



Competitivi împreună

Asistență Medico-socială Integrată

Ediția III
2020



Producător: SC Indeco Soft SRL

Coordonatori: Adrian MOLDOVAN
Bogdan ȘTEȚCU
Sorin POP

ISSN 2602-0696

Ediția III - 2020

Surse imagini: Aplicația AsiSoc

<https://www.freepik.com/>



fAMILIA

Asistență Medico-socială Integrată



Îmbătrânirea sănătoasă - Integrarea serviciilor în asistența medicală și socială

Rebeca Sabou
Manager proiect “Respect pentru bunici”

Cu toții îmbătrânim, în fiecare zi a vieții noastre, însă în timp ce drepturile noastre nu se schimbă pe măsură ce îmbătrânim, persoanele vârstnice se confruntă cu atitudini negative și discriminare pe criterii de vârstă, neavând o convenție internațională cuprinzătoare care să le adreseze drepturile (OHCHR, 2017).

În 2018, pentru prima dată în istorie, au existat, la nivel global, mai multe persoane cu vârsta de 65 de ani sau peste, decât copii sub 5 ani, iar această creștere se preconizează că se va dubla între 2020-2050 (ibid.).

În 2015, Organizația Mondială a Sănătății (WHO) a publicat primul raport mondial pe tema îmbătrânirii și a sănătății persoanelor vârstnice, reflectând asupra unui nou concept - îmbătrânirea sănătoasă. Acest concept nu este reprezentat de absența bolii, ci de capacitatea persoanelor vârstnice de a duce o viață activă, participativă și de a face lucrurile pe care le apreciază.

În aceeași perioadă de timp, prin intermediul Organizației Națiunilor Unite, statele membre au adoptat Agenda 2030 bazată pe dezvoltarea durabilă, angajându-se că nimeni nu va fi lăsat în urmă și că fiecare persoană va avea oportunitatea egală de a-și atinge potențialul cu demnitate (UNDP, 2015).

Aceste inițiative propun prioritizarea intervențiilor care optimizează capacitățile fizice și mintale ale persoanelor vârstnice pe tot parcursul vieții. Ele necesită însă o schimbare a modului de organizare a serviciilor, și anume o integrare a serviciilor în asistența medicală și socială (WHO, 2017).



Importanța integrării serviciilor în asistența medicală și socială

Persoanele în vârstă contribuie la societate în mai multe moduri - fie că este vorba de familia lor, de comunitatea locală sau de societate în general. Cu toate acestea, resursele umane și sociale, precum și oportunitățile disponibile pentru fiecare dintre noi odată cu înaintarea în vârstă, vor depinde în mare măsură de o caracteristică fundamentală - sănătatea noastră. Dacă oamenii se bucură de acești ani într-o stare de sănătate bună, capacitatea lor de a face lucrurile pe care le apreciază va avea puține limitări. Însă, dacă acești ani sunt dominați de scăderea capacității fizice și mintale, implicațiile pentru persoanele vârstnice și pentru societate pot fi mult mai nefavorabile (WHO 2015, p.3). Deoarece vârstnicii se confruntă uneori cu simptome care necesită tratamente constante - cum ar fi cele cauzate de bolile cronice - devine incomod pentru ei să acceseze instituțiile medicale, în special din cauza costurilor sau accesibilității serviciilor (ibid., p.91). Accesibilitatea devine și mai dificilă pentru vârstnicii care trăiesc în zonele rurale, deoarece serviciile sunt deseori concentrate în orașele mari. În consecință, sectorul transporturilor devine unul dintre domeniile prioritare pentru a fi implicate în acțiunea multisectorială de integrare a serviciilor de sănătate și sociale (ibid.). Organizația Mondială a Sănătății (WHO, 2017) propune concentrarea serviciilor în jurul nevoilor vârstnicilor, cu o focalizare individuală, dar într-un sistem de servicii și îngrijiri comunitare. De asemenea, asistența medicală primară, ca punct principal de intrare în sistemul de sănătate, necesită consolidare pentru a oferi o îngrijire accesibilă și sigură. Această consolidare trebuie să adreseze legislația în vigoare pe de o parte și sustenabilitatea financiară pe de altă parte (ibid.).

În concluzie, integrarea serviciilor de îngrijire medicală și socială a persoanelor vârstnice ar trebui să fie o prioritate. Cu toate acestea, acest lucru necesită eforturi comune în ceea ce privește reglementarea lor, dezvoltarea talentelor, sprijinirea finanțării și inovarea modelului de afaceri, pentru a căuta direcția cea mai potrivită (Deloitte, 2018; WHO, 2015).



Provocări în integrarea politicilor de sănătate

Cele mai importante bariere pentru dezvoltarea cu succes a politicilor de sănătate publică în ceea ce privește îmbătrânirea sunt concepțiile și atitudinile greșite cu privire la persoanele vârstnice (ibid., p.10). Deși există dovezi substanțiale conform cărora persoanele vârstnice contribuie în societate în multe feluri, nu doar financiar, ele sunt, în schimb, catalogate ca fiind fragile, deficitare, împovărate sau dependente (Dortmont et al., 2006; Healy, 2004). În consecință, aceste stereotipuri cresc gradul de izolare, dependența și abuzul asupra persoanelor vârstnice și limitează modul în care sunt conceptualizate provocările cu care se confruntă această categorie de vârstă. Prin urmare, este nevoie de educație pentru și despre persoanele vârstnice, cât și despre impactul îmbătrânirii populației (Thornton, 2002, p.311).

Discriminarea persoanelor vârstnice în sistemul de sănătate

După cum argumentează Desmette, Henry & Agrigoroaei (2019), din cauza nivelului ridicat de discriminare pe criterii de vârstă și asupra îmbătrânirii, consecințele se răsfrâng asupra vârstnicului și a calității tratamentului. În medie, pacienților mai în vârstă li se adresează mai puține întrebări deschise, medicii solicită mai puține detalii legate de starea lor de sănătate, iar calitatea tratamentului este mai scăzută decât cea adresată adulților mai tineri (Desmette et al., 2019, p.339). Mai mult decât atât, profesioniștii din domeniul sănătății tind nu doar să consolideze comportamentele dependente la adulții mai în vârstă, ci prezintă și comportamente paternaliste, nerăbdare, în timp ce vorbesc mai tare, mai lent, cu o pronunțare exagerată (NIA, 2016.). De aceea, este important ca specialiștii din domeniul sănătății să elimine barierele de comunicare și să se concentreze pe a înțelege pacienții vârstnici, axându-se pe întrebări legate nu doar de simptome, ci și de stilul de viață, mediul în care trăiesc, activitățile zilnice, medicamentația curentă, istoricul social, cât și nutriția, pentru a putea elabora intervenții adecvate și sustenabile (ibid.). În concluzie, o comunicare eficientă este benefică pentru procesul de vindecare,

pacienții devenind mult mai deschiși să adere la tratamentul propus de specialiști.

Tendențe în contextul îmbătrânirii sănătoase

După cum susțin diverse organizații și studii efectuate pe tema îmbătrânirii (Deloitte, 2019; Desmette et al., 2019; NIA, 2016O; WHO, 2015), este necesar să se asigure modalități și politici care să permită persoanelor vârstnice să fie în continuare membri activi în societate și care să evite inegalitățile care stau la baza sănătății precare. Luând în considerare progresul tehnologic, sistemul de sănătate va trebui să se adapteze și să includă soluții inteligente pentru a veni și în sprijinul persoanelor vârstnice. Soluțiile de acest tip se concentrează pe dispozitive inteligente, aplicate în interiorul locuinței, care să sprijine persoanele vârstnice în confortul propriei case. Mai mult, se prezice dezvoltarea intervențiilor și tratamentelor mult mai precise, mai puțin complexe sau invazive și mai ieftine (Deloitte, 2019). Îngrijirea sustenabilă oferită vârstnicilor ar putea fi activată de internetul lucrurilor (IoT) și inteligența artificială (AI) prin dispozitive inteligente personalizate care să permită intervenții în timp real și care să se focalizeze într-o mai mare măsură pe prevenție (ibid.).





Concluzii

Îmbătrânirea este inevitabilă, iar speranța de viață este în continuă creștere. Această tendință creează o provocare în ceea ce privește serviciile oferite vârstnicilor, cât și modalitatea de îmbătrânire. Agendele politice se concentrează tot mai activ spre modelul de îmbătrânire activă, care proiectează o societate în care persoanele vârstnice sunt încurajate să ducă o viață productivă, participativă, independentă și pe cât posibil sănătoasă. Pentru a implementa acest model este crucial ca serviciile oferite vârstnicilor să fie integrate într-un sistem multisectorial focalizat pe asistența medicală și socială, un sistem lipsit de prejudecăți și discriminări, pentru a putea oferi vârstnicilor soluții inteligente și personalizate nevoilor individuale, cât și pentru a reduce barierele de sănătate și infrastructură în accesarea serviciilor necesare. Promovarea îmbătrânirii sănătoase și dezvoltarea unui sistem care să vină în întâmpinarea nevoilor vârstnicilor sunt măsuri fundamentale în fiecare țară care își respectă și apreciază vârstnicii.

Referințe:

- Deloitte. (2018). Trends in integrated elderly care and medical services in China. Exploring “the last mile” on healthy aging. Disponibil la <https://www2.deloitte.com/cn/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/the-last-mile-of-senior-care.html>
- Deloitte. (2019). The future of aging. What impact might the expansion of health span have on society? Disponibil la https://www2.deloitte.com/content/dam/insights/us/articles/5089_the-future-of-aging/DI_The-future-of-aging.pdf
- Desmette, D., Henry, H., Agrigoroaei, S. (2019). Ageing in Context: Ageism in Action. The SAGE Handbook of Applied Social Psychology.
- Dormont B, Grignon M, Huber H. (2006). Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. Health Econ. 2006 Sep;15(9):947-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1165> PMID: 16958079
- Healy, J. (2004). The benefits of an ageing population. Discussion Paper Number 63. Australian National University. Disponibil la <http://library.bsl.org.au/jspui/bitstream/1/576/1/The%20benefits%20of%20an%20ageing%20population.%20Healy%20Judith.pdf>
- NIA. (2016). Talking with your older patient. A clinician's handbook. Disponibil la <http://www.gobhi.org/wp-content/uploads/2018/06/Talking-with-your-Older-Patient.pdf>
- OHCHR. (2017). Human rights of older persons & non-discrimination. International Conference in Santiago, Chile. Disponibil la <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/ConferenceSantiagoReport.pdf>
- Thornton, E.J. (2002). Myths of aging or ageist stereotypes. Educational Gerontology. April 2002. Disponibil la https://www.researchgate.net/publication/233299231_Myths_of_aging_or_ageist_stereotypes
- UNDP. (2015). Sustainable Development Goals. Disponibil la <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html>
- WHO. (2015). World Report on Ageing and health. Disponibil la <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
- WHO. (2017). Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. Bulletin of the World Health Organization 2017. Disponibil la <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/11/16-187617/en/.95:756-763>. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.187617>

VULNERABILITĂȚI CLINICE ȘI JURIDICE ÎN ALIENAREA PARENTALĂ

Lector univ. dr. Dan Octavian Rusu
Universitatea Babeș-Bolyai Cluj
Email: dan.rusu@ubbcluj.ro, 0745399129

Istoricul clinic și juridic al conceptului sindromului de alienare parentală (SAP)

Din momentul în care noțiunea de Parental Alienation Syndrome (PAS - Sindromul de alienare parentală-SAP) a fost introdusă de profesorul de psihiatrie american Richard A. Gardner în anul 1985, aceasta a stârnit multe controverse în lumea științifică. În acest concept, autorul definește SAP ca fiind aceea tulburare care apare în principal în contextul discuțiilor părinților în a stabili custodia unui copil și se regăsește într-o o atitudine nejustificată de denigrare, în fața copilului, a unui părinte de către celălalt. Sindromul alienării parentale nu este recunoscut nici până în acest moment ca diagnostic psihiatric iar Asociația Psihologilor Americani (American Psychological Association) nu a precizat până în prezent o poziție oficială, nici pro, nici contra. Acest lucru se datorează faptului că în foarte multe spețe de stabilire a custodiei unul dintre părinți apelează ca argument final, la acest sindrom pentru a reîncepe lupta cu partenerul. În fapt, Bruch (2001) susține că acest termen „a fost extins dramatic pentru a include cazuri de toate tipurile în care un copil refuză să viziteze părintele care nu are custodie, indiferent dacă obiecțiile copilului implică sau nu acuzații de abuz” (p. 528). În pofida acestor poziții oficiale neclare sau de respingere a recunoașterii oficiale, SAP a fost acceptat de mulți profesioniști și de multe instanțe din SUA, Canada, Australia și Europa, incluzând CEDO și instanțele din România, prin aceasta complicând situația copilului nicidecum soluționând-o.

În România, prin publicarea în Monitorul Oficial cu numărul 144 din 25 februarie 2016 Dispoziția Colegiului Psihologilor din România nr.2/2016 pentru recunoașterea



fenomenului alienării parentale/părintești și prevederile Protocolului privind recunoașterea alienării parentale, se încerca clarificarea multor situații în care un părinte era împiedicat să materializeze întâlnirile cu celălalt părinte, drept stabilit de instanță, pe motivul refuzului copilului de a-l vedea. Potrivit acestui protocol, alienarea parentală este considerată ca fiind o formă de abuz emoțional deosebit asupra copilului. Mai mult, alienarea parentală este percepută ca fiind implicată atât în procesul cât și în rezultatul unei manipulari psihologice constante a unui copil de către un părinte prin care acesta prezintă în mod explicit și implicit sentimentul de teamă, lipsă de respect sau ostilitate față de celălalt părinte sau a unui alt membru al familiei.

În felul acesta, dispoziția consideră că prin alienare parentală se încalcă unul din drepturile fundamentale ale copilului ori adolescentului, anume, de a avea o viață de familie sănătoasă, și prin aceasta se deteriorează relațiile afective cu părintele sau cu alți membrii ai familiei.

Constituie, subliniază această dispoziție, o formă de abuz emoțional grav asupra copilului ori adolescentului, prin încălcarea drepturilor aferente exercitării autorității părintești sau a celor privitoare la tutelă sau custodie. Prin aceasta protocolul, insistă, atât asupra încălcării drepturilor copiilor cât și a prezenței unei forme de abuz emoțional extrem de grav. Referirile din dispoziție trimit la definiția folosită de Organizația Mondială a Sănătății, asupra situației de abuz asupra copilului sau maltratarea lui în cazul SAP care este reprezentat de “toate formele de rele tratamente fizice și/sau emoționale, abuz sexual, neglijare sau tratament neglijent, exploatare comercială sau de alt tip, ale căror consecințe sunt daune actuale sau potențiale aduse sănătății copilului, supraviețuirii, dezvoltării sau demnității lui, în contextul unei relații de răspundere, încredere sau putere.” În completarea definiției OMS, în România, conform Legii nr.272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, prin abuz asupra copilului se înțelege orice acțiune voluntară a unei persoane care se află într-o relație de răspundere, încredere sau de autoritate față de acesta, prin care sunt periclitată viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului, și se clasifică drept abuz fizic, emoțional, psihologic, sexual și economic.

Analiza acestor abordări ne oferă posibilitatea să vedem ca SAP este o formă distinctivă și răspândită pe scară largă a abuzului psihologic în care se încalcă din punct de vedere juridic, principiile de bază a Declarației Universale a drepturilor omului, Convenția Organizației Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului, Dispoziției Colegiului Psihologilor din România nr.2/2016 și Legii nr.272/2004. În schimb clinic, psihiatric și psihologic pentru American Psychological Association și grupul de lucru din American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-a cincea ediție (DSM-5) este un subiect extrem de discutat și controversat în lipsa unor criterii ferme de diagnostic, fapt ce a dus la neinclusiunea SAP ca tulburare psihiatrică de sine-stătătoare.

Cu toate că forma cea mai vizibilă pentru acest abuz este cea în care un părinte care dorește să excludă un alt părinte din viața copilului lor, dar și alți membri ai familiei sau prieteni, neînțelegerea completă a situației, determină profesioniștii din domeniu: asistenți sociali, psihologi, avocați și judecători, să contribuie în mod negativ la adâncirea respingerii de către copil a părintelui (Bruch, 2001). În felul acesta se ajunge la cronicizarea situației, iar prin separarea unui copil de unul dintre părinți sau alți membri ai familiei să fie trăită de către acesta ca și o experiență deosebit de nefavorabilă din copilărie cu riscuri semnificativ crescute de boli mintale în perioada adultă (Baker, N. Ben-Ami, 2011).

Bariere pentru diagnosticul SAP

Pornind de la definiția medicală, a ceea ce este un sindrom, adică este un grup de simptome, grupate, care explică sau caracterizează o manifestare specifică a bolii care apare dintr-o cauză de bază de bază, cercetătorii care au studiat SAP arată că oricât de valabil este conceptul și are la bază o construcție fiabilă, rămâne în continuare controversat, criticat pe considerentele de a fi excesiv de simplist, lipsit de dovezi empirice de validitate a construcției și suport științific. Abordarea mai soft a conceptului SAP, (Siracusano et al. 2015;21:231-238), este ce în care ar trebui considerat un traumatism psihologic, iar în felul acesta SAP devine pentru copil un factor de risc important pentru apariția de afecțiuni psihiatrice pe termen mediu și lung.



În felul acesta, prin etichetarea SAP ca fiind un factor de risc, luăm în calcul includ toate condițiile teoretice care pot genera afecțiuni psihiatrice, inclusiv mediul copilului care este reprezentat de calitatea relațiilor dintre părinți și a acestora cu copilul. Trebuie să subliniam și faptul ca fiind un factor de risc, tulburarea psihiatrică nu este un rezultat explicit datorat SAP. În concluzie, SAP, este o situația unică pentru care un diagnostic poate fi încheiat fără suferință subiectivă sau modificări psihice explicite, de aceea, duce la controversă în conceptualizarea problemei pentru copiii implicați în SAP (Siracusano et al. p.235).



În felul acesta, SAP continuă să provoace dezbateri aprinse cu privire la includerea sau nu în American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-a cincea ediție (DSM-5). Acest lucru este de subliniat deoarece deși a fost acceptat ca un concept de către grupul de lucru DSM-5, acesta a concluzionat că SAP nu a îndeplinit clasificarea standard a unei tulburări mentale, deoarece descrie o tulburare în relația dintre oameni și nu a individului. Cu toate acestea, un cod pentru „copilul afectat de relația parentală” (CAPRD) indică unele manifestări clinice ale SAP, acesta nici până în prezent PAS nu a fost inclus în DSM-5, iar la rândul său, CAPRD nu este clar definit în DSM-5. În aceste condiții ar fi necesar ca această categorie să fie utilizată doar atunci când evaluarea clinică este concentrată pe efectele negative ale discordiei dintre relațiile parentale (p.716). Codurile pentru CAPRD sunt V61.29 în Clasificarea Internațională a Bolilor (ICD) 9 Revision-Modification Clinical and Z62.898 în ICD 10th Revision-Modification Clinical.

Alienare parentală și diagnosticul acesteia

Sindromul de înstrăinare a părinților (PAS), un tip de maltratare emoțională cu care se confruntă copiii de divorț sau de separația dintre părinți cu conflicte înalte. De aceea, Gardner (1992) a afirmat că SAP este un sindrom, un grup de simptome care apar constant împreună caracterizate de 8 elemente distincte:

- 1.Copilul critică în mod nedrept, manifestă ură împotriva părintelui vizat și duce o campanie de denigrare împotriva părintelui vizat descrisă ca refuzul exprimat de copil de a avea o relație cu acel părinte.
- 2.Copilul oferă raționalizări slabe pentru depreciere și ură față de părintele vizat.
- 3.Copilul folosește fraze, termeni sau expresii care nu sunt adecvate din punct de vedere al dezvoltării și deseori împrumutate de la părintele care produce SAP.
- 4.Copilul îi lipsește ambivalența obișnuită față de oricare dintre părinți.
- 5.Copilul insistă insistent asupra faptului că decizia de a respinge părintele este proprie. (acesta se numește fenomenul gânditorului independent).
- 6.Copilul demonstrează sprijinul necondiționat și automat al părintelui care provoacă SAP.
- 7.Copilul nu are sentimentul de vinovăție pentru tratamentul părintelui vizat.
- 8.Denigrarea copilului se extinde și la familia extinsă a părintelui vizat.

Andre (2004) ne oferă o serie de întrebări pe care noi, ca practicanți, ne putem pune și explora când avem în vedere absența sau prezența înstrăinării părintești. Aceste întrebări sunt foarte importante deoarece autorul consideră că SAP este o stare mentală în care un copil are sentimente negative neadevărate, ilogice, exagerate sau nefondate împotriva sau respingerea unuia dintre părinți, din cauza influenței părintelui înstrăinat, mai mult o consideră o afecțiune psihologică cauzată de un părinte (adesea cel cu custodia primară) care exercită puterea asupra copilului și împiedică să coexiste cu celălalt părinte al copilului; iar prin aceste întrebări se încearcă identificarea stării declanșatoare a situației de față.

- Există sau a existat un divorț sau separare în conflict mare sau o luptă prelungită în legătură cu custodia sau accesul?
- Furia, ura sau respingerea copilului este disproporționată față de „crima” de care este acuzat părintele?
- Copilul a avut o relație amoroasă cu părintele acum respins?
- Există o rezistență extremă de a vizita părintele respins însoțirea respingerii?
- Copilul îi scutește părintele în public?
- Percepțiile copilului nu au dualitate? Sunt alb-negru?
- Se pare că există un rău doar într-un singur părinte fără afect sau recunoștință pentru acel părinte?
- Motivele copilului pentru respingerea unui părinte scrise, lipsite de substanță și detalii precise?
- A adăugat și înfrumusețat scenariul copilul cu contribuțiile sale la răutatea părintelui?
- Copilul insistă că el sau ea nu a fost influențat de nimeni, ci că și-a ales independent comportamentul și opiniile sale?
- Copilul protejează și idealizează părintele aliniat?
- Acțiunile părintelui aliniat sugerează o agendă de furie, negativitate sau distrugere față de părintele respins?
- Copilul pare să funcționeze normal în alte setări, dar la o inspecție mai atentă, are alte relații interpersonale problematice?
- Există o lipsă distinctă de vinovăție exterioară sau remușcări din partea copilului?

Prin aceste demersuri de a chestiona și identifica sursele de risc care au dus la această stare, profesioniștii din domeniul sănătății și asistenței sociale trebuie să fie conștienți de caracteristicile SAP și să contribuie la identificarea copiilor care ar putea necesita servicii suplimentare de asistență medicală, psihologică, socială, juridică din partea serviciilor specializate în acest domeniu. Identificarea acestor copii este esențială pentru dezvoltarea lor ulterioară deoarece tulburările emoționale ale copiilor și experiențele de viață negative influențează semnificativ traiectoriile de sănătate nedorite din viitor. Intervenția de specialitate în cazul tulburărilor emoționale la copii poate fi cea mai dificilă parte deoarece în lipsa identificării sindromului ea nu se poate aplica.



SAP este un fenomen psihologic observabil constând din tipare distincte de comportamente în care copilul respinge și direcționează furia către un părinte iubit anterior și poate întâlni la copiii ai căror părinți experimentează un divorț plin de conflicte și înfățișări în instanță. Uneori este nevoie ca specialistul să identifice elementele SAP în mod rapid și concludent, care potrivit lui Gardner, se poate face prin 3 elemente cheie: (1) respingerea sau denigrarea unui părinte care este persistent și nu pur și simplu un episod ocazional; (2) respingerea este nejustificată, irațională sau ludică, sau înstrăinarea nu este un răspuns rezonabil la comportamentul părinților înstrăinați; și (3) este un rezultat parțial al influenței părintelui alienator. În felul acesta se pot declanșa procedurile de analiză și expertiză care să confirme sau să infirme aceste suspiciuni, dar dacă nu sunt analizate în mod serios și profesionist pot să ducă la concluzii și implicit acțiuni a căror consecințe pot fi extrem de grave pentru copil, sănătatea sa psihică dar și a părintelui respins (Sher, 2015).

Concluzii și recomandări

În cercetările viitoare este necesar ca folosind studiile și datele clinice sistematice, instrumente de evaluare rafinate, validate empiric și meta-analiză la scară largă, să se poată clarifica caracteristicile specifice ale SAP, cum ar fi cele legate de simptom, intensitatea acestora, momentul apariției și durata lor. În momentul în care cercetările ar converge spre definirea criteriilor obiective de diagnostic specifice, acestea ar servi la rafinarea diagnosticului și oferirea modalităților optime de tratament dar și în a preveni utilizarea necorespunzătoare a termenului și conceptului SAP în domeniile clinice și juridice.



Codurile etice profesionale, indiferent că suntem medici, psihologi, asistenți sociali, avocați, judecători, ne obligă pe toți să luăm în considerare toate posibilitățile pentru a ne asigura că plasăm interesul superior al copilului în centrul tuturor evaluărilor și proceselor de luare a deciziilor (Darnell, 1998).

Profesioniștii din domeniul sănătății juridice, sociale și mintale trebuie să fie bine pregătiți practic și teoretic în domeniul clinic pentru a oferi intervenții în timp util și eficiente care să sprijine copiii și familiile implicate în SAP. Este nevoie de înțelegere, cunoaștere și conștientizare în ce privește motivul pentru care unii copii resping un părinte iubit anterior în contextul divorțului sau a separării, deoarece copiii resping un părinte din motive valide, dar resping un părinte iubit anterior din motive nevalide prin spălarea creierului copilului (Clawar, & Rivlin, 2013). În felul acesta este necesar ca abordarea SAP să fi atât din perspectiva clinică, a drepturilor copilului, a relației cu ambii părinți și a relației dintre aceștia (Ellis, 2010).

Bibliografie

- A.J.L. Baker, N. Ben-Ami, To turn a child against a parent is to turn a child against himself: The direct and indirect effects of exposure to parental alienation strategies on self-esteem and well-being, *Journal of Divorce & Remarriage*, 52 (7) (2011), pp. 472-489
- Andre, K. (2004) Parental alienation syndrome. *Annals of American Psychotherapy Association*, 7: 4-7.
- E.M. Ellis, S. Boyan Intervention strategies for parent coordinators in parental alienation cases
- American Journal of Fam Therapy*, 38 (2010), pp. 218-236
- Bruch C.S. Parental alienation syndrome: Junk science in child custody determinations *European Journal of Law Reform*, 3 (3) (2001), pp. 383-404
- Baker, A., Gottlieb, L. & Verrochio, C. (2016) the reality of parental alienation: Commentary on judicial decision making in family law proceedings by Clemente, Padilla-Racero, Gandboy-Crego, Reig-botella and Gonzalez-Rodriguez. *The American Journal of Family*
- Clawar, S. & Rivlin, B.V. (2013) *Children Held Hostage: Identifying Brainwashed Children, Presenting a Case, and Crafting Solutions*. Chicago, American Bar Association.
- Darnell, D. *Divorce casualties: Protecting your children from parental alienation*, Taylor Publishing, New York (1998)
- DSM-5, Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale, Editura Callisto
- Gardner, R.A. (1992) *the Parental Alienation Syndrome: A Guide For Mental Health And Legal Professionals*.
- A. Siracusano, Y. Barone, G. Lisi, C. Niolu *Journal of Psychopathology* 2015;21:231-238
- Sher, L. Parental alienation and suicide in men, *Psychiatria Danubina*, 27 (2015), pp. 288-289
- Internet
- LEGE nr. 272 din 21 iunie 2004 (**republicată**) privind protecția și promovarea drepturilor copilului, EMITENT: PARLAMENTUL Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 159 din 5 martie 2014 <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocument/156097> descărcat: 11.05.2020
- Dispoziția nr. 2/2016 pentru recunoașterea fenomenului alienării parentale/părintești și prevederilor Protocolului privind recunoașterea alienării parentale, încheiat între Institutul de Psihologie Judiciară și Asociația Română pentru Custodie Comună Text publicat în M.Of. al României, În vigoare de la 25 februarie 2016, <https://lege5.ro/Gratuit/he3dgmjgti/dispozitia-nr-2-2016-pentru-recunoasterea-fenomenului-alienarii-parentale-parintesti-si-prevederilor-protocolului-privind-recunoasterea-alienarii-parentale-incheiat-intre-institutul-de-psihologie-judi> decărcat 13.05.2020

Roluri profesionale ale asistentului social care lucrează cu persoanele cu venituri mici

Șomajul poate genera consecințe negative directe precum diminuarea veniturilor, pierderea rol-statusului profesional, restructurarea timpului, alterarea stimei de sine însă presupune și o mare varietate de efecte indirecte ce pot să potențeze alte probleme personale, de cuplu, familiale etc. Ne referim aici la legătura dintre stresul datorat șomajului și problemele de sănătate mentală - depresia, manifestările suicidale, spre exemplu - sau la alterări semnificative ale sănătății fizice ale șomerilor, ori la abuzul asupra copilului, violența domestică, abuzul de substanțe, delincvența, șamd.

Având în vedere multitudinea de efecte negative pe care le poate induce șomajul în viața indivizilor și a comunității, considerăm importantă asistarea acestora nu doar pentru a contracara efectele negative imediate, directe, ci și pentru a preveni consecințele secundare ale acestei probleme sociale.

Rolurile ce urmează a fi prezentate vizează fie o familie aflată în dificultate din cauza problemelor financiare, în principal, fie o întreagă comunitate care se confruntă cu sărăcia. Spre exemplu, prin advocacy la nivelul unei agenții asistentul social poate obține o mai mare accesibilitate la servicii pentru o familie aflată în nevoie ori pentru o întreagă comunitate care se confruntă cu probleme legate de veniturile insuficiente. Ambele tipuri de acțiuni reprezintă maniere legitime de a desfășura rolul asistentului social pentru advocacy în favoarea unui client.

În prima parte a prezentării ne vom referi la rolurile asistentului social care lucrează cu precădere cu familiile aflate în dificultate, în cea de-a doua parte accentul deplasându-se pe strategii utilizate pentru intervenția la nivelul grupurilor și a comunităților.

Cristina Baciu
Facultatea de Sociologie și
Asistență Socială, UBB Cluj-Napoca

Intervenția asistentului social vizează nu doar să atenueze efectele negative ale șomajului dar și să preîntâmpine apariția și acumularea acestora.

Rolul de a împuternici clienții (Enabler)

Ca și împuternicitor, asistentul social *oferă informații* sau consiliere pentru ca familia aflată în nevoie să devină capabilă să-și utilizeze cu mai multă eficiență resursele existente. Informațiile de care are nevoie o astfel de familie sunt numeroase și variate, pornind de la facilități în domeniul sănătății, burse școlare, cantine de ajutor social etc. Uneori o astfel de informare este suficientă, spre exemplu o mamă singură care tocmai s-a mutat în oraș, fără posibilități materiale, fără suport instrumental sau emoțional din partea cuiva, poate fi ajutată prin referirea spre un grup de suport pentru părinți singuri. Desigur, celelalte informații, de tipul bursei școlare, cantinei de ajutor social pot fi utile în acest caz.

Un alt tip de informații ar putea consta în consiliere din perspectiva drepturilor lor de chiriași. Cu alte cuvinte, să le fie explicate cu claritate drepturile și obligațiile lor de chiriași, spre exemplu când este scadentă plata chiriei, dacă și în ce condiții pot fi evacuați etc.

Oferirea de informații are rolul nu doar de a crește competențele clienților în a-și rezolva cu succes propriile probleme dar le oferă, în plus, și un nivel mai ridicat al stimei de sine care vine pe parcursul procesului de câștigare, din ce în ce mai mult, a controlului asupra propriei vieți.

Adesea familiile sărace sunt văzute drept o povară pentru întreaga societate și etichetate ca atare, așadar nu e surprinzător faptul că, la un moment dat, ajung să-și însușească eticheta. Din această perspectivă asistentul social trebuie să fie atent să nu întărească ideea de neajutorare a clientului și de autoînvinuire pentru situații pentru care, în realitate, nu are nici un control. Pe de altă parte, nu trebuie nici să subliniem ideea că doar societatea are o contribuție la situația în care se regăsește persoana sau familia respectivă. Cu alte cuvinte dorim să încurajăm clienții să fie activi și responsabili pentru schimbările pe care și le doresc în propria viață.

Pe lângă oferirea de informații, asistentul social trebuie să fie capabil să decidă dacă și când este necesar ca persoana sau familia să poată beneficia și de pe urma organizării unor întâlniri cu ale persoane sau familii aflate în aceeași situație, cu alte cuvinte, asistentul social decide, consultând clientul, ce fel de intervenție este necesară la un moment dat: consiliere individuală sau a familiei sau consiliere de grup sau grupuri de suport pentru individ și/sau familia acestuia.

Grupurile de întraajutorare la care pot participa persoanele pot fi, de exemplu, de tipul grupuri pentru mame singure cu venituri scăzute sau grupuri pentru șomerii care dezbate problema protecției oferite de către stat.

Acestea au rolul de a atinge scopurile personale ale membrilor grupului și, bineînțeles scopurile grupului, așa cum au fost ele formulate împreună cu membrii acestora. Indiferent dacă discută probleme personale sau dezbate modul în care, la nivel instituțional, sunt reglementate serviciile care li se adresează, există un element comun al acestora, extrem de important și anume reflectarea asupra problemei, conștientizarea situației, a nevoilor personale și a resurselor de care dispune persoana, fie că e vorba de resurse individuale de confruntare cu problema fie că acestea vin dinspre rețeaua de suport social

sau instituțiile statului abilitate în acest sens.

Rolul de agent de legătură (broker)

Acest rol presupune realizarea legăturii dintre persoanele aflate în nevoie cu serviciile specializate. Acest rol poate să însemne mai mult decât simpla informare și împuternicire a clientului deoarece practicantul devine mult mai activ angajat în relația de asistare cu clientul.

Acest tip de rol al asistentului social este necesar în situația în care negocierea oferirii unui anumit tip de serviciu are un caracter mai complex și implică abilități și cunoștințe ce exced posibilitățile clienților. Se referă, practic, la *asistarea beneficiarilor pentru a le asigura accesul la servicii*.

Spre exemplu, o femeie singură cu un copil în îngrijire, care dorește să-și găsească un loc de muncă, are nevoie de următoarele resurse: o modalitate de îngrijire a copilului pe care să o considere sigură și satisfăcătoare; posibilități de transport a copilului la creșă/grădiniță, posibilitatea acesteia de a ajunge la locul de muncă; pregătire într-o profesie solicitată pe piața de muncă; informare cu privire la locurile de muncă vacante etc.

Pentru ca un asistent social să realizeze cu succes acest rol de broker este necesar să aibă un anumit număr de abilități printre care să fie capabil să ajute clienții să solicite într-o manieră asertivă ajutorul profesioniștilor pentru rezolvarea problemelor, acoperirea nevoilor lor. Asistentul social trebuie să fie capabil să identifice corect și complet nevoile clientului, respectiv să facă o evaluare eficientă a acestora, să poată trasa obiectivele pe termen scurt și lung ale intervenției împreună cu clientul și să facă o monitorizare pe parcurs și o evaluare finală a intervenției care să asigure o intervenție de calitate.

În situația în care serviciile de care are nevoie clientul nu sunt disponibile, rolul de broker nu este unul util și un alt rol al asistentului social trebuie pus în valoare.

Rolul de negociator, facilitator

Atunci când un serviciu social nu există iar nevoile clienților rămân, din această cauză, neacoperite, asistentul social este cel care trebuie să *negocieze* înființarea unui astfel de serviciu, să *faciliteze*, în acest fel, *accesul clienților spre servicii care să vină în întâmpinarea problemelor lor*. Cel mai adesea astfel de programe de asistare care să acopere nevoi neluate în considerare până în acel moment, vin din inițiativa statului. Lipsa unor servicii poate fi, însă, la fel de bine sesizată și de către lucrătorii direcți atunci când întâlnesc situații care ridică o astfel de problemă. Asistenții sociali pot, în acest caz, să ofere programe de asistare de scurtă durată, care să vină în întâmpinarea nevoilor clienților. Este evident că astfel de servicii pot fi oferite cu condiția ca ele să nu necesite alocări, realocări considerabile de resurse umane, de timp și financiare. Altfel, devine sarcina statului de a înființa noi servicii cu o infrastructură complexă alocată lor.

Pentru ca un asistent social să realizeze cu succes acest rol de broker este necesar să aibă un anumit număr de abilități printre care să fie capabil să ajute clienții să solicite într-o manieră asertivă ajutorul profesioniștilor pentru rezolvarea problemelor, acoperirea nevoilor lor. Asistentul social trebuie să fie capabil să identifice corect și complet nevoile clientului, respectiv să facă o evaluare eficientă a acestora, să poată trasa obiectivele pe termen scurt și lung ale intervenției împreună cu clientul și să facă o monitorizare pe parcurs și o evaluare finală a intervenției care să asigure o intervenție de calitate.

Acest rol îl determină pe asistentul social să ia poziție într-o situație conflictuală, apărând interesele clientului său. Acest rol îl poate pune pe asistentul social în conflict cu alți profesioniști, și cu alți membri ai comunității în apărarea clientului. De ex. asistentul social poate cere o reeșalonare a datoriilor unor chiriași pe când proprietarul să nu fie de acord cu aceasta sau poate solicita unor specialiști să reevalueze un anumit elev, în numele părinților acestuia, pentru orientarea, încadrarea lui școlară.

Programe concrete care s-ar putea adresa persoanelor cu venituri mici și familiilor acestora ar fi cele de tipul Head Start (programe de educație preșcolară pentru copiii din familii sărace), programe de recalificare profesională pentru șomeri și pentru angajați în scopul prevenirii situației de șomaj, ori șomaj cronic etc.

În situația în care serviciile de care are nevoie clientul nu sunt disponibile, rolul de broker nu este unul util și un alt rol al asistentului social trebuie pus în valoare.

Sunt situații, însă, care necesită mai mult decât abilități de împuternicire a clientului, broker sau facilitator, ele necesitând o intervenție care să modifice, să îmbunătățească serviciile existente pentru a răspunde mai bine nevoilor clientului. Aici intervine asistentul social ca și avocat al intereselor clientului. Activitatea de advocacy presupune apărarea, promovarea, pledarea cauzei prin acțiuni în favoarea clientului individual, a unui grup sau a unei comunități. Prima funcție ca și avocat al clientului este aceea de a înlătura toate barierele, obstacolele aflate în calea exercitării drepturilor clientului de a beneficia de serviciile necesare în cazul său. Acest rol poate fi unul moderat sau extrem, în sensul că uneori, exercitând rolul de broker, e necesar să însoțim clientul pentru a ne asigura că este tratat corespunzător și că beneficiază la maxim de serviciile de care are nevoie și la care este îndreptățit, exercitând astfel și un rol de avocat al clientului. Această variantă moderată a rolului de avocat nu e întotdeauna suficientă, fiind situații în care asistentul social este nevoit, pentru a obține beneficii pentru client, să facă presiuni prin apeluri telefonice, proteste, intervenții directe în instituții sau chiar să întreprindă acțiuni în justiție în beneficiul, pentru apărarea intereselor clientului.

Elemente de management financiar

Aproape toate familiile trec prin perioade caracterizate de probleme financiare, când dorințele și nevoile depășesc resursele. Șomajul aduce, inevitabil, astfel de probleme la nivelul indivizilor și familiilor constituindu-se într-un factor extern ce generează situații problemă. În contextul problemelor legate de managementul financiar putem discuta despre factori interni și externi dintre cei externi amintind deja șomajul. Ca și factori interni se pot constitui capacitatea redusă, eficiența scăzută în a acoperi nevoile familiei cu resursele existente, dorințe nerealiste, în discordanță cu resursele, erori în planificarea cheltuielilor etc. Multe familii caracterizate printr-un management financiar ineficient nu se confruntă cu probleme serioase decât atunci când apare adăugat un factor extern ce determină cheltuieli neprevăzute mari sau diminuarea drastică a veniturilor.

Managementul resurselor familiei se axează, deci, pe evaluarea, monitorizarea și rezolvarea problemelor financiare. Cea mai frecventă abordare, din perspectiva managementului financiar, o reprezintă perspectiva ecologică (Goldsmith, 2005). Aceasta consideră familia un sistem ecologic complex care trebuie să realizeze un management eficient al resurselor de care dispune pentru a acoperi nevoile membrilor ei și pentru a le îmbunătăți calitatea vieții.

Cele mai eficiente metode pentru a reduce problemele financiare ale unei familii sunt:

- programarea mai eficientă (regândirea) nivelului consumului (a cheltuielilor)
- modificarea (îmbunătățirea) veniturilor prin atragerea de câștiguri suplimentare
- modificarea (schimbarea) perspectivei gender asupra rolurilor și responsabilităților financiare ce presupun acceptarea ideii că soția poate aduce, temporar sau pe termen lung, venituri în familie în timp ce soțul nu, de exemplu
- îmbunătățirea întregului proces de management financiar.

Evident, înafara intervențiilor de criză, asistenții sociali trebuie să abordeze persoanele cu venituri mici sau fără venituri, așa cum sublinia și Levin (2018), și din perspectiva căutării active a unui nou loc de muncă fapt care va aduce nu doar o îmbunătățire a situației financiare dar va avea implicit efecte pozitive și asupra stării de sănătate fizică și mentală a persoanelor.

Dacă avem în vedere faptul că printre funcțiile generale ale muncii, așa cum sublinia și Oscar Hoffman (1996), putem aminti satisfacerea necesităților umane și realizarea solidarității umane, iar în cadrul funcțiilor în raport cu individul ținem seama de aceea că munca se constituie într-o sursă de venit, mijloc de realizare și de satisfacție umană, precum și că ea reprezintă un mijloc de valorificare a pregătirii și capacităților personale, putem avea o perspectivă globală asupra impactului pierderii locului de muncă asupra indivizilor și a intervențiilor complexe necesare combaterii șomajului și a efectelor acestuia.



Bibliografie:

- Hoffman, O. (1996), *Sociologia muncii*, Editura Hyperion, București
Levin, L, Sefati, N. (2018). Social workers and unemployment: Factors associated with using employment-promoting practices in Israeli Municipal Departments of Social Services, în *Health and Social Care in Community*, 26(5): 685-694
Goldsmith, E., B. (2005). *Resource Management for Individuals and Families*, Thomson Learning Inc., Belmont, 3rd edition

Asistența socială între nevoi și realitate

Loredana Mihaly, Inspector - expert romi
Direcția de Asistență Socială Baia Mare

Asistența socială pe înțelesul tuturor

După apariția creștinismului, vreme de aproape doua milenii ocrotirea persoanelor, a grupurilor și comunităților aflate în situații problematice a fost preocuparea exclusivă a Bisericii, asistența socială practică de instituțiile și ordinele religioase fiind principalul punct de sprijin pentru săraci și pentru celelalte categorii defavorizate.

Abia în secolul XIX a început să se contureze un sistem format din diferite instituții la nivel local și național, programe, măsuri, servicii care să asigure protejarea persoanelor sau grupurilor afectate de probleme economice, sociale, psihologice sau medicale. Astfel, în zilele noastre, asistența socială a ajuns să fie o activitate a unor specialiști de ajutorare a persoanelor vulnerabile pentru a-și depăși situația de nevoie în care se află.

Scopul asistenței sociale este de a oferi sprijin persoanelor aflate în situații de dificultate, prin dezvoltarea unor abilitați și capacități ale acestora. Persoana abilitată în acest demers este asistentul social, angajat de către instituțiile locale publice și private. În acest context, asistentul social devine protectorul și luptătorul pentru aceasta cauza nobilă, menține permanent legătura cu individul și mediul lui de viață socio-economic, cultural, familial, moral etc., cunoscând dezvoltarea lui umană, personalitatea lui și aspect legate de mediul lui de viață.

Legea Asistenței Sociale

În România există legea asistenței sociale, care reglementează organizarea și funcționarea sistemului

(<https://lege5.ro/Gratuit/gi4diobsha/legea-asistentei-sociale-nr-292-2011>).



Nevoile populației versus suportul oferit de către instituțiile abilitate

Conform legislației în vigoare, asistența socială oferă servicii și suport în funcție de nevoile oamenilor aflați în diverse situații, următoarelor categorii:

- familiilor monoparentale;
- familiilor sărace;
- familiilor/cuplurilor dezorganizate;
- tinerilor neintegrați;
- persoanelor cu deficient de sanitație;
- copiilor care trăiesc într-un mediu social neadecvat;
- copiilor abandonati sau instituționalizați;
- persoanelor vârstnice;
- persoanelor care au fost victime ale violenței domestice/calamităților naturale/persecuțiilor și discriminărilor de orice fel;
- persoanelor infectate cu HIV și alte boli.

Cine oferă servicii de asistență socială?

Asistența socială poate fi oferită de către oricine oferă ajutor sau sprijin unor categorii de persoane sau grupuri de persoane aflate în diverse situații de dificultate, fie că ne referim la persoane fizice, organizații neguvernamentale sau instituții.

Serviciile sociale recunoscute din punct de vedere legal sunt cele oferite de către instituțiile publice sau private acreditate

Acestea au la rândul lor, specialiști angajați, experți în anumite servicii sociale care iau act în mod concret și direct de fiecare situație în parte, la fața locului, la domiciliul persoanelor aflate în cauză.

După o atentă analiză de specialitate, fiecare situație, în funcție de problema cu care se confruntă, este îndrumată spre serviciul de care aceasta are nevoie și ajutată să beneficieze direct de acestea.

După obținerea sprijinului, persoana este monitorizată și sprijinită să fie integrată, prin atenta monitorizare și îndrumare a specialiștilor din cadrul instituțiilor abilitate.

Asistența socială oferă suport financiar, material, moral, psihoterapeutic și consiliere persoanelor aflate în nevoie.

Ce face asistența socială?

- Identifică și înregistrează persoanele care se află în situațiile de nevoi.
- Analizează și stabilește un diagnostic al problemelor cu care se confruntă persoanele aflate în diverse situații de vulnerabilitate, în anumite condiții sociale, culturale și economice.
- Îmbunătățește și dezvoltă programe, măsuri, activități profesionalizate de sprijin și protecție pentru aceste persoane. Elaborează programe proprii pentru persoanele aflate în situații de risc.
- Identifică surse de finanțare pentru programele de sprijin.
- Stabilește modalități de acces la serviciile specializate de asistență socială în contextual cadrului legislativ.
- Oferă suport prin consiliere, terapie individuală și de grup în vederea întăririi capacităților de integrare în societate.
- Promovează strategii de prevenire a situațiilor defavorizate.
- Dezvoltă programe de cercetare științifică la nivel național și local privind problematicile celor aflați în situații dificile.
- Abordează problemele comunității la diferite niveluri:
 - > Individual: asistență economică, psihologică, morală pentru șomeri, dependenți de droguri, alcool, cei cu probleme de integrare, victime ale diferitelor forme de abuzuri;
 - > interpersonal și de grup: terapii de familie, cupluri, grupuri marginalizate;
 - > comunitar - rezolvă conflicte etnice, de grup.





Ce și cum poate fi îmbunătățită asistența socială la ora actuală?

Am putut vedea mai sus importanța și gradul ridicat de servicii sociale pe care sistemul românesc de asistență socială l-a dezvoltat în România, însă cu toate acestea, consider că sistemul poate fi îmbunătățit. Acesta necesită o permanentă specializare și adaptare programelor, a măsurilor, a activităților de asistență socială la nevoile stringente cu care se confruntă societatea contemporană.

În primul rând este necesară angajarea mai multor asistenți sociali în sistem, a specialiștilor în domeniul medical, asistenți medicali comunitari, medietori sanitari pentru populația roma, psihologi și specialiști în serviciul cu consumatori de droguri, care din păcate a luat amploare la nivel național, angajarea unui asistent social în toate instituțiile școlare, de la grădiniță la licee și universități, sunt doar câteva sugestii, însă cu siguranța acestea și alte măsuri de îmbunătățire pot fi dezvoltate și îmbunătățite cu suportul legislativ și al Autorităților Publice Locale.

Consider că pentru a lucra în domeniul asistenței sociale este nevoie de vocație, așa cum este nevoie în cea de medic, de profesor, în care abilitățile personale precum empatia, comunicarea sunt imperios necesare.

Asistența socială nu este o meserie ușoară, în acest domeniu se întâlnesc situații dintre cele mai delicate și complexe din punct de vedere social, pe care asistentul social trebuie să le identifice și să le gestioneze astfel încât să găsească cele mai la îndemână soluții pentru diversele situații întâlnite.

Dacă ar fi să facem o comparație, munca unui asistent social este precum a unui detectiv care trebuie să vadă inclusiv dincolo de aparențe, astfel încât să identifice nevoile în mod real și obiectiv.

Astmul bronșic la copii

- rolul factorilor parentali în evoluția bolii -

Andrea Muller-Fabian

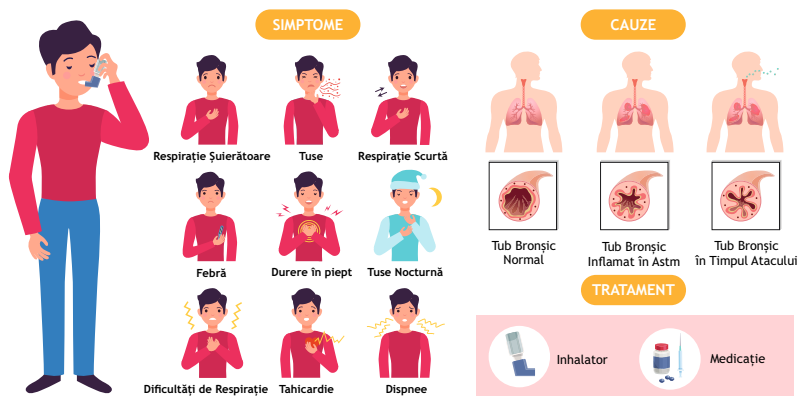
Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, UBB Cluj-Napoca

Astmul bronșic este „una dintre cele mai frecvente boli cronice, care afectează în jur de 300 de milioane de oameni din întreaga lume. În România, prevalența a crescut de la 5% la 7% în perioada 1994-2001. Date furnizate de către Societatea Română de Pneumologie arată că 1 din 3 copii prezintă manifestări alergice, dintre care 30-50% vor dezvolta astm bronșic”. Prevalența astmului bronșic este mai ridicată în mediul urban 21,72%, față de cel rural 1,60%, iar incidența este maximă la vârste mici (circa 30% sub 1 an; 50% sub 2 ani; 80% sub 5 ani) (Lupu, 2015).

În literatura de specialitate găsim numeroase încercări de a defini astmul bronșic, însă o definiție complet satisfăcătoare nu există, susține Anastasatu (1983).

Marea majoritate a cercetătorilor acceptă însă definiția dată de specialiștii OMS și National Heart, Lung and Blood Institute (SUA), comunicată în cadrul Workshopului Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA4) (Szabó, 2009). Astfel „astmul este afecțiunea inflamatorie a căilor respiratorii, în a cărei apariție joacă un rol important numeroase celule și mediatori. Ca urmare a inflamației și consecințelor acesteia apare hiperreactivitatea în căile bronșice, ceea ce determină o respirație șuierătoare (wheezing), dispnee, senzație de tensiune toracică, tuse - fenomene care de obicei apar noaptea sau în primele ore ale dimineții. Simptomatologia este legată de o obstrucție mai mult sau mai puțin extinsă a căilor respiratorii, care cedează spontan sau sub acțiunea medicamentelor” (ibidem, 2009).

ASTM: SIMPTOME, CAUZE TRATAMENT



Maria Daniela Nicoară consideră că boala „este una din dovezile cele mai elocvente ce atestă unitatea biologică, psihologică, socio-culturală și spirituală a ființei umane, dar și intervenția terapeutică multidisciplinară” (Nicoară, 2010). Astmul bronșic la copii fiind unul dintre cele mai frecvente boli declanșate și accentuate de stres și alți factori psihologici.

Conform celor scrise în literatura de specialitate (Hriwati et al, 2017, Kaugars et al, 2004, Repetti et al, 2002, Weil et al, 1999, Wade et al, 1997, Hermann, 1981), familia joacă un rol important în apariția și susținerea unor boli, iar simptomatologia copilului poate avea un rol pozitiv în susținerea homeostazei familiale. În cazul în care schemele comunicării se schimbă, se percepe o schimbare și la nivelul simptomatologiei bolii.

Familia este o unitate dinamică, care de-a lungul timpului se schimbă, se dezvoltă. Familia și comportamentul membrilor sunt conduse de două sisteme vaste de constrângere.

Primul este sistemul „constrângerilor universale”, cu care la rândul său se întâlnește fiecare familie și trebuie să se lupte. Aici sunt incluse: nutriția, formarea complementarității, organizarea autorității, puterii, interdependența precum și relațiile de autonomie.

Al doilea grup al constrângerilor se leagă de modul în care constrângerile universale se realizează în cadrul unei familii: structurarea acestora, organizarea lor, comportamentul de fiecare zi, în cadrul cărora se dezvoltă echilibrul acestora (Neamțu & Fabian, 2001).

Familia este primul grup de socializare din care face parte copilul. „Sistemul familial este mijlocul esențial de formare a comportamentului individului, iar eliberarea de complexe parentale este, se pare, una dintre cele mai dificile responsabilități ale procesului de individuație” (Zinca, 2010).

Premisa fundamentală a terapiei de familie este că oamenii „sunt produsul contextului lor” (Nichols, & Schwartz, 2005). Pornind de la această premisă considerăm importantă cunoașterea familiei ca sistem și analiza rolului factorilor parentali în evoluția astmului bronșic la copii.

Conform abordării sistemice, familia este mai mult decât o sumă a membrilor ei componenți, înseamnă și interacțiunea dintre aceștia. Acestea se realizează după anumite reguli, au anumite funcții și au permanent tendința menținerii unui echilibru în interiorul acestuia. În cazul în care unul dintre membrii familiei suferă o schimbare, acesta are efect și asupra celorlalți membri ai familiei (Müller-Fabian, 2015).

Sistemele umane au trei caracteristici definitorii: sunt nonsumative, adică întregul reprezintă mai mult decât suma părților; părțile unui sistem se influențează reciproc, bidirecțional, astfel ca o modificare a uneia determină modificări și în celelalte; și limitele unui sistem uman sunt neclare, ambigue (Gorell-Barnes, 2001).

Teoria familială sistemică consideră că familia este un sistem de autoreglare, care funcționează după reguli proprii. Are două funcții de bază: susținerea homeostazei (ne-schimbarea) și adaptarea la schimbările din jur (schimbarea) (Hermann, 1981). Ambele funcții au o importanță deosebită pentru supraviețuirea sistemului, doar împreună pot realiza acest lucru.

Sistemul familial se definește prin sistemul de reguli după care funcționează, prin caracteristicile structurale precum și prin schemele de comunicare.

Homeostaza asigură stabilitatea și continuitatea și este condusă de regulile și legile existente în familie.

Fiecare sistem uman dispune de o identitate proprie și de limite proprii și are o dezvoltare verticală (conține mai multe subsisteme) și o dezvoltare orizontală (este el însuși parte dintr-un sistem mai extins (David, 2016).

Familia, ca sistem, este compusă din mai multe subsisteme, care se află în interacțiune reciprocă. Acestea de obicei diferă unele de altele și funcționează ca și componente ale sistemului. Chiar și un subsistem poate funcționa ca un sistem față de componentele sale. Nu există două subsisteme identice. Fiecare subsistem are propriile lui particularități. Subsistemele familiale sunt: subsistemul parental, subsistemul copiilor, subsistemul marital, subsistemul bunicilor, subsistemul fraților, subsistemul băiat-fată, subsistemul nepot-bunic, acesta din urmă se dezvoltă doar dacă au funcții comune (ibidem, 2016). Familia, ca sistem este în interacțiune cu mediul înconjurător, existând o legătură bazată pe comunicare între aceștia. Familiile nu se contopesc cu mediul înconjurător, ci au granițe clare dar în același timp flexibile pentru a se putea acomoda la cerințele schimbătoare. Flexibilitatea granițelor definește dacă o familie este deschisă sau închisă. Familii în totalitate închise sau în totalitate deschise nu există.

În familiile închise legile familiale sunt mai severe, iar în cele deschise mai îngăduitoare. În situații normale granițele se schimbă conform cerințelor ciclului vieții familiale. Granițele estompate (șterse) fortifică sentimentul de apartenență la aceeași familie, dar îngreunează dezvoltarea autonomiei individuale în cazul membrilor familiei. În cazul granițelor rigide funcția protectivă a familiei este redusă, comunicarea este greoaie iar membri familiei sunt sortiți să se descurce singuri.

Atât granițele rigide cât și cele estompate/șterse semnaleză o situație patologică.

În familiile cu granițe șterse fiecare membru al familiei reacționează foarte repede cu o intensitate ieșită din comun la orice; ușile acestor familii sunt întotdeauna deschise, nu există intimitate. Fiecare știe ce gândește celălalt membru al familiei, iar acest lucru se manifestă în comunicare (când vorbesc în locul celui întrebant (Hermann, 1981).

În familiile cu granițe rigide relațiile familiale sunt destinse. De multe ori aceștia nu reacționează atunci când ar fi necesar. E nevoie de întâmplări „dramatice” pentru ca membrii acestor familii să reacționeze și funcția de ocrotire a familiei să se activeze. Astfel de întâmplări sunt de exemplu o tentativă de sinucidere, criză de astm, accident etc.

Modelul sistemic susține că există anumite tipuri de organizare familială care pot fi legate de apariția și menținerea sindromului psihosomatic la copil; precum și faptul că simptomele psihosomatice ale copilului joacă un rol important în menținerea homeostazei familiale (Minuchin, et al, 1995).

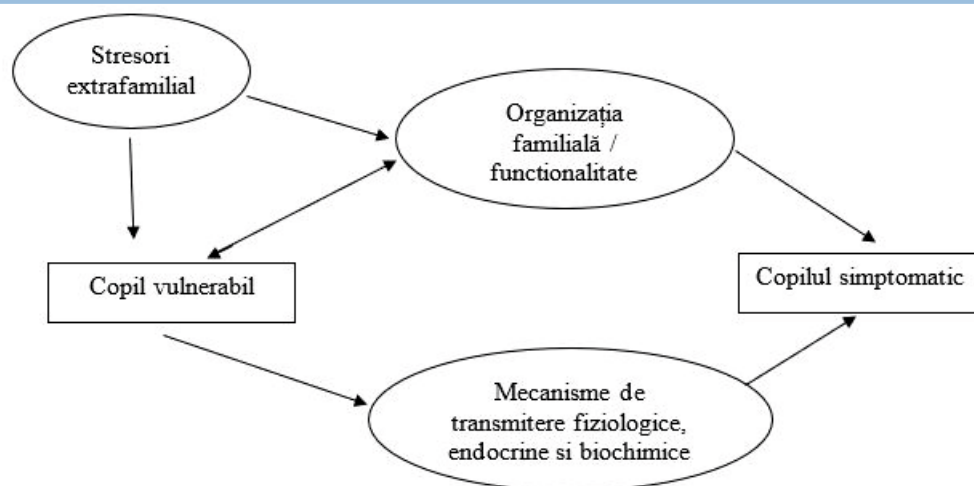


Fig. 1. Boala psihosomatică ca sistem deschis
(sursă: Minuchin et.al, 1995)

În urma cercetărilor, Minuchin și colaboratorii au diferențiat patru caracteristici ale familiilor psihosomatice. Izolat, niciuna dintre acestea nu pare să fie de ajuns pentru apariția sau susținerea simptomului psihosomatic, însă grupul matricelor tranzacționale a fost caracteristic acelor procese familiale care încurajează somatizarea.

Aceste caracteristici sunt următoarele: contopire (enmeshment), comportament hiperprotectiv, rigiditate și lipsa rezolvării conflictelor (Ibidem, 1995). Vorbim despre contopire (enmeshment) când granițele între membrii familiei sunt difuze, șterse, autonomia individuală este redusă. Comportamentul hiperprotectiv se manifestă prin relații foarte intense, membrii familiei se străduiesc să influențeze comportamentul și sentimentele celuilalt. În cazul rigidității normele care reglează viața de familie sunt foarte greu de modificat, soluțiile noi sunt acceptate cu greu. Lipsa rezolvării conflictelor înseamnă ascunderea problemelor sub covor. Familia suportă greu manifestarea conflictelor dintre parteneri. Certurile sunt interzise în cadrul familiei, acestea fiind considerate fenomene distrugătoare.

În familiile psihosomatice persoana care manifestă simptome are un rol reglator în rezolvarea conflictelor. Familia ajută la menținerea simptomului, însă și bolnavul contribuie la menținerea echilibrului patologic.

Într-o familie psihosomatică cu mai mulți copii, contopirea între părinți și copilul bolnav asigură independența crescută a celorlalți copii. În astfel de cazuri copilul bolnav „îi leagă” și „îi ține aproape” pe părinți. De multe ori persoana cea mai sensibilă din familie ia asupra sa acest rol (de bolnav) pentru a-i permite celorlalți copii o existență mai liberă (Hermann, 1981).

În familiile psihosomatice, membri familiei se tem că familia lor se destramă dacă se află că nu este totul în ordine la ei. De aceea regula de bază în astfel de familii este evitarea conflictelor. În astfel de familii conflictul este perceput ca ceva „periculos”, de aceea evitarea conflictelor este o strategie de bază pentru ei. Exprimarea sentimentelor negative este de neacceptată în astfel de familii. Această tensiune însă nu dispare ci doar se transpune pe o altă persoană din familie (de cele mai multe ori tensiunea dintre părinți se transpune pe copii), sau se transpune în cazul persoanei care nu o poate manifesta într-o boală somatică.

La evitarea conflictelor se pretează și în cazul familiilor sănătoase, însă în cazul familiilor psihosomatice acest comportament este dominant. Cel mai periculos este când părinții ca metodă de evitarea conflictelor, îi atrag în conflictul lor pe copii, așteptând ca aceștia să „rezolve” acest conflict.

Există trei forme ale atragerii copiilor în conflictul părinților: triangularea; coaliția dintre copil-părinte și rolul de „drum ocolitor” (ibidem, 1981). În cazul triangulării, ambii părinți îi îndeamnă pe copil să-i țină partea în fața celuilalt părinte.

Coaliția dintre copil-părinte presupune asocierea unui părinte cu copilul împotriva celuilalt părinte. Când un copil are rolul de „drum ocolitor” într-o familie, înseamnă că în familia respectivă doar la suprafață se pare că totul este în ordine în realitate copilul fiind cel care ține laolaltă familia respectivă.

Boala copilului poate fi cea mai bună metodă se descărcare a conflictului marital. În astfel de cazuri boala ajută la menținerea homeostazei familiale. Astfel se poate observa o ciclicitate „diabolică”, vicioasă, care menține și totodată amplifică boala.

Dorința de evitare a conflictelor este de fapt o normă socială. Familiile psihosomatice urmăresc această normă. Societatea în care trăim apreciază pozitiv și întărește atitudinea de evitare a conflictelor, jucând un rol important în menținerea și reglementarea cercului vicios.



Cei mai mulți dintre noi am experimentat puterea sistemului familial de-a lungul vieții noastre. Indiferent de schimbările petrecute la nivel social, familia a fost și a rămas un „atelier” al dezvoltării personalității. Cei doi părinți sunt „meșterii principali” al acestui atelier, iar aceștia sunt laici, lipsiți de experiență, neîncredători, consideră că au o răspundere foarte mare (Satir, 1984).

În concluzie, familia este un sistem aparte, cu o structură socială și relațională specifică; structură care este alcătuită dintr-o serie de situații comunitare, care sunt în legătură permanentă. Această serie de situații poate deveni subit sau treptat problematică. De obicei când apare problema, membrii familiei se focalizează în jurul unei singure persoane și o denumesc cea problematică, susținând că doar cu această persoană este problemă. Există familii relativ „fără probleme”, dar asta nu înseamnă că în aceste familii nu sunt probleme ci înseamnă că membrii familiei pot rezolva problemele apărute prin forțe proprii.



Bibliografie

- Anastasatu, C., *Tratat de Medicina Interna* vol I. Bolile aparatului respirator, Ed. Medicala Bucuresti, 1983, pp. 2571
- Hriwati, AL. G., Winter, M. A & Everhart, R., Examining Profiles of Family Functioning in Pediatric Asthma: Longitudinal Associations With Child Adjustment and Asthma Severity, *Journal of Pediatric Psychology*, Volume 42, Issue 4, May 2017, pp. 434- 444,
- Kaugars, A. S., Klinnert, M. D. & Bender, B. G., Family Influences on Pediatric Asthma, *Journal of Pediatric Psychology*, Volume 29, Issue 7, October 2004, pp. 475-491
- David, D. *Psihologia familiei*, suport de curs, a.n., pp.12
- Gorell-Barnes, J., *Család, terápia, gondozás*, Ed. Animula, 2001
- Hermann, Erzsébet, Berlin, I., In. *Család és betegség*. Valóság, 1981/9:95-108
- Lupu, R., *Aspecte epidemiologice, clinice și evolutive ale astmului bronșic la copii*, lucrare de doctorat, http://oldwww.umfiasi.ro/atdoc/Doctorate/Teze/Rezumate_lupu_rada.pdf
- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L., *Pszichoszomatikus családok*, Ed. Animula, Budapesta, 1995, pp.19-28
- Müller-Fabian, Andrea, *A családokkal való szociális munka elméleti és gyakorlati vonatkozásai*, Ed. ACCENT, Cluj-Napoca, 2015, pp. 68-82
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E., Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 2002, pp. 330-366.
- Szabó Alexandra, *Asztmás gyermekek és szülei életminősége és pszichés állapota*, lucrare de doctorat, Budapesta, 2009, pp. 8
- Satir, Virginia, *Satir step by step: A guide to creating change in families*, CA: Science and Behavior Books, Palo Alto, 1984
- Neamțu, Nicoleta, Fabian, Andrea, *Metode și tehnici de asistență socială a familiei*, Ed. Word System, Cluj-Napoca, 2001, pp. 21, pp. 57-63
- Nichols, M.P, Schwartz, R., C., *Terapia de familie. Concepte și metode*, Asociația de Terapie Familială, București, 2005, pp.119-120
- Wade, S. L., Weil, C., Holden, G., Mitchell, H., Evans, R., Kruszon-Moran, D., et al., Psychosocial characteristics of inner-city children with asthma: A description of the NCICAS psychosocial protocol. *Pediatric Pulmonology*, 24, 1997, 263-276.
- Weil, C. M., Wade, S. L., Bauman, L. J., Lynn, H., Mitchell, H., & Lavigne, J., The relationship between psychosocial factors and asthma morbidity in inner-city children with asthma. *Pediatrics*, 104(6), 1999, 1274-1280.
- Zinca, Daniela Petruța, *Consilierea adolescenților victime ale violenței intrafamiliale - o abordare sistemic - experiențială*, Teză de doctorat, rezumat, 2010, pp.4
- *** *Ghidul Actualizat pentru Managementul Astmului. Ghid practic*. Ed. Societatea Română de Pneumologie, 2008, pp.1

Optimizarea anchetelor sociale prin soluții dezvoltate în cadrul proiectului FAMILIA

Adrian Moldovan, Indeco Soft

Context

Ancheta socială reprezintă o metodă de investigație întemeiată pe diferite tehnici de culegere și de prelucrare a informației, în scopul analizei situației sociale și economice a persoanelor, familiilor, grupurilor sau comunităților (Legea nr. 292 din 2011 - Legea asistenței sociale).

În funcție de categoria de beneficiari în care se regăsesc persoanele vizate, ancheta se realizează în conformitate cu legislația specifică. Astfel, o anchetă socială în cazul unui bătrân aflat într-o situație de vulnerabilitate se realizează în baza prevederilor Legii nr. 17 din 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată, în timp ce ancheta socială premergătoare acordării unui ajutor social lunar în cazul familiilor sau persoanelor cu venituri sub un anumit nivel se realizează în baza prevederilor Legii nr. 416 din 2001 privind venitul minim garantat.

Implicațiile anchetei sociale

Deși anchetele sociale se desfășoară diferit, după reglementări diferite, există o trăsătură comună: rezultatul anchetei are un impact major în viața persoanei sau persoanelor vizate, fiind fundamentul pentru decizia de a acorda sau refuza beneficii și servicii de asistență socială, ori de intervenție a autorităților statului în viața privată a unor persoane. Rezultatul anchetei sociale dictează, spre exemplu, punerea la dispoziție a unui îngrijitor pentru o persoană vârstnică sau cu handicap, ori custodia copilului minor în cazul divorțului părinților.

Nu sunt de neglijat nici implicațiile financiare ale unei anchete sociale. Cum măsurile de asistență socială sunt finanțate aproape exclusiv din fonduri publice, acordarea beneficiilor și serviciilor înseamnă alocarea unor resurse financiare limitate în acest scop, în defavoarea altor interese publice legitime.

Din aceste considerente, autoritățile statului, ca entități responsabile de protecția socială și ca administratori ai bugetelor publice, au datoria legală și morală atât față de persoanele care necesită măsuri de asistență socială cât și față de contribuabilii cu alte interese legitime să reglementeze modul în care se realizează anchetele sociale în așa fel încât să fie eliminate sau cel puțin minimizeze riscurile privind fraudele, abuzurile, acordarea nemeritată a unor beneficii și servicii sociale intenționat sau neintenționat.

În practică, însă, aceste reglementări înseamnă birocrație, exces de formulare completate manual și introduse ulterior în sisteme informatice, mecanisme de colaborare interinstituțională complexe și anevoioase. „Victimele” acestui sistem sunt asistenții sociali și, indirect, chiar beneficiarii de asistență socială.

Este discutabil dacă, în încercarea de a remedia aceste probleme, ar fi oportună reducerea controlului asupra persoanelor beneficiare de asistență socială. În mod categoric, însă, digitizarea realizării anchetelor sociale ar reprezenta un demers extrem de util.

Digitizarea și automatizarea activităților în cadrul anchetei sociale este asigurată de soluții integrate moderne, cum este AsiSoc, îndeosebi în urma evoluției și dezvoltării acesteia prin proiectul FAMILIA - Asistență Medico-Socială Integrată stimulanț Îmbătrânirea Activă.

Prin utilizarea unei astfel de soluții, asistentul social începe tranziția dinspre funcționar public împovărat de birocrație înspre furnizor profesionist de servicii menite a răspunde nevoilor sociale, precum și celor speciale, individuale, familiale sau de grup, în vederea depășirii situațiilor de dificultate, prevenirii și combaterii riscului de excluziune socială, promovării incluziunii sociale și creșterii calității vieții.

La momentul actual, una dintre principalele probleme reclamate de asistenții sociali în legătură cu realizarea anchetei sociale este volumul mare de date de cules și introdus în sisteme informatice. Un exemplu este obligația de a completa la fața locului toate formularele fizice (hârtie) aferente anchetei, urmând ca la sediul serviciului public de asistență socială, datele din formulare să fie introduse în sisteme informatice. Această secvență de activități dublează inutil volumul de muncă al asistentului social.

AsiSoc propune ca alternativă completarea acestor formulare direct pe un dispozitiv mobil (de exemplu o tabletă) și permite inclusiv semnarea formularelor direct pe dispozitiv.

Integrarea cu aplicațiile de impozite și taxe permite realizarea automată în partea de back-end a verificărilor privind proprietățile persoanelor vizate de anchetă, acolo unde se impune acest lucru.

Prin componenta de tip InfoChiosc, informațiile publice și formularele relevante vor fi puse la dispoziția beneficiarilor, diminuând într-o anumită măsură timpul petrecut furnizând informații ușor accesibile.

AsiSoc este furnizat pe modelul Software ca Serviciu și rezolvă astfel problemele serviciilor de asistență socială legate de lipsa infrastructurii hardware necesare pentru găzduirea unor sisteme informatice complexe, lipsa personalului specializat pentru gestionarea infrastructurii, riscurile de securitate etc.

Datele introduse astfel vor fi preluate automat în sistemul integrat AsiSoc, scutind astfel asistentul social de acest task repetitiv și înjumătățind volumul de muncă. Utilizarea dispozitivului permite inclusiv realizarea de imagini foto/video și preluarea automată în AsiSoc.

Documentele prezentate de persoanele vizate de ancheta socială (spre exemplu cărțile de identitate) pot fi scanate iar datele din acestea vor extrase automat utilizând OCR (optical character recognition, sau recunoașterea optică a caracterelor) și preluate automat în AsiSoc.





La fel ca în cazul altor activități, pentru asigurarea respectării termenelor legale și pentru alocarea optimă a resurselor este necesară o planificare prealabilă a anchetelor sociale, atât pentru beneficiari noi și cât și pentru beneficiari existenți, care au deja dosare înregistrate.

Util în special atunci când un asistent social are în responsabilitate un număr mare de beneficiari, în cazul anchetelor care urmează să expire într-un termen scurt, AsiSoc oferă suportul necesar pentru planificarea realizării acestor anchete în cel mai scurt timp posibil, oferind asistentului social traseul cel mai scurt pentru deplasarea la locurile în care va realiza anchetele.

1. Serviciul Public Asistența Socială - 0m

2. jud. MARAMUREȘ, str. 1, nr. 1, bl. 1 - 1522m

3. jud. MARAMUREȘ, loc. BAIĂ MARE, STR ELECTROLIZEI, nr. 15A - 3190m

4. jud. MARAMUREȘ, loc. BAIĂ MARE, STR GRANICERILOR, nr. 73, bl. 73, ap. 12 - 1345m

5. jud. MARAMUREȘ, loc. BAIĂ MARE, STR ALEEA FILATURII, nr. 5, ap. 45, sc. q - 4190m

6. Serviciul Public Asistența Socială - 3299m

Distanța totală: 13506m ~ 13.5km

Animează Ruta

Reglare viteză animație

- Buton animație simulare traseu.

Alte avantaje aduse de optimizarea anchetelor sociale

Soluția AsiSoc, pusă la dispoziția serviciilor de asistență socială asigură, în plus față de beneficiile prezentate anterior, reduceri de costuri cu personalul prin eficientizarea și simplificarea activităților și proceselor de lucru. Gradul ridicat de automatizare înseamnă implicit și o diminuare semnificativă a erorilor umane în procesarea datelor.

Fiind un instrument modern, face trecerea - atât cât permite legislația actuală - de la dosare fizice la dosare electronice. Administrația și serviciile publice din România utilizează încă volume imense de hârtie, cu toate că în ultimii ani au existat inițiative importante pentru digitizare pornite de la nivel central, inclusiv prin programe cu finanțare nerambursabilă.

Cuprins

1. Îmbătrânirea sănătoasă - Integrarea serviciilor în asistența medicală și socială.....	3
2. Vulnerabilități clinice și juridice în alienarea parentală	7
3. Roluri profesionale ale asistentului social care lucrează cu persoanele cu venituri mici.....	12
4. Asistența socială între nevoi și realitate	16
5. Astmul bronșic la copii - rolul factorilor parentali în evoluția bolii -	19
6. Optimizarea anchetelor sociale prin soluții dezvoltate în cadrul proiectului FAMILIA.....	24



fAMILIA



ISSN 2602-0696 Ediția III - 2020

Proiect cofinanțat din Fondul European de Dezvoltare Regională prin Programul Operațional
Competitivitate 2014-2020
Editorul materialului: SC Maestro Tip SRL
Data publicării: 21.08.2020
Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene
sau a Guvernului României