelor sociale este nevoie de colborarea dintre autoritățile publice, organizațiile neguvernamentale, companii, comunitățile locale. În acest sens, profesioniștii din domeniul asistenței sociale nu se limitează la sprijin direct, ci joacă și un rol strategic în *advocacy*, prevenție și mobilizare comunitară.

4.2. Definirea și relevanța unei probleme sociale

Problemele sociale sunt definite în literatura de specialitate ca situații, disfuncționalități sau procese care generează tensiuni și dezechilibre la nivelul societății și care afectează calitatea vieții indivizilor, securitatea socială și stabilitatea comunităților. Ele nu se reduc la dificultăți individuale, ci dobândesc o dimensiune colectivă, deoarece afectează un număr semnificativ de persoane sau produc consecințe cu impact comunitar și societal.

După cum subliniază Fuller (1938) și Blumer (1971), o problemă socială presupune existența unei situații percepute de către opinia publică sau de către actorii sociali ca fiind intolerabilă, injustă sau necesar de rezolvat prin intervenția autorităților. Din perspectiva lui Robert K. Merton, aceste probleme derivă adesea din „disfuncțiile sociale", adică acele efecte negative ale instituțiilor și structurilor sociale care împiedică buna funcționare a întregului sistem. Sociologul Cătălin Zamfir (1994) accentuează dimensiunea sistemică a problemelor sociale, corelându-le cu mecanismele de excludere și marginalizare.

Un exemplu paradigmatic este sărăcia – fenomen multidimensional, cu efecte atât la nivel individual, cât și la nivel societal. Atunci când riscul de sărăcie sau excluziune socială devine endemic, fenomenul capătă statutul unei probleme sociale majore, ce reclamă strategii naționale și politici publice coerente. În România, conform Eurostat (2025), aproximativ 27,9% din populație se afla în risc de sărăcie sau excluziune socială (indicatorul AROPE), ceea ce semnalează gravitatea fenomenului și nevoia unor intervenții structurate și multidimensionale.

Totodată, există probleme care par să afecteze doar un individ, dar care, în realitate, produc consecințe sociale mai largi. De exemplu, consumul cronic de droguri poate părea o dificultate personală, însă prin efectele sale – violență domestică, delincvență, deteriorarea relațiilor familiale – afectează familii întregi și comunități locale, devenind o veritabilă problemă

socială. Un șofer aflat sub influența drogurilor și/sau a băuturilor alcoolice, așa cum s-a întâmplat la Mangalia în vara anului 2023, a intrat cu mașina într-un grup de persoane, accidentând mortal două persoane și rănind alte trei. Astfel, numărul persoanelor afectate (amplitudinea) nu este singurul criteriu de definire a unei probleme sociaale; gravitatea consecințelor și impactul asupra relațiilor sociale sunt de asemenea definitorii.

Un alt aspect relevant este faptul că unele probleme sociale au un caracter latent. Fenomene precum sărăcia copiilor, abandonul școlar sau părăsirea timpurie a școlii pot să nu fie imediat vizibile pe agenda publică, chiar dacă afectează un număr considerabil de persoane și produc efecte pe termen lung. Absența recunoașterii publice întârzie intervenția instituțională și agravează consecințele sociale. Prin urmare, pentru profesioniștii în asistență socială, identificarea, analiza și diagnoza problemelor sociale reprezintă pași fundamentali în procesul de intervenție. Lipsa unor mecanisme instituționale de monitorizare și soluționare poate conduce la marginalizare, discriminare și excluziune socială, cu efecte cumulative asupra coeziunii sociale. În acest sens, rolul asistenței sociale este dublu:

- analitic prin capacitatea de a identifica și explica problemele sociale;
- practic prin formularea și implementarea de soluții, în parteneriate derulate cu autoritățile publice, organizațiile neguvernamentale și comunitățile locale.

Astfel, în contextul elaborării politicilor publice și al consolidării coeziunii sociale, diagnoza socială și intervenția planificată nu sunt doar etape tehnice, ci dimensiuni esențiale ale unei guvernanțe sociale responsabile.

4.3. Diagnoza problemelor sociale: dimensiuni, etape, metode

Diagnoza socială poate fi definită drept procesul sistematic de identificare, descriere și interpretare a unei probleme sociale, în scopul fundamentării unor măsuri de intervenție. Zamfir și Preda (2002) subliniază că diagnoza presupune atât analiza obiectivă a indicatorilor, cât și înțelegerea percepției actorilor sociali asupra fenomenului. Ea răspunde la trei întrebări esențiale: ce problemă există, care sunt cauzele ei, cine este afectat și în ce măsură?

Diagnoza socială are în vedere două dimensiuni complementare: dimensiunea obiectivă, măsurată prin indicatori statistici (sărăcie, șomaj, inegalitate, excluziune); dimensiunea subiectivă, exprimată prin percepțiile și reprezentările sociale ale cetățenilor și actorilor instituționali.

Procesul de diagnoză implică utilizarea unui ansamblu de metode cantitative (anchete sociologice bazate pe sondaje de opinie, analize statistice) și calitative (observația sociologică, întrevederile, interviurile, focus-grupurile). În diagnoza unei probleme sociale se poate utiliza și studiul de caz, care oferă posibilitatea de a urmări în profunzime modul în care se manifestă o problemă socială într-o comunitate. Analiza de politici publice evaluează eficiența programelor sociale existente și identifică lacunele instituționale (Stănescu, 2012), în timp ce analiza comparată permite identificarea de bune practici, prin raportarea situației din România la alte state europene.

Diagnoza problemelor sociale implică parcurgerea următoarelor etape:

- identificarea problemei sociale înseamnă efectiv observarea fenomenului sau situației cu efecte negative asupra indivizilor/comunității și aducerea la cunoștința autorităților publice, mass-media, ONG-uri, cetățeni;
- analiza problemei sociale (cauzele, factorii de influență, consecințele sociale, demografice, educaționale, economice etc.);

- delimitarea grupurilor afectate, a spațiului social și temporal în care se manifestă;
- prioritizarea problemei sociale, ceea ce implică stabilirea gradului de urgență și importanță în raport cu celelalte probleme sociale manifeste/intrate pe agenda publică;
- introducerea problemei sociale pe agenda publică;
- estimarea resurselor (umane, logistice, materiale) necesare pentru soluționare;
- conturarea soluțiilor/formularea scenariilor de intervenție (intervenție imediată, mediere, politici pe termen lung);
- anticiparea rezultatelor așteptate și a riscurilor.

4.4. Soluționarea problemelor sociale

Dacă diagnoza socială are rolul de a identifica, descrie și explica disfuncționalitățile din societate, procesul de soluționare a problemelor sociale reprezintă faza activă, orientată spre acțiune. El presupune trecerea de la cunoaștere la intervenție, de la analiza cauzelor la formularea și implementarea soluțiilor. În literatura de specialitate, soluționarea problemelor sociale este considerată o etapă esențială a practicii sociale, întrucât vizează atât diminuarea efectelor imediate, cât și prevenirea recurenței fenomenului.

Soluționarea nu se reduce la aplicarea unor măsuri punctuale, ci implică un proces complex și planificat, desfășurat în mai multe etape: recunoașterea și asumarea problemei, definirea obiectivelor, proiectarea planului de intervenție, implementarea măsurilor, monitorizarea și evaluarea rezultatelor, precum și adaptarea strategiilor la schimbările de context.

Procesul are la bază un cadru normativ și instituțional (legi, strategii, politici sociale), este susținut prin instrumente financiare, organizaționale și educaționale, și se realizează prin proceduri specifice de intervenție: asistență directă, prevenție, compensare, reintegrare, advocacy și mobilizare comunitară. În

ultimele decenii, soluționarea problemelor sociale a dobândit și o dimensiune tehnologică, prin utilizarea platformelor digitale și a bazelor de date sociale în monitorizare și managementul serviciilor.

Din perspectivă metodologică, soluționarea problemelor sociale reclamă o abordare interdisciplinară și un parteneriat extins între actori: autorități publice, organizații nonguvernamentale, mediul privat și comunități locale. Scopul final nu este eliminarea completă a problemelor sociale – o utopie în orice societate –, ci reducerea lor la un nivel gestionabil, prevenirea agravării și asigurarea coeziunii sociale.

Procesul de soluționare a problemelor sociale este considerat în asistența socială o etapă distinctă, ulterioară diagnozei. El presupune un lanț logic de intervenții care urmăresc reducerea, eliminarea sau prevenirea efectelor negative asupra indivizilor, grupurilor și comunităților. Etapele soluționării problemelor sociale sunt următoarele:

- recunoașterea și asumarea problemei care înseamnă acceptarea faptului că problema există și necesită intervenție (de către autorități, comunitate, organizații);
- stabilirea obiectivelor de intervenției – obiective generale (ex. reducerea sărăciei) și specifice (ex. scăderea ratei abandonului școlar cu 10% într-o regiune);
- proiectarea planului de intervenție care presupune alegerea unei strategii de lucru (prevenire, compensare, reintegrare), apoi planificarea resurselor (financiare, umane, instituționale) pentru intervenția socială efectivă;
- aplicarea efectivă a politicilor publice și programelor (ex. servicii sociale, prestații, programe educaționale), utilizarea de tehnici, instrumente și proceduri de asistență socială;
- monitorizarea și evaluarea planului de intervenție în asistența socială pentru a corecta eventualele disfuncții, pentru a doza resursele (umane, logistice și administrative, financiare) și pentru a evalua gradul de atingere a obiectivelor și a impactului asupra beneficiarilor;

- adaptarea politicilor și programelor în funcție de rezultate și de schimbările de context.

În soluționarea problemelor sociale apelăm la legislația în vigoare (ex. Legea asistenței sociale nr. 292/2011), strategii naționale, acte normative care stabilesc drepturi și obligații. Aceste documente furnizează instrumente economico-financiare (prestații sociale, subvenții, programe și proiecte cu fonduri guvernamentale sau europene), servicii sociale publice și private, centre comunitare, rețele interinstituționale. În acest sens, asistenții sociali colaborează cu sociologii și psihologii pentru derularea de campanii de informare-educare-conștientizare a persoanelor/grupurilor/comunităților, elaborează proiecte de intervenție, cursuri de formare profesionale, manuale de prevenție în familie, școală și comunitate.

În această activitățile de rezolvare/ameliorare a problemelor sociale sunt implicați atât profesioniștii serviciilor sociale, cât și voluntarii, angrenați în parteriate public-private (autorități publice centrale și locale, organizații neguvernamentale, companii, societatea civilă). În ultima perioadă, sunt utilizate frecvent tehnologiile digitale: platforme de monitorizare, baze de date sociale, aplicații pentru servicii sociale. Pentru influențarea politicilor publice se pot derula și campanii de advocacy și mobilizare comunitară.

Soluționarea problemelor sociale nu înseamnă doar aplicarea unor măsuri punctuale, ci presupune un proces complex de planificare, implementare și evaluare, susținut prin instrumente legislative, economice, educaționale și comunitare, cu scopul consolidării coeziunii sociale. Diagnoza și soluționarea problemelor sociale reprezintă două etape complementare ale aceluiași proces. Diagnosticul corect permite formularea de soluții realiste și adaptate contextului, în timp ce soluțiile eficiente reduc riscul perpetuării problemelor. Abordarea interdisciplinară și implicarea tuturor actorilor sociali – stat, comunități, organizații nonguvernamentale și sector privat – constituie condiții esențiale

 pentru succes. În final, problemele sociale nu pot fi eliminate complet, dar pot fi reduse și ținute sub control prin politici coerente și intervenții eficiente.

Tabelul 7.1. Comparație: diagnoza *versus* soluționarea problemelor sociale

Dimensiune	Diagnoza problemelor sociale	Soluționarea problemelor sociale
Obiectiv	Identificarea, descrierea și explicarea fenomenului social problematic	Reducerea, eliminarea sau prevenirea efectelor negative
Întrebări-cheie	Ce problemă există? Care sunt cauzele? Cine este afectat și în ce măsură?	Cum poate fi rezolvată problema? Ce măsuri și resurse sunt necesare?
Etape principale	Identificare → Analiză → Delimitare → Prioritizare → Agenda publică → Estimarea resurselor	Recunoaștere și asumare → Stabilirea obiectivelor → Plan de intervenție → Implementare → Monitorizare → Evaluare și adaptare
Metode	Analize statistice, anchete sociale, interviuri, studii de caz, analiza de politici publice	Programe sociale, servicii directe, campanii de prevenire, reintegrare, advocacy
Instrumente	Indicatori sociali, percepții, modele teoretice	Legislație, resurse financiare, servicii sociale, rețele instituționale, tehnologii digitale

Actori implicați	Cercetători, sociologi, asistenți sociali, instituții de statistică	Asistenți sociali, autorități publice, ONG-uri, comunități locale, voluntari, sector privat
Rezultat așteptat	Diagnostic corect și fundamentarea intervenției	Intervenții eficiente, politici publice coerente, coeziune socială consolidată

4.5. Diagnoza consumului de alcool în rândul tinerilor

Tabelul pe pagina următoare relevă faptul că fenomenul consumului excesiv de alcool nu poate fi abordat printr-o singură dimensiune de intervenție, ci presupune o corelare a mai multor niveluri de acțiune. Factorii identificabili – presiunea grupului, vulnerabilitățile economice și sociale, normele culturale permisive și accesibilitatea ridicată a produselor alcoolice – generează o varietate de consecințe la nivel individual și colectiv. În consecință, soluțiile formulate variază de la măsuri educaționale și de prevenție în școli, la reglementări fiscale și comerciale, servicii de sănătate specializate, sprijin comunitar și familial, precum și parteneriate interinstituționale.

Dependența de alcool afectează nu doar sănătatea individuală, ci și sectoarele socioeconomice importante, cum ar fi sănătatea, economia, justiția, educația și familia. Alcoolul contribuie la creșterea cazurilor de boli grave, cum ar fi afecțiuni hepatice și cardiovasculare, generând cheltuieli semnificative pentru tratamente și îngrijire pe termen lung. Consumul excesiv de alcool duce la pierderi de productivitate și costuri suplimentare pentru tratamente și accidente de muncă, afectând economia.

Tabelul 7.2. Diagnoza și soluționarea consumului de alcool în rândul tinerilor

Enunțarea și descrierea problemei	În 1990, Societatea Americană de Medicină a Dependenței a definit alcoolismul ca fiind o boala primară, cronică, fiind provocată de factori genetici (alcoolism în familie/alcoolism ereditar), psihosociali și de mediu, care influențează dezvoltarea și manifestările sale. Boala este progresivă și poate fi fatală.
Identificarea și analiza cauzelor care determină problema	Dependența de alcool se instalează după perioade variabile de consum constant. Se pare că unele persoane sunt mai predispuse la dependență, prin mecanisme complexe. La nivelul creierului, alcoolul afectează mai multe căi neuronale implicate în managementul stresului, al recompenselor, al formării obiceiurilor și luării de decizii. Cauzele care determină consuml de alcool: presiunea grupului, lipsa de informare, modele sociale permisive.
Descrierea grupurilor țintă afectate	• Tineri și adulți cu vârste cuprinse între 16-30 de ani; • Persoane cu traume sau istorii de abuz familial; • Persoane afectate de sărăcie, deprivare materială și socială severă. • Persoane care provin din gospodării cu intensitate scăzută a muncăă, fără calificare profesionale, din orașe monoindustriale sau zone rurale afectate de marginalizare și excluziune socială.

Analiza factorilor (sociali, demografici, economici, politici, culturali, de mediu) care influențează evoluția/impactul unei probleme	Normele sociale și presiunile grupului pot încuraja consumul excesiv de alcool. Sprijinul social este important, iar lipsa acestuia poate agrava problema. Tinerii sunt mai vulnerabili, iar istoricul familial de abuz crește riscul de dependență. Consumul de alcool la bărbați are o incidență mai mare decât la femei. Venitul scăzut și stresul economic pot duce la consum excesiv, iar accesibilitatea alcoolului influențează riscul de dependență. Politicile publice, precum reglementările privind vânzarea și publicitatea alcoolului, și subfinanțarea serviciilor de sănătate pot afecta prevalența dependenței. Alcoolul este adesea văzut ca un simbol al maturității sau statutului în multe culturi, ceea ce poate încuraja consumul excesiv. Mediile urbane și zonele afectate de instabilitate economică sau socială pot crește riscul de dependență de alcool.
Consecințele generate de nerezolvarea problemei	Consumul excesiv de alcool dăunează grav sănătății, fiind legat de 80% din sinucideri, 50% din crime, 30% din accidentele rutiere fatale și 15% din înecuri. De asemenea, contribuie la divorțuri și abuzuri asupra copiilor. Alcoolul favorizează apariția cirozei hepatice, afectează fătul în timpul sarcinii și este asociat cu cancerul mamar, al cavității bucale, esofagului și laringelui. Pe termen lung, provoacă hipertensiune, boli cardiace, disfuncții sexuale, demență, hepatită cronică, pancreatită și alte afecțiuni grave. Pe termen lung, abuzul de alcool poate genera multiple probleme, atât la nivel social, cât și în sănătate.

Soluții la problema consumului de alcool în rândul tinerilor	• campanii de educație și prevenție în școli; • limitarea publicității la alcool; • centre de tratament și reabilitare; consiliere psihologică și medicală; • creșterea accizelor, limitarea vânzării către minori și pe timp de noapte; • suport comunitar și familial; grupuri de sprijin; programe sociale integrate; • parteneriat interinstituțional și proiecte finanțate din fonduri europene.

Figura 7.1. Infografic privind consumul de acool (probleme-consecințe-soluții)

Costuri socioeconomice →	Cheltuieli sănătate, pierderi productivitate →	Parteneriate și proiecte europene
Impact social și familial →	Violență domestică, destrămare familii →	Sprijin comunitar și familial
Accesibilitate ridicată →	Prețuri reduse, distribuție largă →	Accize mari, restricții vânzare
Dependența la adulți →	Factori psihosociali, stres, genetic →	Tratament și consiliere
Consum excesiv la tineri →	Presiune grup, lipsă informare →	Educație și prevenție

Alcoolismul este asociat cu creșterea infracțiunilor, precum violența domestică și agresiunile, ceea ce presupune cheltuieli suplimentare pentru investigații și reabilitare. Alcoolul afectează structura familială, ducând la divorțuri și abuzuri, iar copiii din aceste familii riscă probleme comportamentale și performanțe școlare scăzute. Costurile sociale includ asistența pentru

familiile afectate și pentru persoanele fără adăpost, contribuind la marginalizare și excluziune socială.

Concluzie

Diagnoza și soluționarea problemelor sociale reprezintă două procese inseparabile în practica asistenței sociale. Prima oferă baza științifică necesară înțelegerii fenomenelor și identificării cauzelor, iar a doua presupune transformarea cunoașterii în acțiune, prin intervenții planificate și evaluate riguros. Pentru viitorii asistenți sociali, stăpânirea ambelor dimensiuni este esențială: diagnoza corectă previne intervențiile superficiale, iar soluționarea eficientă contribuie la reducerea riscurilor sociale și la consolidarea coeziunii comunitare. Înțelegerea acestui proces ciclic și aplicarea lui cu responsabilitate profesională constituie fundamentul unei practici sociale eficiente și etice.

Bibliografie

Chelcea, S., 2004, *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și calitative*. București: Editura Economică.

Mărginean, Ioan; Precupețu, Iuliana (coord.)., 2011, *Paradigma calității vieții*. București: Editura Academiei Române.

Neamțu, G., Stan, D., 2013, *Asistența Socială. Studii și aplicații*. Iași: Polirom.

Payne, M., 2011, *Teoria modernă a asistenței sociale*. Iași: Polirom.

Pop, L. (coord.), 2002, *Dicționar de politici sociale*, București: Expert.

Preda, Marian, 2002, *Politica socială românească – între sărăcie și globalizare*. Iași: Polirom; ed. a II-a, 2009

Rotariu, Traian; Iluț, Petru, 2006, *Ancheta sociologică și sondajul de opinie. Teorie și practică*. Iași: Polirom.

Zamfir, C., & Zamfir, E. (coord.)., 1995, *Politici sociale. România în context european*. București: Alternative.

348 Zamfir, E., & Stănescu, S. (coord.), 2007, *Enciclopedia dezvoltării sociale*. București: Polirom.

Zamfir, E., 2021, *Sărăcia și inegalitățile socioeconomice. Provocări pentru politicile sociale în România postdecembristă,* https://doi.org/10.46841/RCV.2021.03.07.

Zamfir, E., & Preda, M. (Eds.), 2000, *Diagnoza problemelor sociale comunitare. Studii de caz*. București: Expert.

5. Probleme sociale ale României după aderarea la Uniunea Europeană. Analiză și soluții

C. Iftimoaei

5.1. Introducere

Aderarea României la Uniunea Europeană a fost privită de majoritatea românilor cu speranța că multe din problemele socioeconomice cu care se confruntau își vor găsi rezolvarea sau măcar ameliorarea. Deși România a primit confirmarea politică a închiderii capitolelor de negociere în vederea aderării la UE la Consiliul European de la Bruxelles din decembrie 2004, au rămas o serie de restanțe în implementarea *aquis*-ului comunitar, în special la capitolele „justiție și afaceri interne", „economie și piața internă" considerate funcționale, dar necompetitive.

Aderarea României la UE devenită efectivă la 1 ianuarie 2007 a fost urmată de o serie de măsuri specifice pentru a

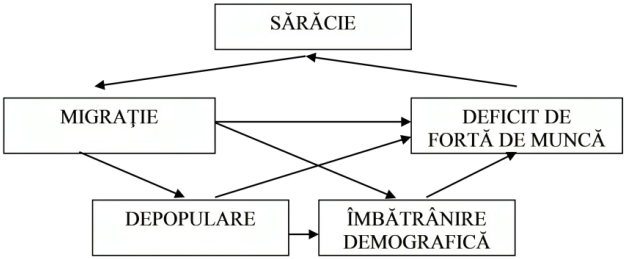
remedia anumite deficiențe în domenii ca siguranța alimentelor, gestionarea fondurilor pentru agricultură și dezvoltare rurală, reforma sistemului judiciar și lupta împotriva corupției. După o perioadă de consens politic relativ, generat de efortul din perioada pre-aderării la NATO și la UE (2003-2007), democrația românească a intrat într-un proces de „eroziune" marcat de conflictul din cadrul puterii executive, dintre președintele țării și primul-ministru.

Dacă în relația cu UE și NATO, prestația României este pe ansamblu apreciată, mai ales datorită contribuției experților români în afaceri europene și internaționale și a efortului în materie de apărare și securitate comună, pe plan intern s-au acumulat o serie de probleme sociale care afectează nu numai nivelul de trai al cetățenilor, ci chiar componentele socială și demografică ale securității naționale.

Sărăcia, șomajul ridicat, puterea de cumpărare scăzută din perioada premergătoare aderării la UE au determinat migrația masivă a cetățenilor români către țări cu economii solide și prospere în căutarea unui trai mai bun sau pentru oportunități socioprofesionale mult mai generoase decât în țara de origine. Odată cu eliminarea obligativității obținerii vizelor Schengen pentru călătoriile în spațiul comunitar, dar mai ales după aderarea la UE, migrația externă a românilor a explodat pur și simplu. În anul aderării la UE (2007), peste jumătate de milion de români au plecat în străinătate. Migrația este un fenomen sociodemografic puternic condiționat economic, sărăcia și precaritatea salarizării fiind printre cauzele determinante în zonele în care nu se manifestă alte probleme în genul conflictelor politice, militare etc.

Sărăcia determină migrația externă, migrația alimentează depopularea, iar depopularea accentuează îmbătrânirea demografică. Îmbătrânirea și emigrația reduc baza forței de muncă și slăbesc potențialul de creștere economică. Acest lanț cauzal creează un cerc vicios ce poate afecta pe termen lung dezvoltarea sustenabilă și securitatea socială a României.

Figura 7.2. Relații de cauzalitate între problemele sociodemografice



Scăderea natalității, migrația externă, îmbătrânirea populației au drept consecință reducerea segmentului populației active economic, cu vârste între 15 și 64 de ani, care formează forța de muncă a unei țări. Reducerea șomajului din ultimii ani s-a realizat și pe fondul migrației masive a forței de muncă, nu numai datorită cererii de forță de muncă într-o perioadă de creștere economică. Tot mai des, voci din sectorul privat reclamă „o criză a forței de muncă", deși rata de ocupare a populației în vârstă muncă este mult sub media Uniunii Europene. Cauzele acestei situații ar trebui căutate și în zona migrației sezoniere („de vară") care nu este măsurată de statistica oficială, în munca nefiscalizată („la negru"), precum și la segmentul de tineri care nu învață, nici nu muncesc (*non-employment, non-educational, non-training* – NEETs).

5.2. Cele mai grave probleme sociale ale României după aderarea la UE

Printre cele mai grave fenomene identificate în perioada post-aderare se află sărăcia și excluziunea socială, care afectează

nu doar grupurile tradițional vulnerabile, ci și categoriile active pe piața muncii („working poor"), precum și copiii și tinerii. Fenomenul NEET – tinerii care nu lucrează, nu urmează studii și nu participă la programe de formare profesională – accentuează riscul de marginalizare socială și economică a noii generații. În paralel, migrația externă masivă, stimulată de libertatea de circulație în spațiul european, a generat pierderi semnificative de capital uman, cu consecințe demografice și sociale pe termen lung, inclusiv prin fenomenul copiilor rămași acasă.

Îmbătrânirea populației, reflectată în creșterea ponderii vârstnicilor și în presiunile asupra sistemului de pensii și de sănătate, constituie o provocare structurală de anvergură. În domeniul educațional, persistă niveluri ridicate ale abandonului școlar timpuriu, rezultate modeste la evaluările naționale și internaționale și decalaje în accesul la educație de calitate. Probleme noi și emergente, precum consumul de droguri în rândul tinerilor, violența împotriva femeilor și fetelor sau maternitatea la vârste fragede, s-au adăugat paletei de dificultăți sociale.

În același timp, apar fenomene sociale asociate economiei digitale și globalizării: creșterea cheltuielilor pentru jocuri de noroc și adicții digitale, nivelul scăzut al competențelor digitale comparativ cu media europeană, precum și vulnerabilitatea crescută a populației la dezinformare și polarizare socială. Aceste tendințe reflectă atât deficitele de politici publice integrate, cât și tensiunile generate de tranziția către o societate interconectată, dependentă de tehnologie.

Ansamblul acestor probleme evidențiază faptul că dezvoltarea economică nu este suficientă în absența unor politici sociale coerente, bazate pe dovezi și pe o înțelegere complexă a dinamicilor sociale. Analiza lor oferă nu doar un tablou al vulnerabilităților României post-aderare, ci și un punct de plecare pentru definirea unor direcții strategice de intervenție în perspectiva anilor următori.

Cele mai grave probleme sociale ale României în perioada post-aderare la UE (2007–2025), pe baza rapoartelor Eurostat, INS, Banca Mondială, Comisia Europeană sunt următoarele:

– sărăcia și excluziunea socială, sărăcia în rândul copiilor și tinerilor, sărăcia celor care muncesc;
– tinerii care nu muncesc, nu învață, nu urmează forme de pregătire profesională;
– migrația externă amplificată după aderarea țării la UE;
– îmbătrânirea populației;
– abandonul școlar, părăsirea timpurie a școlii, rezultatele scăzute obținute la evaluările naționale;
– consumul de droguri în rândul tinerilor;
– violența împotriva femeilor și fetelor;
– maternitatea la mamele minore;
– creșterea cheltuielilor pentru jocuri de noroc și adicții digitale;
– fenomenul copiilor „rămași acasă" ai părinților plecați la muncă în străinătate;
– nivelul scăzut de competențe digitale;
– vulnerabilități crescute la dezinformare și polarizare socială.

5.3. Studiu de caz: problemele sociale ale copiilor aflați în dificulate

Condiția copiilor din România a reprezentat mult timp o problemă, mai ales în ceea ce privește copiii aflați în instituții. În anii '90, opinia publică a fost marcată de imaginile difuzate în presa națională și internațională, care prezentau centre rezidențiale învechite, cu sute de minori îngrijiți fără personal calificat, cu hrană insuficientă și privați de afecțiune. Primele intervenții ale organizațiilor neguvernamentale au constat în ajutoare constând în alimente și îmbrăcăminte, destinate sprijinirii copiilor din așa-numitele „case de copii".

O dificultate majoră a fost reprezentată de situația copiilor infectați cu HIV sau bolnavi de SIDA, mulți dintre ei

contaminați prin utilizarea instrumentarului medical din centrele de plasament și unitățile sanitare. Problema, negată de regimul comunist și ignorată de primele guverne de după 1989, a început să fie abordată abia în anii 2000, când Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului a beneficiat de expertiza organizațiilor internaționale, care au dezvoltat servicii sociale adaptate nevoilor acestui grup vulnerabil. Acești copii s-au confruntat mult timp cu stigmatizare, marginalizare și excludere socială, iar chiar și accesul la asistență socială elementară le era adesea refuzat din cauza fricii, lipsei de informare și a atitudinii lipsite de empatie din partea unor cadre medicale.

Sistemul de asistență socială și de protecția drepturilor copilului a cunoscut progrese semnificative după anul 2000, când Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului și Adopție a trecut din subordinea Ministerului Muncii și Protecției Sociale la Secretariatul General al Guvernului, semnalând astfel comunității internaționale că sprijinirea copiilor aflați în dificultate devenea o prioritate guvernamentală. Prin implementarea programelor naționale destinate îmbunătățirii condițiilor copiilor instituționalizați și prin sprijinul financiar acordat de Banca Mondială și Comisia Europeană, inclusiv prin Programul Phare 2003 – *Children First*, actorii din sistem au înțeles necesitatea unei transformări profunde, centrate pe respectarea „interesului superior al copilului".

La momentul aderării României la Uniunea Europeană, la 1 ianuarie 2007, sistemul de protecție a copilului era în proces de reformare: vechile instituții rezidențiale fuseseră închise, numărul copiilor aflați în ocrotire rezidențială era în continuă scădere, iar măsurile alternative de protecție deveniseră practice curente. Totodată, erau funcționale serviciile sociale adaptate nevoilor copiilor cu dizabilități și se dezvoltau programe dedicate integrării socioprofesionale a tinerilor care părăseau sistemul de plasament la împlinirea vârstei majoratului sau după finalizarea studiilor.

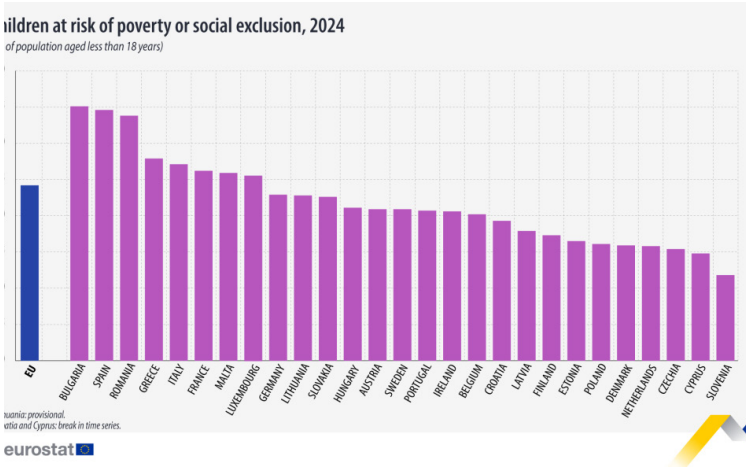
Transformarea condiției copilului aflat în dificultate a fost posibilă și datorită contribuției majore a organizațiilor

neguvernamentale, precum World Vision România, Fundația Serviciilor Sociale Bethany, Holt International Children Services, Asociația „Alternative Sociale", Organizația „Salvați Copiii", Children on the Edge, Fundația „Alături de Voi" România, Fundația „Star of Hope" și multe altele. Dacă odinioară, în „casele de copii", activau doar infirmieri, asistenți medicali, personal administrativ și, sporadic, câte un medic, în prezent sistemul de protecție a copilului dispune de specialiști precum asistenți sociali, psihologi, psihopedagogi, logopezi, sociologi și pediatri dedicați sprijinirii copiilor vulnerabili.

Între 2023 și 2024, procentul copiilor expuși riscului de sărăcie sau excluziune socială în Uniunea Europeană a scăzut ușor, de la 24,8% la 24,2%, arată datele Eurostat. În 2024, 24,2% dintre copiii sub 18 ani din UE erau expuși riscului de sărăcie sau excluziune socială, comparativ cu 20,3% dintre persoanele cu vârsta de 18 ani și peste. La nivel național, cele mai ridicate rate s-au înregistrat în Bulgaria (35,1%), Spania (34,6%) și România (33,8%). La polul opus, cele mai scăzute valori au fost raportate în Slovenia (11,8%), Cipru (14,8%) și Cehia (15,4%). Cea mai mare creștere a sărăciei în rândul copiilor a fost înregistrată în Finlanda, cu +3,5 puncte procentuale, urmată de Croația (+2 pp), Belgia și Bulgaria (+1,2 pp fiecare). În schimb, scăderi semnificative s-au observat în România (-5,2 pp), Irlanda (-3,7 pp) și Ungaria (-3,3 pp). Italia a fost singura țară din UE care nu a înregistrat nicio modificare, menținându-se la 27,1%.

O altă problemă cu care se confruntă copiii din România este plecarea părinților la muncă în străinătate. Acești copii privați de afecțiune și supraveghere se confruntă cu riscuri sporite precum abandonul școlar, izolarea socială și dezvoltarea unor probleme emoționale sau de comportament. Absența ambilor părinți ori a reprezentanților legali duce, de asemenea, la restrângerea accesului acestor copii la servicii medicale și educaționale, la protecție juridică și la sprijin social.

Figura 7.3. Riscul de sărăcie sau excluziune socială în rândul copiilor (2024)



5.4. Concluzie

După aderarea la Uniunea Europeană, România a cunoscut transformări importante în plan instituțional și social, însă multiple probleme persistă și continuă să afecteze dezvoltarea sustenabilă și coeziunea socială. Fenomene precum sărăcia, migrația externă, îmbătrânirea demografică, excluziunea socială a tinerilor și vulnerabilitatea copiilor rămași în grija rudelor sau a statului arată că integrarea europeană, deși benefică, nu a fost suficientă pentru a elimina decalajele structurale. Reforma sistemului de protecție a copilului, sprijinită de organizații internaționale și de ONG-uri, rămâne unul dintre puținele exemple de politică socială cu rezultate vizibile. Totuși, reducerea inegalităților și consolidarea securității sociale reclamă politici coerente, investiții în capitalul uman și adaptarea permanentă la noile riscuri și realități demografice și economice.

Bibliografie orientativă

Iftimoaei, C. & Gabor, V.-R., 2025, *Barometrul economiei sociale Tendințe, dinamici și provocări în sectorul economiei sociale din România*. Raport tehnic, http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.10124.42886.

Iftimoaei, C., Achiței A., 2023, *The Employment of People with Disabilities: public policies, assistive technologies, reasonable accommodations*, Scientific Annals of „Alexandru Ioan Cuza" University of Iasi. (New Series) Sociology and Social Work Section - XVI Volume, No.1/2023.

Iftimoaei, C., Gabor, V.-R. Baciu, I.-C., 2022, *Statistical Coordinates of Youth's Living Standards in Romania. A Comparative Analysis in the EU27*, Romanian Statistical Review No.4/2022.

Iftimoaei, C., Gabor, V.-R. Baciu, I.-C., 2021, *Typologies of Poverty in EU-28 Before COVID-19 Pandemic. A Multivariate Statistical Analysis*, Romanian Statistical Review, No.4/2021.

Iftimoaei, C., 2021, *Aspecte sociodemografice privind calitatea vieții din mediul rural*, în vol. coord. Sebastian Brumă și Codrin-Dinu Vasiliu, *Agro-Economie și Antropologie Rurală*, Cluj-Napoca, Presa Universitară Clujeană, pp. 39-55.

Iftimoaei, C., 2019, *Probleme sociodemografice în România după aderarea la Uniunea Europeană* în vol. Teodor Păduraru et. al. (coord.), Dezvoltarea Economico-Socială Durabilă a Euroregiunilor și a Zonelor Transfrontaliere, vol. XXXV, Iași: Performantica, pp. 256-275.

Neamțu, G., Stan, D., 2013, *Asistența Socială. Studii și aplicații*. Iași: Polirom.

Payne, M., 2011, *Teoria modernă a asistenței sociale*. Iași: Polirom.

Pop, L. (coord.), 2002, *Dicționar de politici sociale*. București: Expert.

Preda, M., 2002, *Politica socială românească între sărăcie și globalizare*. Iași: Polirom.

Zamfir, C., & Zamfir, E. (coord.), 1995, *Politici sociale. România în context european*. București: Alternative.

Zamfir, E., & Stănescu, S. (coord.), 2007, *Enciclopedia dezvoltării sociale*. București: Polirom.

6. Sărăcia și excluziunea socială: definiție, dimensiuni, indici și indicatori

C. Iftimoaei

6.1. Introducere

Sărăcia reprezintă una dintre cele mai persistente probleme sociale la nivel global și național. Ea este strâns legată de inegalități, accesul la resurse și șansele de dezvoltare individuală și comunitară. Studierea sărăciei este esențială pentru formarea viitorilor asistenți sociali, întrucât înțelegerea cauzelor, formelor și mecanismelor de măsurare constituie fundamentul intervențiilor sociale eficiente.

În conformitate cu obiectivele de dezvoltare durabilă ale Agendei 2030 pe care România, în calitate de țară semnatară a acestui document ONU, se obligă să le ducă la îndeplinire figurează și eradicarea sărăciei sub toate formele: sărăcia cronică, de lungă durată, sărăcia copiilor, sărăcia femeilor, sărăcia persoanelor vârstnice, sărăcia din mediul rural sau din cartierele sărace ale orașelor. Combaterea sărăciei necesită implementarea unor politici economice și sociale active, bazate pe creșterea ocupării în muncă, pe creșterea veniturilor, inclusiv a salariaților din mediul privat. Solidaritatea în sărăcie nu este o soluție la problemele sociale și economice generate de pandemia de COVID-19. Economia trebuie să funcționeze, să se dezvolte, să crească pentru bunăstarea unui număr cât mai mare de oameni. În lumea de astăzi, sărăcia nu este o virtute. Poate doar pentru călugări, pustnici și alți oameni care o asumă în mod voluntar, ca stil de viață.

6.2. Definirea și operaționalizarea conceptului

Sărăcia este definită ca insuficiența sau absența resurselor materiale, financiare, educaționale și sociale necesare atingerii unui nivel minim de trai considerat acceptabil într-o societate. În literatura de specialitate se disting două forme principale: sărăcia absolută, care apare atunci când nu sunt satisfăcute nevoile fundamentale de hrană, adăpost și îmbrăcăminte; sărăcia relativă, care se referă la privarea materială raportată la standardele dominante de viață într-o societate. Sărăcia absolută indică lipsa resurselor pentru supraviețuire, pe când sărăcia relativă reflectă decalajele sociale. În practica asistenței sociale, ambele dimensiuni sunt utile: prima pentru identificarea urgențelor, a doua pentru reducerea inegalităților structurale. Din punct de vedere sociologic, sărăcia nu se rezumă la lipsa veniturilor, ci reflectă și excluziunea socială, accesul limitat la servicii de sănătate, educație sau cultură, precum și imposibilitatea participării active la viața comunității.

6.3. Măsurarea sărăciei: indicatori și surse de date

Pentru analiza și monitorizarea fenomenului sărăciei sunt utilizate două tipuri de metode: (1) metode sociologice bazate pe percepția subiectivă a indivizilor privind propria situație materială; (2) metode statistice care implică raportarea la un prag de sărăcie stabilit prin indicatori obiectivi.

În acord cu prevederile UE/EUROSTAT, în România, INS desfășoară cercetarea statistică ACAV care are ca principal obiectiv producerea datelor statistice necesare caracterizării nivelului de trai/condițiilor de viață ale populației și pentru evaluarea stării de sărăcie sau bunăstare: condiții de locuit, starea de sănătate, educație, ocuparea forței de muncă, venituri, dotarea locuinței cu diferite facilități și bunuri de folosință îndelungată etc.

Sfera de cuprindere a ACAV reunește toate persoanele cu domiciliul stabil în centrele de cercetare (urbane și rurale) selectate din toate județele țării și din Municipiul București. Fac obiectul înregistrării toți membrii gospodăriei, inclusiv persoanele plecate pe o perioadă îndelungată, dar nu mai mare de 6 luni, dacă acestea păstrează legătura cu gospodăria din care fac parte: elevii și studenți; muncitorii plecați la lucru; deținuții și arestații; persoanele spitalizate sau aflate temporar în sanatorii.

Unitatea de observare este gospodăria, definită ca un grup de două sau mai multe persoane care, în mod obișnuit, locuiesc împreună, au în general legături de rudenie, fac menajul în comun; persoana care nu aparține de o gospodărie și care declară că locuiește și se gospodărește singură este considerată gospodărie și inclusă în eșantion. Eșantionul anchetei este de circa 10.000 de locuințe din toate județele țării; baza de sondaj o reprezintă „Eșantionul Multifuncțional de Zone Teritoriale" (EMZOT). Colectarea informațiilor se face prin interviu „face-to-face" la domiciliul gospodăriilor supuse observării, pe baza a trei formulare de chestionar: (1) mapa gospodăriei; (2) chestionar gospodărie; (3) secțiune complementară – modul sănătate.

Un indicator central în analiza sărăciei este pragul de sărăcie relativă, care se stabilește la nivelul de 60% din valoarea medianei veniturilor disponibile pe adult-echivalent. De exemplu, în anul 2023, pentru România, pragul sărăciei relative era de 19.433 lei pentru pe o persoană într-un an, ceea ce înseamnă un venit mediu lunar pe adult echivalent de 1619 lei pentru o persoană/lună.

Rata sărăciei relative se definește ca fiind ponderea persoanelor sărace în totalul populației. Se consideră sărace persoanele din gospodăriile care au un venit disponibil pe adult-echivalent mai mic decât nivelul pragului de sărăcie. Estimată pe baza veniturilor totale disponibile, exclusiv contravaloarea consumului din resurse proprii ale gospodăriei, rata sărăciei relative a fost în anul 2023 de 21,1%, în scădere cu numai 0,1 puncte procentuale față de anul precedent.

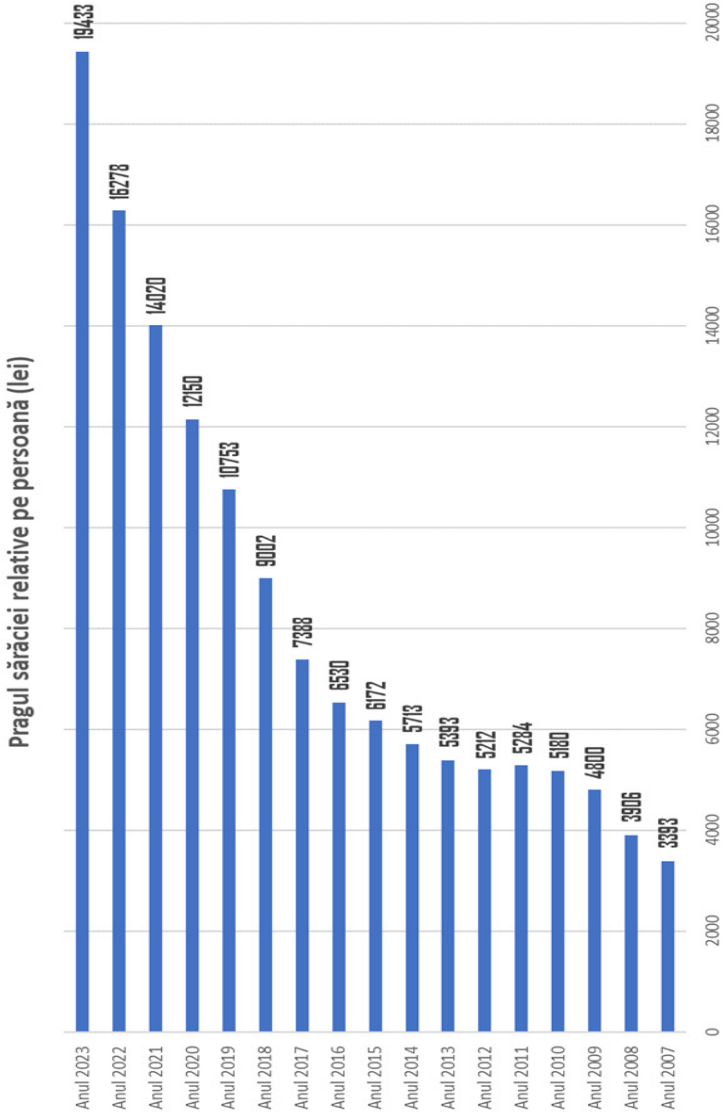
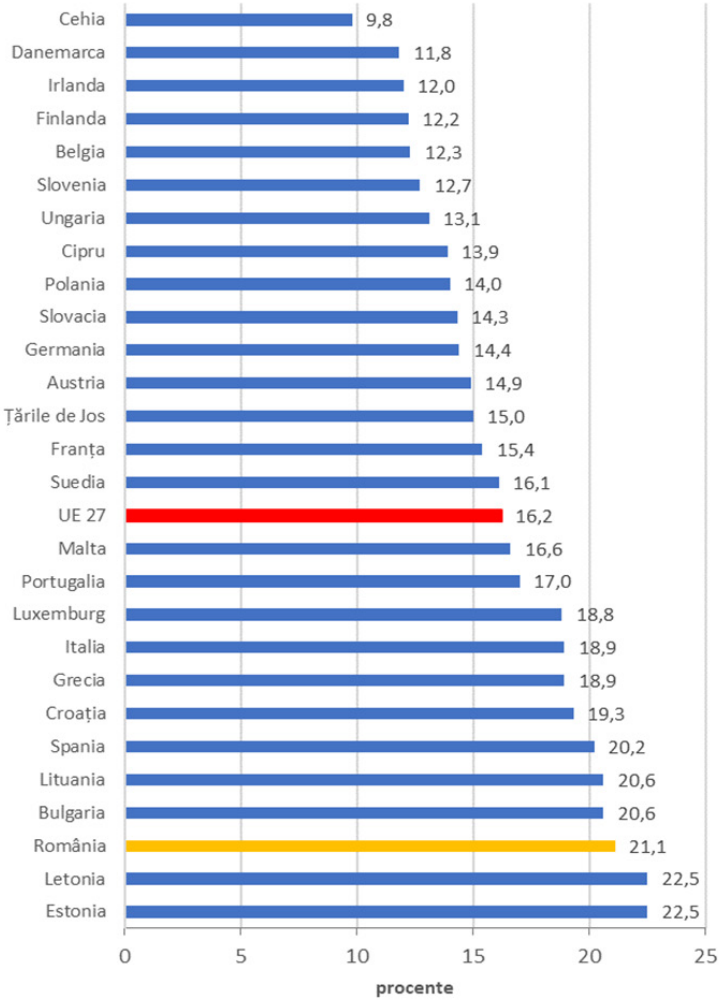


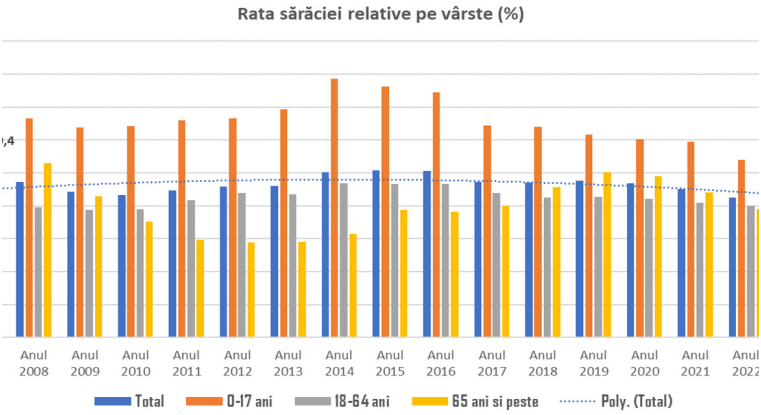
Figura 7.4. Pragul sărăciei relative pe persoană (lei)

Figura 7.5. Rata sărăciei relative, România în context european



În valori absolute, numărul persoanelor sărace a fost, în anul 2023, de 3970 mii persoane, mai puține cu 59 mii persoane față de anul 2022. Rata sărăciei pe sexe a fost în 2023 mai ridicată în rândul bărbaților cu 0,5 puncte procentuale decât în rândul femeilor (21,3% față de 20,8%). Cea mai înaltă incidență a sărăciei s-a întâlnit în rândul persoanelor de 0-17 ani (29,6%) și a celor de 18-24 ani (24,0%).

Figura 7.6. Rata sărăciei relative pe categorii de vârstă



Rata sărăciei persoanelor care trăiau în gospodării cu minori și tineri de 18-24 ani dependenți a fost 25,1% în anul 2023, mai mare cu 9,1 puncte procentuale decât cea a persoanelor care trăiesc în gospodării fără minori și tineri dependenți.

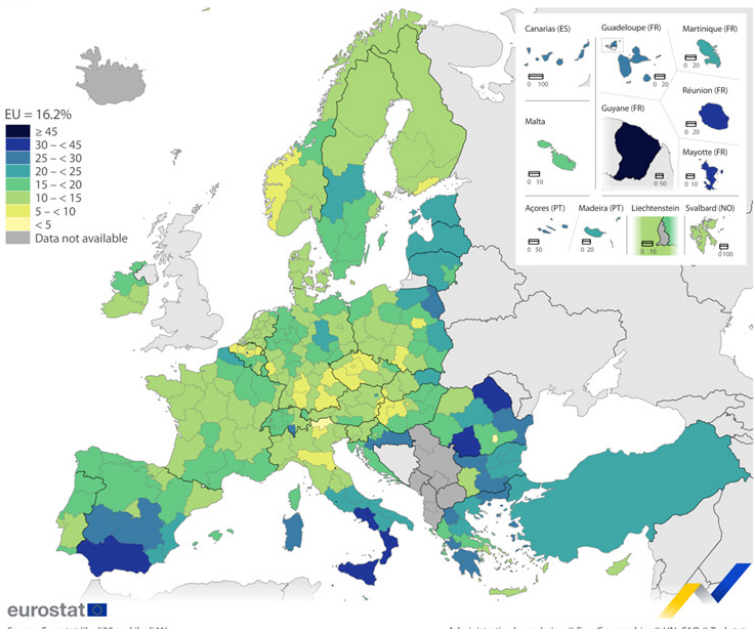
Cea mai puțin săracă regiune din România este regiunea București-Ilfov (2,1%), iar cea mai săracă regiune este Nord-Est (31,4%), fiind urmată la o diferență mică de regiunea Sud-Vest Oltenia (31,3%).

Tabelul 7.3. Rata sărăciei relative pe regiuni (Institutul Național de Statistică, 1998-2028)

Regiuni de dezvoltare	Perioade	
	Anul 2007	Anul 2023
	UM: procente	
	Procente	Procente
Total	24,6	21,1
Regiunea Nord-Vest	20	14,7
Regiunea Centru	18,2	24
Regiunea Nord-Est	36,6	31,4
Regiunea Sud-Est	30,2	26,8
Regiunea Sud-Muntenia	26,8	19,3
Regiunea București-Ilfov	8,9	2,1
Regiunea Sud-Vest Oltenia	36,9	31,3
Regiunea Vest	9,8	16,5

La nivelul UE, nouă regiuni aveau o pondere a persoanelor expuse riscului de sărăcie variind de la 30,0% la 44,9%. Aceste regiuni includ în mod specific unul dintre departamentele de peste mări ale Franței (La Réunion), 2 dintre orașele autonome ale Spaniei (Ciudad de Ceuta și Ciudad de Melilla), o regiune din Spania (Andalucia), 3 regiuni din Italia (Campania, Calabria și Sicilia) și 2 regiuni din România (Nord-Est și Sud-Vest Oltenia).

Figura 7.7. Persoane în risc de sărăcie în regiunile UE (2023)



6.4. Direcții de acțiune pentru prevenirea și combaterea sărăciei

În cadrul Strategiei naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2022–2027, direcțiile de acțiune sunt structurate pe patru obiective strategice majore, fiecare orientat către combaterea multidimensională a sărăciei și a excluziunii sociale.

Un trai decent pentru toți cetățenii. Primul obiectiv strategic vizează asigurarea unui trai decent pentru toți cetățenii. Accentul cade pe garantarea accesului universal la servicii de asistență socială, indiferent de localitate, pe actualizarea Indicatorului Social de Referință și a cuantumului beneficiilor sociale, precum și pe consolidarea sistemului de pensii și pe promovarea

salariilor decente. De asemenea, sunt incluse măsuri pentru prevenirea polarizării sociale și a segregării economice și spațiale, pentru accesibilizarea informațiilor publice și pentru dezvoltarea parteneriatelor public–private menite să sprijine incluziunea.

Investiții sociale pentru coeziune. Al doilea obiectiv strategic are ca prioritate investițiile sociale în educație și coeziune socială. Direcțiile de acțiune includ dezvoltarea și consolidarea programelor de burse, extinderea accesului la educația timpurie, în special pentru copiii din medii vulnerabile, și creșterea capacității școlilor de a răspunde diversității. Strategia pune un accent deosebit pe prevenirea abandonului școlar și pe asigurarea unui mediu educațional sigur, tolerant și incluziv, condiții esențiale pentru reducerea decalajelor educaționale și prevenirea transmiterii intergeneraționale a sărăciei.

Protecție socială pe parcursul ciclului de viață. Cel de-al treilea obiectiv strategic urmărește protecția socială pe parcursul ciclului de viață. Acțiunile planificate vizează creșterea accesului la locuințe și servicii de bază sigure și accesibile, extinderea fondului de locuințe sociale pentru tineri și grupuri vulnerabile, precum și reducerea segregării rezidențiale. Totodată, sunt prevăzute măsuri pentru dezvoltarea serviciilor sociale comunitare, eliminarea discriminării și promovarea incluziunii sociale în zonele marginalizate.

Îmbunătățirea capacității administrative. Al patrulea obiectiv strategic se concentrează pe îmbunătățirea capacității administrative în implementarea politicilor sociale. Aceasta presupune consolidarea proceselor de planificare strategică și monitorizare, digitalizarea serviciilor sociale, sincronizarea politicilor naționale cu cele europene, implicarea directă a beneficiarilor și a societății civile, precum și dezvoltarea unui dialog constant cu sectorul privat. În plus, se promovează participarea activă a copiilor și tinerilor la procesele decizionale care îi privesc în mod direct.

Împreună, aceste direcții de acțiune configurează o abordare integrată care urmărește reducerea sărăciei și a excluziunii

sociale nu doar prin sprijin material imediat, ci și prin investiții în educație, locuire, servicii comunitare și prin modernizarea capacității instituționale.

6.5. Concluzii

Pentru viitorii asistenți sociali, înțelegerea conceptului de sărăcie presupune recunoașterea dimensiunilor sale multiple (economică, socială, culturală), capacitatea de a interpreta indicatorii statistici pentru diagnosticarea situațiilor de vulnerabilitate, integrarea cunoașterii teoretice în elaborarea și implementarea măsurilor de sprijin individual și comunitar. Astfel, analiza sărăciei nu este doar un exercițiu academic, ci o resursă practică indispensabilă pentru planificarea intervențiilor sociale orientate spre reducerea inegalităților și promovarea incluziunii sociale.

Bibliografie

Atkinson, A. B., 2019, *Measuring Poverty around the World*. Princeton University Press.

Banca Mondială, 2023, Romania – Poverty and Equity Brief, https://documents.worldbank.org.

Eurostat, 2025, *Statistics Explained: Poverty and social exclusion*, https://ec.europa.eu

Eurostat, 2025, *Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC): https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions

Guvernul României, 2022, *Strategia Națională privind Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei 2022–2027*, https://mmuncii.ro/j33/index.php/ro/minister-2019/strategii-politici-programe/6562-sn-incluziune-sociala-2022-2027.

Iftimoaei, C., Gabor, V.-R. Baciu, I.-C., 2022, *Statistical Coordinates of Youth's Living Standards in Romania. A Comparative Analysis in the EU27*, Romanian Statistical Review No.4./2022.

Iftimoaei, C., Gabor, V.-R. Baciu, I.-C., 2021, *Typologies of Poverty in EU-28 Before COVID-19 Pandemic. A Multivariate Statistical Analysis*, Romanian Statistical Review, No.4/2021.

Iftimoaei, C., 2021, *Aspecte sociodemografice privind calitatea vieții din mediul rural*, în vol. coord. Sebastian Brumă și Codrin-Dinu Vasiliu, *Agro-Economie și Antropologie Rurală*, Presa Universitară Clujeană, 2021, pp. 39-55.

Iftimoaei, C., 2019, *Probleme sociodemografice în România după aderarea la Uniunea Europeană* în vol. Teodor Păduraru et. al. (coord.), Dezvoltarea Economico-Socială Durabilă a Euroregiunilor și a Zonelor Transfrontaliere, vol. XXXV, Performantica, Iași, 2019, pp. 256-275.

Institutul Național de Statistică, 2025, *Ancheta privind calitatea vieții* (ACAV): https://insse.ro

Raport ONU, 2023, *Raport privind sărăcia globală*, https://www.un.org/development/desa/dspd/world-social-report

United Nations, 2015, *Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă*, https://sdgs.un.org/2030agenda

World Bank, 2025, *Bază de date globală despre sărăcie*, https://povertydata.worldbank.org

Zamfir, C., & Stănescu, S. M. (coord.), 2020, *Enciclopedia dezvoltării sociale.* Polirom.

7. Politici pentru reducerea sărăciei și creșterea incluziunii sociale în România

C. Iftimoaei

7.1. Introducere

Politicile publice sunt un ansamblu de decizii și acțiuni adoptate de autoritățile guvernamentale pentru a aborda probleme specifice din societate. Acestea implică identificarea unei probleme, formularea unor soluții, implementarea acestora și

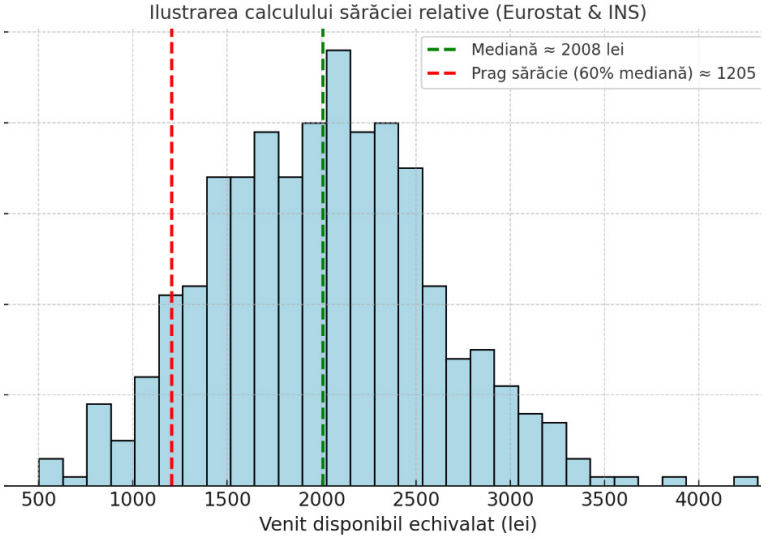
evaluarea impactului lor. Definiția poate varia în funcție de perspectiva teoretică, dar în general, politicile publice sunt elaborate și implementate de instituțiile guvernamentale cu scopul de a rezolva probleme sociale, economice, educaționale, de mediu, de securitate națională, se bazează pe resurse publice și pe mecanisme de reglementare, fiind rezultatul unui proces decizional complex, care implică factori politici, economici și sociali. Un exemplu de politică publică este reforma educației, care include măsuri precum modificarea curriculumului, finanțarea școlilor și formarea profesorilor.

Problema sărăciei și a excluziunii sociale reprezintă una dintre cele mai importante provocări cu care se confruntă societatea românească contemporană. După aderarea la Uniunea Europeană, România a făcut progrese semnificative în direcția alinierii politicilor sociale la standardele europene, dar decalajele persistente față de media Uniunii continuă să fie evidente. Sărăcia este un fenomen multidimensional, ce nu se rezumă doar la lipsa resurselor financiare, ci include și accesul limitat la educație, sănătate, locuire și participare socială. Incluziunea socială presupune asigurarea unor oportunități egale pentru toți cetățenii, astfel încât aceștia să își poată valorifica potențialul și să participe activ la viața comunității.

7.2. Disparități regionale privind sărăcia în România

Analiza fenomenului se realizează printr-o serie de indicatori statistici recomandați la nivel european. Indicatorul pe care în utilizăm este rata sărăciei relative furnizat de Eurostat și Institutul Național de Statistică, datele analizate fiind valabile pentru perioada 2015-2024. Rata sărăciei relative (*relative poverty rate*) reprezintă proporția persoanelor cu un venit disponibil echivalat sub 60% din venitul median național.

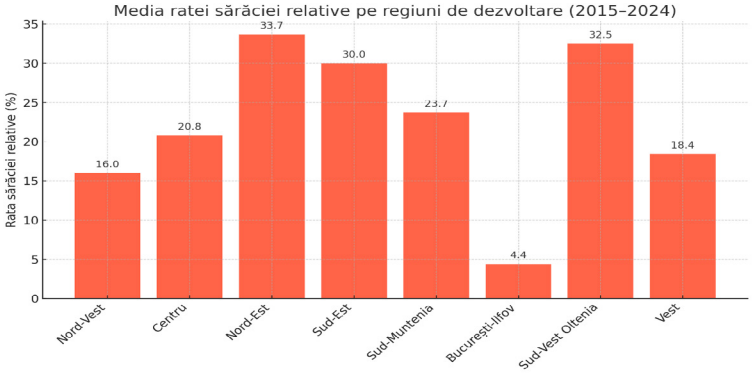
Figura 7.8. Ilustrarea calculului sărăciei relative (Eurostat & INS)



Ca metodă de calcul se utilizează venitul disponibil echivalat (după deducerea taxelor și adăugarea transferurilor sociale), ajustat la dimensiunea și structura gospodăriei (scala OCDE modificată). Accentul nu este pe lipsa absolută a resurselor, ci pe inegalitatea veniturilor și poziția relativă față de restul populației.

Analiza regională a sărăciei în perioada 2015-2024 indică existența unor regiuni cu sărăcie ridicată: regiunea Nord-Est: media sărăciei relative de 33,7% (cea mai mare), amplitudine 14,9 pp., variabilitate ridicată (dev. std. 4,6) și regiunea Sud-Vest Oltenia cu media sărăciei relative de 32,5%, dar amplitudine mică (4,9) și dev. std. scăzută (1,7). Cele două regiuni se confruntă cu sărăcie structurală, având un nivel constant ridicat, greu de redus prin politici conjuncturale. În aceeași categorie poate fi inclusă și regiunea Sud-Est cu media sărăciei 30% în perioada menționată, relativ stabilă (amplitudine 5,8, variabilitate redusă).

Figura 7.9. Rata sărăciei relative pe regiuni



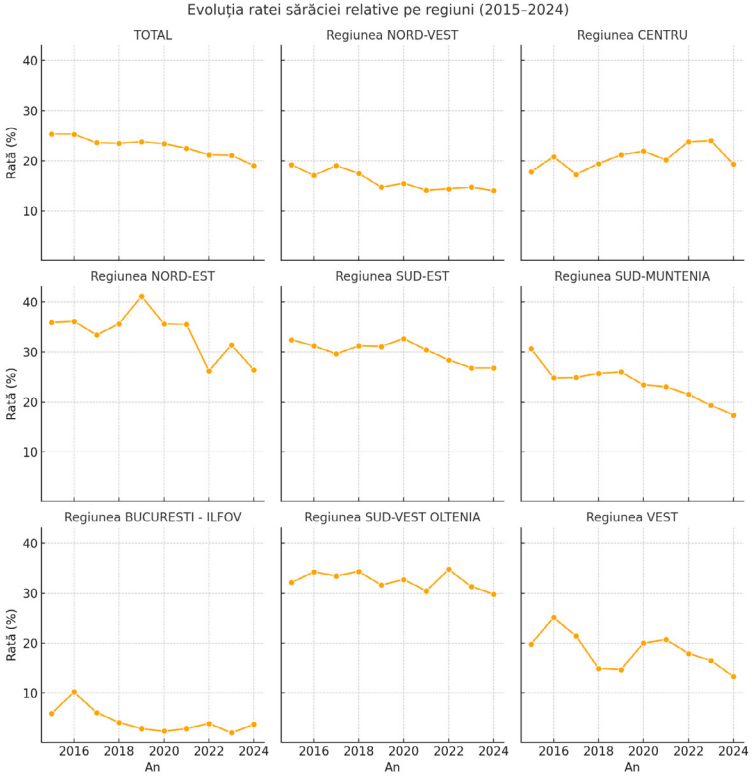
Din prelucrarea grafică de mai sus rezultă și o categorie de regiuni cu valori medii ale indicatorilor statistici analizați. Din această categorie fac parte regiunea Sud-Muntenia: media 23,7%, dar variații mari (amplitudine 13,2, coef. variație 15,7%), vulnerabilă la șocuri economice și sociale, regiunea Centru cu media sărăciei relarive de 20,8%, amplitudine 6,7, dispersie moderată. În aceeași categori intră și regiunea de Vest, având media sărăciei relative 18,4% pentru perioada 2015-204, dar cu o variabilitate ridicată (amplitudine 11,8, coef. variație 19,8%).

Cea de-a treia categorie se referă la regiunile care înregistrează valori reduse ale indicatorilor: regiunea Nord-Vest cu media 16%, relativ stabilă (amplitudine 5,2), regiunea București–Ilfov, care are cea mai mică valoare (media 4,4%), dar variabilitate extrem de mare (coef. variație 55%).

Analiza statistică indică disparități regionale majore: între cea mai puțin sărăcă/cea mai bogată regiune din țară, București–Ilfov (4,4%), și cea mai săracă regiunea din țară, Nord-Est (33,7%). Între cele două regiuni diferența este de aproape 8 ori. În regiunile estice și sudice se concentrează sărăcia structurală, cu dificultăți mari de reducere. Zonele vestice și nord-vestice au

valori sub media națională, dar nu sunt imune la oscilații conjuncturale. Capitala și Ilfovul confirmă polarizarea economică: prosperitate ridicată în ansamblu, dar inegalități interne vizibile.

Figura 7.10. Evoluția sărăciei relative. România în profil regional



7.3. Etapele formulării unei politici publice

O politică publică este un ansamblu coerent de decizii, măsuri și acțiuni asumate de autoritățile statului pentru a răspunde unei probleme de interes public. Elemente esențiale implicate în formularea politicilor publice sunt următoarele:

- instituțiile publice centrale sau locale (guvern, parlament, primării), în parteneriat uneori cu sectorul privat sau ONG-uri;
- identificarea și definirea problemei → formularea de opțiuni → adoptarea unei soluții → implementarea → monitorizarea și evaluarea rezultatelor;
- rezolvarea unei probleme sociale, economice, culturale sau de mediu recunoscută ca relevantă pentru societate;
- reglementări, programe, alocări bugetare, politici fiscale, servicii publice, campanii educaționale.

Un exemplu în acest sens este politica publică privind reducerea sărăciei în România presupune măsuri precum venitul minim de incluziune, extinderea serviciilor sociale, investiții în educația timpurie și locuințe sociale.

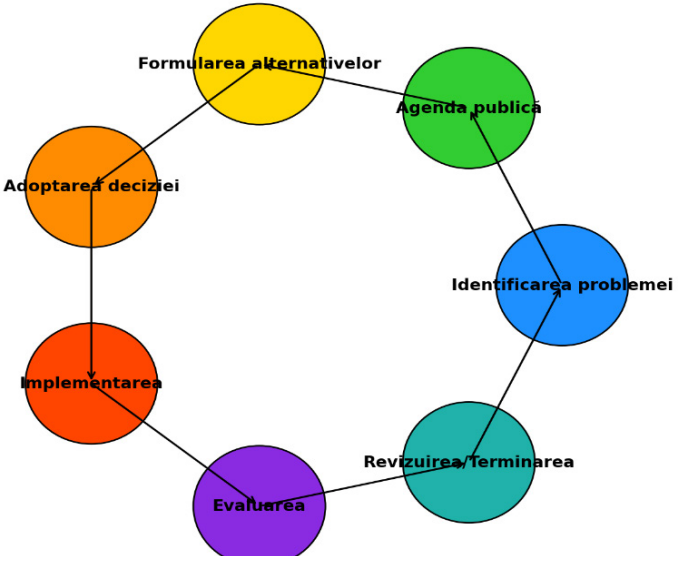
Etapele formulării unei politici publice sunt următoarele:

1. Identificarea și definirea problemei publice
   - Se recunoaște existența unei probleme care afectează un grup social sau întreaga societate.
   - Se colectează date și se formulează problema într-un mod care o face „rezolvabilă" prin politici publice.
   - Exemplu: rata mare a șomajului în rândul tinerilor este identificată ca problemă publică.
2. Plasarea problemei pe agenda publică (agenda-setting)
   - Nu toate problemele identificate devin politici publice. Doar acelea care atrag atenția guvernului, mass-mediei și societății intră pe agenda de priorități.
   - Exemplu: prin presiunea societății civile și a mass-mediei, șomajul tinerilor devine temă prioritară pentru guvern.

3. Analiza și formularea alternativelor de politică (policy formulation)
   - Se elaborează mai multe opțiuni de intervenție: reglementări, programe, subvenții, campanii.
   - Se evaluează avantajele și dezavantajele fiecărei opțiuni prin analiză de politici publice (cost-beneficiu, fezabilitate, impact).
   - Exemplu: subvenții pentru angajatori *versus* cursuri de formare profesională *versus* stimulente pentru antreprenoriat.
4. Adoptarea deciziei (policy adoption)
   - Factorii de decizie (guvernul, parlamentul, autorități locale) aleg una sau mai multe opțiuni.
   - Este faza în care politica publică primește un cadru normativ și instituțional.
   - Exemplu: Parlamentul votează o lege prin care se acordă subvenții angajatorilor ce recrutează tineri.
5. Implementarea politicii publice
   - Politica este pusă în aplicare prin instituții guvernamentale și resurse administrative.
   - Include alocarea fondurilor, organizarea programelor și monitorizarea procesului.
   - Exemplu: Ministerul Muncii implementează programul de subvenții prin agențiile de ocupare a forței de muncă.
6. Evaluarea politicii publice
   - Se analizează rezultatele și impactul: s-au atins obiectivele stabilite? Care sunt efectele neintenționate?
   - Se pot realiza evaluări ex-ante, de proces și ex-post.
   - Exemplu: după 3 ani, se evaluează dacă rata șomajului în rândul tinerilor a scăzut semnificativ.
7. Revizuirea politicii (policy revision)
   - Dacă politica nu a avut rezultate, poate fi ajustată sau chiar abandonată.
   - Procesul este ciclic: probleme noi apar constant și ciclul reîncepe.

- Exemplu: dacă programul de subvenții nu funcționează, guvernul poate decide să investească în educație digitală și formare profesională.

Figura 7.11. Ciclul politicilor publice



7.4. Politici europene și impactul lor în România

Uniunea Europeană a stabilit obiective clare în materie de reducere a sărăciei, inclusiv angajamentul de a scoate cel puțin 15 milioane de persoane din risc de sărăcie până în 2030. România, ca stat membru, este parte a acestui proces. Programele finanțate din fonduri europene au un rol esențial: Programul

Operațional Capital Uman (POCU) și succesorul său, Fondul Social European Plus (FSE+), finanțează proiecte destinate grupurilor vulnerabile. Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR) are și el o componentă socială importantă, vizând investiții în infrastructura socială și în educație.Monitorizarea progreselor se realizează prin Eurostat și prin mecanismul Semestrului European, care include recomandări specifice pentru fiecare stat membru.

Un exemplu de bună practică îl constituie proiectele POCU derulate în comunitățile marginalizate, care combină măsuri de educație, sănătate, ocupare și locuire. Acestea au contribuit la reducerea abandonului școlar și la crearea unor locuri de muncă în economia socială. Programele destinate integrării romilor sunt ilustrative pentru abordarea integrată a incluziunii sociale, combinând locuințe sociale, sprijin educațional și formare profesională. La nivel european, schemele de venit minim garantat din Franța sau Irlanda oferă modele care ar putea inspira îmbunătățiri ale sistemului românesc.

În ciuda progreselor, există dificultăți majore în implementare. Structurile instituționale sunt fragmentate, iar birocrația întârzie accesul la servicii. Disparitățile teritoriale sunt pronunțate: în multe localități rurale lipsesc centre sociale, medici de familie sau școli cu infrastructură adecvată. Un obstacol semnificativ îl constituie și stigmatizarea beneficiarilor de ajutoare sociale, care duce la reticență în accesarea programelor de sprijin. De asemenea, resursele financiare disponibile nu sunt întotdeauna utilizate eficient, iar rata de absorbție a fondurilor europene rămâne sub potențial.

Viitoarele politici ar trebui să fie integrate, adică să coreleze educația, ocuparea, sănătatea și protecția socială, evitând măsurile fragmentate. Digitalizarea serviciilor sociale poate asigura o mai mare transparență și o monitorizare eficientă a beneficiarilor. Economia socială și antreprenoriatul social reprezintă domenii insuficient valorificate, care pot contribui la crearea de locuri de muncă pentru grupurile vulnerabile. În plus, parteneriatul cu

organizațiile nonguvernamentale și cu sectorul privat este esențial pentru extinderea și diversificarea intervențiilor sociale. Un accent sporit trebuie pus pe eficiența utilizării fondurilor europene, prin proiecte sustenabile și cu impact măsurabil asupra comunităților.

România a elaborat documente strategice pentru combaterea sărăciei și creșterea incluziunii. Cel mai recent este Strategia Națională de Incluziune Socială și Reducere a Sărăciei 2022–2027, care stabilește obiective clare: reducerea numărului persoanelor aflate în risc de sărăcie, extinderea accesului la servicii sociale și consolidarea rețelei de suport pentru categoriile vulnerabile.

Un element de noutate îl constituie ***Venitul Minim de Incluziune***, aplicat din 2024, care înlocuiește ajutorul social și alocația pentru susținerea familiei, simplificând procedurile și oferind un sprijin mai bine direcționat. Politicile educaționale urmăresc reducerea abandonului școlar și sprijinirea participării copiilor din medii defavorizate la învățământul preuniversitar. Politicile de ocupare includ programe de formare profesională și măsuri de integrare a tinerilor pe piața muncii.

Serviciile sociale, dezvoltate la nivel local prin centre comunitare integrate, au rolul de a preveni marginalizarea și de a sprijini familiile aflate în dificultate. Cu toate acestea, acoperirea lor rămâne insuficientă în multe regiuni rurale.

7.5. Concluzii

Disparitățile regionale sunt pronunțate. Regiunea Nord-Est și zonele rurale concentrează cele mai ridicate rate de sărăcie, în timp ce București–Ilfov se situează sub media națională. Categorii vulnerabile distincte sunt copiii, vârstnicii singuri, romii, persoanele cu dizabilități și șomerii de lungă durată. Lipsa accesului la servicii sociale de calitate și la infrastructură adecvată accentuează aceste vulnerabilități.

Politicile pentru reducerea sărăciei și creșterea incluziunii sociale în România au evoluat în ultimele două decenii, sub influența cadrului european și a presiunilor interne. Deși s-au înregistrat progrese, România rămâne printre statele UE cu cele mai ridicate niveluri ale sărăciei și excluziunii sociale.

Consolidarea cadrului instituțional, extinderea serviciilor sociale și abordarea integrată a problemelor structurale reprezintă condiții esențiale pentru atingerea obiectivelor stabilite până în 2030. Lecția principală este că reducerea sărăciei nu poate fi realizată prin politici izolate, ci printr-o strategie coerentă, orientată către incluziunea activă a tuturor cetățenilor.

Bibliografie selectivă

Atkinson, A., 2015, Inequality: What Can Be Done? Harvard University Press.

Banca Mondială, 2023, Romania – Poverty and Equity Brief, https://documents.worldbank.org.

Eurostat, 2025, *Statistics Explained: Poverty and social exclusion*, https://ec.europa.eu

Guvernul României, 2022, *Strategia Națională privind Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei 2022–2027*, https://mmuncii.ro/j33/index.php/ro/minister-2019/strategii-politici-programe/6562-sn-incluziune-sociala-2022-2027.

Iftimoaei, C., Gabor, V.-R. Baciu, I.-C., 2022, *Statistical Coordinates of Youth's Living Standards in Romania. A Comparative Analysis in the EU27*, Romanian Statistical Review No.4./2022.

Iftimoaei, C., Gabor, V.-R. Baciu, I.-C., 2021, *Typologies of Poverty in EU-28 Before COVID-19 Pandemic. A Multivariate Statistical Analysis*, Romanian Statistical Review, No.4/2021.

Iftimoaei, C., 2021, *Aspecte sociodemografice privind calitatea vieții din mediul rural*, în vol. coord. Sebastian Brumă și Codrin-Dinu Vasiliu, *Agro-Economie și Antropologie Rurală*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, pp. 39-55.

Iftimoaei, C., 2019, *Probleme sociodemografice în România după aderarea la Uniunea Europeană* în vol. Teodor Păduraru et. al. (coord.),

Dezvoltarea Economico-Socială Durabilă a Euroregiunilor și a Zonelor Transfrontaliere, vol. XXXV, Iași: Performantica, pp. 256-275.

Neamțu, G., Stan, D., 2013, *Asistența Socială. Studii și aplicații*. Iași: Polirom.

Payne, M., 2011, *Teoria modernă a asistenței sociale*. Iași: Polirom.

Pop, L. (coord.), 2002, *Dicționar de politici sociale*, București: Expert.

Preda, Marian, 2002, *Politica socială românească între sărăcie și globalizare.* Iași: Polirom.

Sen, A.,1999, Development as Freedom. Oxford University Press.

UNICEF România, 2022, *Copiii și sărăcia: Raport de analiză*, https://www.unicef.org/romania/ro

Zamfir, C., & Zamfir, E. (coord.).,1995, *Politici sociale. România în context european*. București: Alternative.

Zamfir, E., & Stănescu, S. (coord.), 2007, *Enciclopedia dezvoltării sociale*. București: Polirom.

Autori

ROXANA – MARIA ATEȘOAE este lector universitar la Facultatea de Psihologie, Științele Educației și Asistență Socială din cadrul Universității Petre Andrei din Iași. Domeniile sale de interes sunt dezvoltarea comunitară, managementul programelor și proiectelor, politici publice. Are o vastă experiență în realizarea de proiecte europene ce vizează îmbunătățirea calității vieții persoanelor vulnerabile. Deține o experiență importantă în formularea și susținerea politicilor publice, contribuind la dezvoltarea și promovarea unor cadre legislative și strategice care vizează echitatea socială, incluziunea și justiția socială.

ALEXANDRU- IULIAN BODNARIU este lector universitar la Universitatea „Petre Andrei" din Iași, unde activează din 2002 și unde, din 2020, ocupă funcția de Director al Departamentului de Psihologie și Asistență Socială. A obținut titlul de doctor în Cibernetică și Statistică la Universitatea „Alexandru Ioan Cuza" din Iași, completându-și formarea cu un master în Managementul Administrării Afacerilor și o licență în Sociologie–Politologie.

Experiența sa profesională include activități academice de predare, coordonare a lucrărilor de licență și disertație, dar și implicarea în proiecte de cercetare naționale și internaționale, cu teme ce vizează dezvoltarea durabilă, educația, incluziunea socială, digitalizarea și politici publice. De asemenea, a avut roluri de expert, formator și coordonator de cercetare în proiecte finanțate prin programe europene (POCU, POCA, PNDR, PNRR, Horizon 2020).

Activitatea sa reflectă o preocupare constantă pentru corelarea cercetării academice cu practica socială și pentru dezvoltarea competențelor profesionale în domeniul asistenței sociale și al științelor socio-umane. Este membru al Societății Sociologilor din România și are competențe solide în analiza datelor, managementul educațional și dezvoltarea proiectelor interdisciplinare.

LIVIU CIOBANU este lector universitar la Facultatea de Psihologie, Științele Educației și Asistență Socială din cadrul Universității „Petre Andrei" din Iași. Este titular al disciplinelor Informatică socială, Informatică aplicată în Psihologie și Științe Politice, precum și Rețele sociale online și tehnologii web. A fost formator în mai multe proiecte europene, în cadrul cărora a susținut cursuri de Competențe digitale, Marketing digital și E-commerce, contribuind la formarea profesională a peste 500 de persoane.

Prin intermediul firmei Creativ Design, unde ocupă funcția de Manager în domeniul Tehnologiei Informației și Comunicațiilor, a coordonat dezvoltarea și implementarea unor soluții digitale complexe, incluzând site-uri de prezentare, platforme de comerț electronic și sisteme de e-learning. Activitatea sa a vizat colaborarea cu numeroase firme și instituții din Iași, acoperind o diversitate de domenii și contribuind la procesul de digitalizare organizațională.

LIVIA DURAC este prof. univ. dr. în cadrul Facultății de Psihologie, Științele Educației și Asistență Socială a Universității „Petre Andrei" din Iași și director al Departamentului pentru Pregătirea Personalului Didactic în cadrul aceleiași instituții. Este autoare a nouă volume (șase dintre acestea) la edituri acreditate MEdC/CNCSIS și a numeroase articole științifice în literatura de specialitate (ISI/Thompson și în volumele unor manifestări științifice internaționale – congrese și conferințe). A făcut parte din colective de cercetare-dezvoltare în cadrul unor proiecte finanțate de organisme naționale/internaționale/mediul de afaceri. Este membră în colectivele de redacție ale unor publicații științifice internaționale.

CIPRIAN - CONSTANTIN IFTIMOAEI- este conferențiar universitar doctor în cadrul Facultății de Drept, Economie, Științe Politice și Administrative a Universității „Petre Andrei" din Iași și

director executiv adjunct al Direcției Județene de Statistică Iași. În perioada 2014-2015 a fost cercetător postdoctoral cu o bursă acordată prin proiectul „Tineri cercetători de succes – dezvoltare profesională în context pluridisciplinar și internațional", implementat de Universitatea „Babeș-Bolyai" din Cluj-Napoca în parteneriat cu Academia Română-Filiala Cluj, Universitatea București, Universitatea „Al.I. Cuza" din Iași și Universitatea de Vest din Timișoara, finanțat prin Programul Operațional Special Dezvoltarea Resurselor Umane al Uniunii Europene. Pe parcursul studiilor a beneficiat de burse și specializări în Ungaria (1998), Olanda (1999), Polonia (2000), Lituania (2001), Franța (2007), Bulgaria și Turcia (2010), Belgia (2014), Austria (2015). A publicat 4 cărți de autor, peste 70 de articole și studii în reviste indexate WoS, BDI și în volume colective; a contribuit cu lucrări la 7 conferințe internaționale desfășurate în străinătate, 50 de conferințe internaționale desfășurate în țară, 30 sesiuni naționale de comunicări științifice. Activitatea de cercetare include participări ca expert în 25 proiecte de cercetare și granturi de consultanță. Este redactor-șef al jurnalului Logos Universality Mentality Education Novelty: Political Sciences and European Studies, membru în comitetul de redacție al colecției „Dezvoltare Socială" din cadrul Editurii LUMEN din Iași, redactor la revista de științe politice Polis, contributor permanent la rubrica de Opinii a „Ziarului de Iași", la Blogurile „Adevărul" și la revista online „România Socială" editată de Institutul de Cercetare a Calității Vieții. În perioada 2007-2009 a exercitat funcția publică de prefect al Județului Vaslui. În anul 2021 a primit din partea Institutului Național de Statistică premiul special pentru contribuția la diseminarea statisticilor oficiale și la promovarea culturii statistice.

ALINA-MERY HURUBEN – lector universitar, doctor în științe politice, Universitatea „Petre Andrei" din Iași, cu cercetări și publicații în ariile tematice: cercetare calitativă; studii feministe și de gen; investigare și intervenție în asistența socială din România; modernitate politică românească; practici narative aplicate în cercetarea socială și formarea profesională continuă; coaching și acompanierea tranzițiilor de carieră-viață.

ANA-MARIA LĂZĂRESCU este lector universitar doctor și prodecan al Facultății de Psihologie, Științele Educației și Asistență

Socială din cadrul Universității „Petre Andrei" din Iași. Este titular al disciplinelor Asistența socială a persoanelor cu dizabilități, Defectologie Logopedie, Consiliere în asistența socială (ciclul licență), Strategii de integrare psihosocială a copilului cu cerințe educaționale speciale (în cadrul programului de master), Politici și programe de incluziune a copiilor cu CES (la programul postuniversitar), Proiectarea și managementul programelor educaționale (în cadrul programului de DPPD).

Cu o experiență academică solidă și o implicare constantă în mai multe proiecte europene, doamna Lăzărescu îmbină activitatea didactică, cercetarea științifică și formarea continuă a persoanelor din diferite domenii de activitate. A publicat articole și a realizat numeroase activități, workshopuri în domeniul de specialitate.

VICTOR NICOLĂESCU - Doctor în sociologie (2006), Universitatea din București. În prezent este Profesor universitar la Universitatea "Petre Andrei" din Iași, Facultatea de Psihologie, Științele Educației și Asistență Socială și colaborează cu Universitatea din București, Facultatea de Istorie. A participat la numeroase proiecte naționale și internaționale pe teme privind prevenirea delincvenței juvenile și consumului ilicit de droguri, respectarea drepturilor omului și în special drepturile copilului, economie socială și antreprenoriat rural. Lucrări relevante publicate: Cadrul juridico-mondial antidrog (2008), coautor; Familia tânără din România între tradiție și modernitate (2010), autor; Prevenirea delincvenței juvenile și consumului de droguri în județul Buzău (2010), coordonator; Reabilitarea integrată a consumatorilor de droguri ce au săvârșit fapte penale (2010), coordonator; Cele mai bune practici în sectorul economiei sociale în Grecia și în alte state ale Uniunii Europene (2010), coautor, Sorin Cace, coordonator.

PAUL-CĂTĂLIN POPESCU este cadru didactic al Facultății de Psihologie, Științele Educației și Asistență Socială din cadrul Universității „Petre Andrei" din Iași. Activitatea sa didactică se concentrează pe discipline din domeniul asistenței sociale și psihologiei judiciare, având o preocupare constantă pentru corelarea cunoștințelor teoretice cu practica profesională.

Pe lângă activitatea de predare, este implicat în organizarea de workshop-uri și sesiuni științifice studențești, precum și în proiecte și campanii cu impact social și educațional.

De-a lungul carierei, a publicat lucrări de specialitate, a participat la conferințe naționale și a contribuit la volume și ghiduri dedicate formării profesioniștilor în domeniul asistenței sociale. Prin întreaga sa activitate, urmărește să sprijine dezvoltarea profesională și personală a studenților și să promoveze o educație centrată pe valori și responsabilitate socială.

CRISTINA STOICA este profesor universitar doctor în cadrul Facultății de Psihologie, Științele Educației și Asistență Socială din cadrul Universității „Petre Andrei" din Iași, unde susține cursuri și seminare la disciplinele: Managementul resurselor umane, Dezvoltarea resurselor umane; Managementul clasei; Managementul organizației școlare; Managementul stresului. A absolvit Facultatea de Științe economice în anul 1994, în cadrul Universității „Al. I. Cuza" din Iași; Facultatea de Psihologie și Științele Educației, din cadrul Universității „Petre Andrei" din Iași, în anul 2016. A obținut titlul de doctor în Management, în anul 2004, în cadrul Universității „Al. I. Cuza" din Iași. În perioada 2000-prezent, desfășoară activitatăți didactice, în calitate de colaborator, în cadrul Universității Tehnice "Gheorghe Asachi" din Iași, Facultatea de Știința și Ingineria Materialelor, program de master: Ingineria securității și sănătății în muncă. A publicat 19 cărți de specialitate și un număr de 110 articole științifice; a coordonat un număr de 8 volume de lucrări colective.

ADINA-IULIA ȘANDRU este lector universitar doctor la Facultatea de Psihologie, Științele Educației și Asistență Socială din cadrul Universității „Petre Andrei" din Iași, unde susține cursuri și seminarii la disciplinele Sociologie, Dezvoltare umană, Introducere în asistența socială, Sistemul de asistență socială . A absolvit Facultatea de Sociologie a Universității „Al. I. Cuza" din Iași și deține titlul de doctor în sociologie.

În anii 2010 și 2012, a efectuat două stagii de cercetare la Universitatea din Konstanz, Germania, și a publicat numeroase lucrări și articole de specialitate.

În perioada 2011–2014, a fost asistent asociat la Facultatea de Filosofie, Departamentul de Asistență Socială, din cadrul Universității „Al. I. Cuza", unde a susținut seminarii de Etnologie Generală și Românească.