UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT
„ION CREANGĂ”
FACULTATEA PSIHOLOGIE ȘI PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ
CATEDRA ASISTENȚA SOCIALĂ



CERNEAVSCHI VIORICA

ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR DE VÂRSTA A TREIA

Suport de curs

CHIȘINĂU, 2026

Aprobat spre editare de Senatul Universității Pedagogice
de Stat „Ion Creangă” din Chişinău în ședința din 27.11.2025, proces-verbal nr.3

Autor: CERNEAVSCHI Viorica, conf. univ. dr., Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

Recenzenți:
STRATAN VALENTINA, dr., conf. univ., Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău
COJOCARU AURELIA, dr., lect. univ., Universitatea de Studii Europene din Moldova

Redactor: CHIPER Grigore, dr., conf. univ.

**DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII
DIN REPUBLICA MOLDOVA**

Cerneavschi, Viorica.

Asistenţa socială a persoanelor de vârsta a treia : Suport de curs / Viorica Cerneavschi ; Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă", Facultatea Psihologie și Psihopedagogie Specială, Catedra Asistenţa Socială. – Chişinău : [S. n.], 2026 (CEP UPSC). – 83 p. : fig. color.
Bibliogr.: p. 81-83 (38 tit.). – [100] ex.

ISBN 978-9975-48-362-9. – ISBN 978-9975-48-363-6 (PDF).
364.2-053.88(075.8)
C 36

**Centrul Editorial-Poligrafic al Universității Pedagogice de Stat
„Ion Creangă” din Chișinău**

© Cerneavschi Viorica, 2026

PRELIMINARII

Suportul de curs „Asistența socială a persoanelor de vârsta a treia” este destinat studenților de la programul de studii Asistența Socială din cadrul Facultății Psihologie și Psihopedagogie Specială a UPSC și reprezintă o componentă importantă a procesului de pregătire profesională a asistentului social. Cursul se încadrează în seria unităților de curs de specialitate, care vizează protecția socială a persoanelor și grupurilor dezavantajate socială și are ca scop acumularea cunoștințelor și formarea abilităților și competențelor profesionale de intervenție asistențială în cazul persoanelor de vârsta a treia și al celor dezavantajate social. Rezultatele învățării urmează a fi aplicate și dezvoltate pe parcursul stagiilor de practică, precum și la elaborarea tezelor de licență.

Suportul de curs „Asistența socială a persoanelor de vârsta a treia” oferă o prezentare sintetizată a principalelor aspecte legate de asistența socială a persoanelor de vârsta a treia. Materialul include teme privind caracteristicile vârstei a treia, teoriile specifice domeniului, modificările biologice și psihologice ale îmbătrânirii, precum ar fi depresia și demența. Sunt abordate, de asemenea, dependența vârstnicilor, serviciile sociale disponibile, instituționalizarea ca formă de protecție și organizarea serviciilor de asistență socială la domiciliu. Suportul oferă o bază esențială pentru înțelegerea nevoilor și intervențiilor destinate persoanelor vârstnice.

Prin această structură, suportul de curs propune o sinteză bine organizată și utilă pentru formarea viitorilor specialiști în domeniul asistenței sociale a persoanelor de vârsta a treia.

La finalizarea cursului studenții vor fi capabili:

- să explice principalele concepte specifice domeniului dat;
- să determine problemele social-economice ale persoanelor de vârsta a treia;
- să aplice diverse modalităţi de evaluare și intervenţie în lucrul cu persoanele de vârsta a treia;
- să elaboreze managementul de caz în cazul beneficiarilor de vârsta a treia;
- să determine modul de plasare a persoanelor de vârsta a treia în instituţiile sociale;
- să stabilească modalități de acordare a asistenței sociale persoanelor vârstnice la nivelul comunităților locale;
- să conştientizeze importanţa şi specificul lucrului cu persoanele vârstnice utilizând metodele specifice asistenţei sociale.

CUPRINS

PRELIMINARII 3

TEMA 1. ASPECTE GENERALE PRIVIND PERSOANELE DE VÂRSTA A TREIA 5

TEMA 2. TEORII CU PRIVIRE LA ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE 11

TEMA 3. MODIFICĂRI ORGANICE ŞI PSIHOLOGICE CARACTERISTICE VÂRSTEI A TREIA 17

TEMA 4. ADAPTAREA LA VÂRSTA A TREIA ȘI CRIZELE DE ADAPTARE. DEPRESIA ȘI DEMENȚA – TULBURĂRI CU RISC RIDICAT DE APARIȚIE LA PERSOANELE DE VÂRSTA A TREIA 24

TEMA 5. DEPENDENŢA PERSOANELOR VÂRSTNICE. DIAGNOSTICUL DEPENDENŢEI 33

TEMA 6. SERVICIILE SOCIALE PRESTATE PERSOANELOR DE VÂRSTA A TREIA 37

TEMA 7. INSTITUŢIONALIZAREA - FORMĂ DE PROTECŢIE A PERSOANELOR DE VÂRSTA A TREIA 55

TEMA 8. ORGANIZAREA ŞI FUNCŢIONAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE SOCIALĂ LA DOMICILIU A VÂRSTNICILOR 67

SURSE BIBLIOGRAFICE: 81

TEMA 1. ASPECTE GENERALE PRIVIND PERSOANELE DE VÂRSTA A TREIA

1. ***Definirea și clasificarea noțiunilor de bătrânețe și îmbătrânire***
2. ***Drepturile persoanelor de vârsta a treia***
3. ***Pensionarea – schimbarea statutului economic şi a celui social***

1. Definirea și clasificarea noțiunilor de bătrânețe și îmbătrânire

Teremenul ***gerontologie*** a fost introdus de către Mecinikov în 1903 şi se defineşte ca ştiinţa proceselor de îmbătrânire (grecescul geron „bătrân").

Geriatria a fost creată de Nascher în 1909 fiind o ramură a medicinei, care cercetează aspectele patologice ale îmbătrânirii. Ea se referă la aspectele medicale şi de îngrijire ale persoanelor în vârstă.

Pentru o înțelegere corectă a termenului de bătrân sau vârstnic este necesar să precizăm că Hipocrate împărțea viața în șapte perioade, numind „bătrân" pe cel care împlinea vârsta de 56 de ani. În filozofia chineză, vârstnicii erau cei trecuți de 70 de ani.

Diferiţi autori au încercat să definească bătrâneţea şi să-i stabilească limitele. Astfel, s-au elaborat numeroase definiţii.

Noţiunea de vârstă înaintată se utilizează pentru perioada din viaţa omului care urmează după maturitate şi se ţine până la sfârşitul existenţei sale. Această perioadă mai este numită şi *vârsta a treia, perioada de involuţie, perioada de bătrâneţe* sau *senescenţă.*

Dicţionarul Larousse de psihiatrie defineşte bătrâneţea ca fiind ultima perioadă a vieţii corespunzând rezultatului normal al senescenţei.

OMS consideră:

a. persoane între 60 şi 74 ani;
b. persoane între 75 şi 90 ani;
c. marii bătrâni – peste 90 ani.

În concepţiile medico-sociale franceze se vorbeşte despre:

a. vârsta a treia – după 65 ani (corespunzând vârstei pensionării);
b. vârsta a patra – după 80 ani.

Americanii clasifică persoanele de vârsta a treia astfel:

a. bătrâni – tineri: 65-75 ani;
b. bătrâni – bătrâni: mai mult de 75 ani.

Cea mai uzuală formă de clasificare a bătrâneţei cuprinde 3 stadii:

a. stadiul de trecere spre bătrâneţe – de la 65 la 75 ani;
b. stadiul bătrâneţii medii – 75-85 ani;
c. stadiul marii bătrâneţi (al longevivilor) – peste 85 ani.

În 1985 Adunarea Generală a ONU a recomandat următoarea clasificare a persoanelor în funcție de vârstă:

a. adulți – între 45-59 ani;
b. persoane vârstnice – între 60-64 ani;
c. persoane bătrâne – între 65 și 90 ani;
d. persoane foarte bătrâne – peste 90 ani.

În prezent ONU recomandă vârsta de 65 de ani drept limita de la care o persoană se consideră vârstnică.

Tot dicţionarul Larousse defineşte ***îmbătrânirea*** ca fiind ansamblul de transformări ce afectează ultima perioadă a vieţii şi care constituie un proces de declin, semnele îmbătrânirii fiind: slăbirea ţesuturilor, atrofie musculară cu scăderea funcţiilor şi performanţelor şi limitarea progresivă a capacităţii de adaptare.

Îmbătrânirea oferă în mod vădit imaginea inversă a dezvoltării şi a putut fi descrisă ca o involuţie.

Îmbătrânirea este un proces intrinsec, inevitabil şi ireversibil de pierdere a viabilităţii și de creştere a vulnerabilităţii. Îmbătrânirea este suma tuturor mecanismelor deteriorative prin care indivizii îşi pierd viabilitatea.

Se cunosc două aspecte ale îmbătrânirii:

1) ***îmbătrânirea unei populaţii*** – fenomen complex, care se referă la creşterea proporţiei persoanelor vârstnice într-o populaţie dată. Consecinţelor demografice li se asociază consecinţele socio-familiale. Astfel, o proporţie prea ridicată de persoane în vârstă în raport cu populaţia activă constituie o problemă economică.

Situația demografică

În Republica Moldova, la începutul anului 2025 locuiau 616,5 mii persoane în vârstă de 60 de ani şi peste, ceea ce constituie 25,9% din totalul populației cu reședință obișnuită. Din numărul total al vârstnicilor, 371,4 mii persoane erau femei (sau 60,2%), 40,0 mii dintre acestea (sau 10,8%) fiind femei care au depășit vârsta de 80 ani. Ponderea persoanelor în vârstă de 60+, a fost pe parcursul ultimilor cinci ani, în continuă creștere: de la 22,4% la începutul anului 2021 până la 25,9% la începutul anului 2025. Totodată, analizând structura persoanelor vârstnice, se constată că în ultimii cinci ani s-a înregistrat o creștere a ponderii vârstnicilor din grupa de vârstă 70-74 de ani cu 3,0 puncte procentuale (de la 19,0% la începutul anului 2021 până la 22,0% la începutul anului 2025). În același timp, se constată o diminuare a ponderii vârstnicilor din grupa de vârstă 60-64 de ani cu 4,5 p.p. (de la 33,8%,la începutul anului 2021 până la 29,3% la începutul anului 2025).

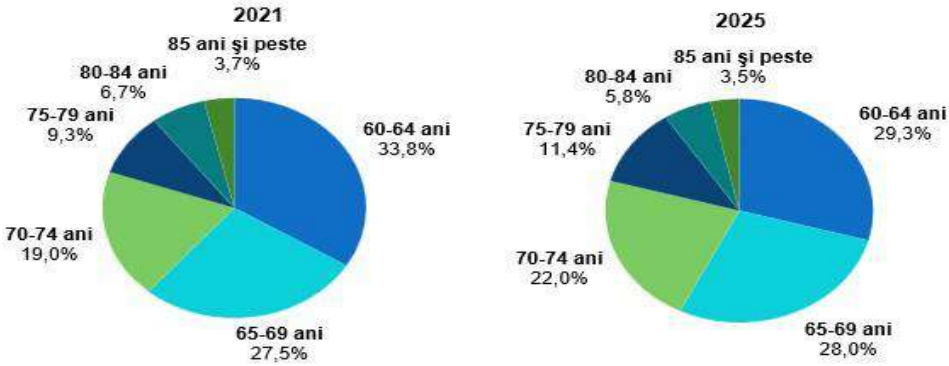


Fig.1. Populaţia în vârstă de 60 ani și peste, pe grupe de vârstă, la 1 ianuarie, pentru anii 2021 și 2025

La începutul anului 2025, coeficientul de îmbătrânire a populaţiei a constituit 25,9%, ceea ce corespunde unui nivel înalt de îmbătrânire demografică. Comparativ cu începutul anului 2021, acesta a înregistrat o majorare cu 3,5 p.p. Diferenţe se constată şi în repartizarea pe sexe, coeficientul îmbătrânirii populației feminine, la începutul anului 2025, fiind cu 6,9 p.p. mai mare față de cel al bărbaților și a constituit 29,1%, comparativ cu 22,2% în cazul bărbaților.

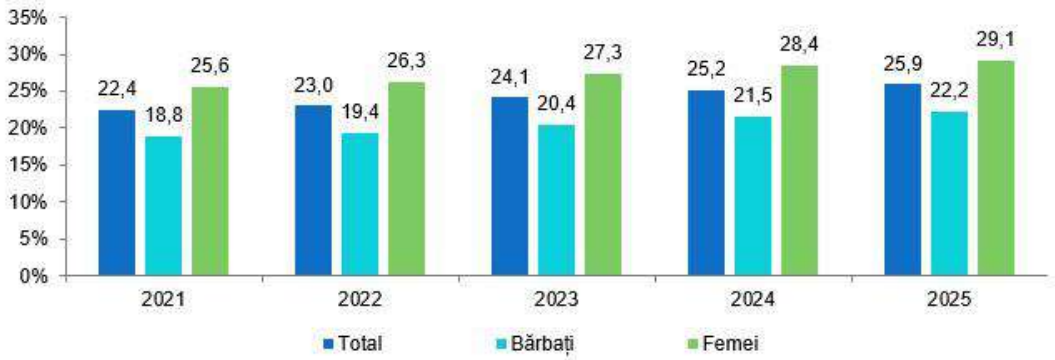


Fig. 2. Coeficientul de îmbătrânire a populaţiei pe sexe, la 1 ianuarie, pentru anii 2021-2025

2) ***îmbătrânirea individului*** se caracterizează prin modificări fiziologice ce micşorează adaptabilitatea la mediul înconjurător.

Îmbătrânirea individului se realizează prin câteva tipuri de îmbătrânire:

a) *îmbătrânirea fiziologică*: o îmbătrânire armonioasă, normală, lentă, continuă, eterogenă, permite individului, în funcţie de zestrea sa ereditară și de factorii de mediu, să atingă o vârstă înaintată. Ea este un echilibru între ceasul cronologic şi biologic;

b) *îmbătrânirea nefiziologică (patologică)*, sinonimă cu „boala”, presupune o degradare rapidă, avansată, ce imprimă un decalaj între vârsta calendaristică şi cea biologică. Acest tip de îmbătrânire apare sub influenţa unor agenţi patogeni.

Dicţionarul Larousse prezintă şi stadiul de presenescenţă – perioada începutului îmbătrânirii, întinzându-se între 45 şi 65 de ani şi variind de la un individ la altul (menopauza şi andropauza).

Îmbătrânirea depinde de factori biologici (ereditari), precum și de mediul ambiant.

Începând cu 1990, 1 octombrie este declarată ziua internaţională a persoanelor în etate. În 1992 ONU a elaborat un plan internaţional de acţiune consacrat senescenţei, în care au fost formulate 5 principii de bază cu privire la viaţa persoanelor vârstnice, şi anume cetăţenii în etate trebuie:

1) să fie în stare să trăiască independent;
2) să participe la viaţa socială şi politică;
3) să beneficieze de un sistem calitativ de protecţie socială şi de ocrotire a sănătăţii;
4) să dispună de condiţii favorabile pentru a duce o viaţă activă spre binele societăţii;
5) să se bucure de un trai decent.

Profesioniştii chemaţi a se ocupa cu această categorie de vârstă ar trebui să conştientizeze că nu sunt suficiente doar cunoştinţele: acestea ar trebui să fie dublate de o formaţie caritabilă, umanistă, asociată cu sentimente de respect şi afecţiune; nu este suficient să hrănim bătrânul – este necesar să empatizăm cu el.

2. Drepturile persoanelor de vârsta a treia

În lume sunt însă adeseori ignorate, deşi ele s-au impus din 1976, acestea fiind:

1) dreptul la îngrijire medicală;
2) dreptul la religie;
3) dreptul la prevenirea dependenţei;
4) dreptul la ocrotire de către personal calificat;
5) dreptul la ocrotire legală;
6) dreptul de a alege locul şi modul de trai;
7) dreptul la susţinere familială şi comunitară;
8) dreptul la îngrijiri paliative.

3. Pensionarea – schimbarea statutului economic şi a celui social

Pensionarea este una dintre cele mai importante pietre de hotar ale vieţii în societăţile industriale occidentale. Semnificaţia ei este copleşitoare pentru toţi cei care au fost obişnuiţi să-şi definească utilitatea în termenii profesiei.

Munca oferă, de asemenea, interacţiune socială şi,, pentru mulţi pensionari, aceasta este cea mai importantă pierdere. Mai oferă un scop personal în viaţă şi un loc în societate. În termeni socio-economici, veniturile celor mai mulţi oameni scad dramatic cu ocazia pensionării.

Pensionarea este percepută de mulţi ca o pierdere, o schimbare radicală în viaţă, deşi toate studiile arată că marile dificultăți pot fi depășite, atunci când este găsit un sens nou şi i se face o pregătire persoanei.

Pensionarea reprezintă un fenomen important în viaţă, care poate marca un punct terminus al dinamismului social sau, din contra, un punct de început al activităţilor pentru care n-a existat anterior timp sau fonduri.

În general, pensionarea este asemănată cu o boală, cu singurătatea, stigmatizarea, izolarea, de altfel, există şi problema scăderii veniturilor, ceea ce poate duce la fenomenul de frustrare şi de revoltă, considerând valoarea pensiei ca fiind o lipsă de respect din partea statului pentru munca depusă.

Cu atât mai mare este impactul, cu cât pensionarea are o cauză patologică. Aici asistentul social ar fi acel profesionist care să îl îndrume şi să îl consilieze pe bolnav, deci prezenţa lui ar fi foarte importantă în spitale. Un pensionar de boală îşi pierde brusc capacitatea de lucru, fapt ce intervine în mod agresiv atât pe plan economic, cât şi pe plan psihic.

Unul din efectele pensionării constă în diminuarea veniturilor și apariția dificultăților financiare, care se reflectă și în pierderea poziției sociale și a prestigiului.

Pensionarea mai poate fi un eveniment generator de criză, când aceasta survine ca urmare a restructurărilor făcute la locul de muncă. Tot în plan social se pierd anumite roluri care au fost câştigate de-a lungul vieţii, ceea ce poate duce la crize de adaptare mai accentuate în rândul bărbaţilor aflaţi până în acel moment în funcţii importante.

Femeile par mai puţin afectate de pensionare, dar pot trece prin crize de anxietate; multor femei le revine după pensionare rolul de bunică, se ocupă de amenajarea casei sau, nu de puţine ori, de îngrijirea rudelor bolnave.

În primul rând, asistenţii sociali trebuie să fie gata să ofere sfaturi adecvate (bătrânilor mai tineri), de exemplu privind organizarea unei vieţi fără muncă. În al doilea rând, asistenții sociali sunt adesea implicaţi în ajutorarea acelor persoane care îngrijesc rude mai în vârstă. Aici atenţia trebuie să fie îndreptată către o largă gamă de ajutoare financiare, practice şi emoţionale, care trebuie asigurate.

Pensionarul este nevoit să-şi petreacă o mare parte a timpului în casă „între patru pereţi”, iar oraşele moderne accentuează acest sentiment de claustrare cu efectele sale nocive.

Nemulţumirile şi insatisfacţiile datorate retragerii din activitate reprezintă un semnal pe care asistenţii sociali îl pot interpreta în mod dual:

1. Susţinerea unor proiecte care să aibă drept scop ameliorarea politicii sociale şi protejarea efectivă a acestei categorii de populaţie.
2. Reorientarea bătrânilor spre activităţi care să permită obţinerea satisfacţiilor emoţionale şi financiare prin exersarea tuturor abilităţilor deţinute.

În urma pensionării, vârstnicii pot avea şi sentimente de optimism, în sensul că a sosit momentul să-şi realizeze proiecte pentru care nu au avut timp (literatură, excursii), dar pot apărea și reacţii depresive ce aduc în vizor moartea, nesiguranţa zilei de mâine, boala. De asemenea, pot apărea adevărate „nevroze de pensionare" ce pot să accelereze stresul îmbătrânirii. Pentru persoanele din mediul rural, efectul pensionării nu apare brutal, adaptarea făcându-se progresiv, prin continuarea muncii în agricultură şi gospodărie.

Fiind un moment de răspântie în viaţa socială a persoanei, pensionarea ar trebui să găsească în atenţia profesoniştilor, care acceptă în unanimitate că, dacă se face o pregătire anterioară adecvată, ea este mult mai uşor depăşită.

Sarcini pentru activitatea individuală:

2. Analizați datele statistice privitor la îmbătrânirea demografică a populației în RM.
3. Analizați diferențele dintre noțiunea de bătrânețe și îmbătrânire și a principalelor clasificări ale îmbătrânirii (biologică, psihologică, socială etc.).
4. Identificați minimum cinci drepturi fundamentale și argumentați importanța fiecăruia.

TEMA 2. TEORII CU PRIVIRE LA ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE

1. ***Introducere***
2. ***Teoria rolurilor***
3. ***Teoria activității***
4. ***Teoria dezangajării***
5. ***Teoria continuității***
6. ***Teoria sistemelor***

1. Introducere

Teoriile evidenţiate în literatura de specialitate din domeniul gerontologiei sunt rezultate ale unor studii cu privire la modificările care se produc odată cu pensionarea. Pe baza observațiilor, a ipotezelor formulate și testate s-au concretizat o serie de teorii ale îmbătrânirii, care încearcă explicarea unor comportamente de adaptare sau de neadaptare la această vârstă, cu alte cuvinte, ce se întâmplă cu ființele umane care îmbătrânesc.

Schimbări sunt sesizate la nivelul rolurilor, al activităţii, continuităţii sau discontinuităţii activităţii, al interacţiunii cu ceilalţi sau al separării de ei, al grupării în funcţie de caracteristici specifice tagmei, al efectelor pe care stratificarea şi economia socială le produc, la nivelul mediului de viaţă (Hooyman şi Kiyak, 1996).

Teoriile menţionate pot ajuta asistenţii sociali să înţeleagă contextul în care trăiesc şi se manifestă persoanele vârstnice, să identifice posibile motive şi explicaţii pentru modul în care indivizii se adaptează cu trecerea anilor.

2. Teoria rolurilor

Teoria rolurilor, fundamentată de Cottrell (1942), a fost preocupată de consecințele schimbării rolului în procesul de îmbătrânire. Modificările survenite pe parcursul acestui proces sunt grupate în două categorii:

- diminuarea rolurilor tipice perioadei adulte și a relațiilor sociale;
- înlocuirea rolurilor și a relațiilor specifice etapei de vârstă adultă cu alte roluri și relații tipice pentru perioada de vârstă de după pensionare.

Phillips (1957) a efectuat o serie de cercetări empirice, încercând să demonstreze relația dintre pierderea rolurilor și adaptarea la vârsta a treia. În urma acestor cercetări, autorul a ajuns la concluzia că adaptarea scade pe măsura înaintării în vârstă. Acest fapt este observabil și prin scăderea gradului de implicare a persoanelor în vârstă în activitățile zilnice: ei îmbrățișează tot mai des rolul de

spectator și se gândesc tot mai mult la trecut, la moarte, nimic din activitățile din jur nemaiprezentând importanță pentru ei.

Se consideră că înaintarea în vârstă este mai legată de pierderea unor roluri decât de achiziţionarea unora noi: rolul de soţ/soţie este pierdut prin decesul partenerului, rolul de persoană activă pe piaţa muncii se pierde odată cu pensionarea.

Deşi unii caută să revină la un rol avut anterior – prin recăsătorire sau prin identificarea unui alt loc de muncă –, majoritatea persoanelor de vârsta a treia nu se înscriu în această tendinţă. O altă dimensiune este cea a pierderii din consistenţa rolurilor – ambiguitatea acestora se amplifică pe fondul modificării expectanţelor şi a solicitărilor. Astfel, unele roluri, cum este cel de mamă, de tată, îşi pierd din conţinut.

Societatea noastră se află într-o oarecare confuzie în privinţa rolurilor persoanelor de vârsta a treia: pe de o parte, acestea sunt asociate cu cele ale vârstei adulte – dinamism, activitate –, pe de altă parte, cu cele ale unor persoane marcate de neputinţă. În absenţa unor expectanţe clare de rol, a unor norme care să dimensioneze conformarea sau abaterea de la standarde, a unor modele, persoanele de vârsta a treia nu se simt încurajate să realizeze noi roluri sau nu le găsesc adecvate lor.

Discontinuitatea dintre solicitările de la locul de muncă anterior şi cele apărute după pensionare poate spori dilemele cărora persoana de vârsta a treia este invitată să le facă faţă. Cu privire la acest aspect, există controverse în literatura de specialitate, susţinându-se necesitatea pregătirii pentru pensionare, prin învăţarea, spre exemplu, a înlocuirii solicitărilor de performanţă de la locul de muncă cu unele adaptate petrecerii timpului după pensionare. De o parte a susţinătorilor acestei teorii se situează cei care consideră că vârsta a treia nu este doar o perioadă a pierderii rolurilor, ci şi una a acumulării unora noi: de bunic etc.

Astfel, rolul „persoanei dependente” nu devine inevitabil odată cu înaintarea în vârstă. Păstrarea rolurilor bazate pe autonomie cât mai mult timp devine, în acest context, o modalitate de intervenţie.

3. Teoria activităţii

Teoria activității a fost numită și teoria implicită a îmbătrânirii. Ea subliniază existența unei relații strânse între activitate și satisfacția vieții, consideră că, deși individul se confruntă în procesul de îmbătrânire cu modificări anatomo-fiziologice și de sănătate, nevoile psiho-sociale rămân, în esență, aceleași cu cele din perioada adultă. De fapt, lumea socială se retrage din fața individului bătrân, făcând mai

dificilă realizarea satifacțiilor sociale pentru persoanele în vârstă. Cei care reușesc să îmbătrânească în condiții optime sunt persoanele care rămân active.

Potrivit acestei teorii, indivizii care reușesc să-și prelungească activitățile din perioada maturității, să-și înlocuiască prietenii dispăruți cu alții noi vor fi mai bine adaptați pentru anii pensionării. Se consideră că „satisfacția vieții" este o dimensiune importantă a teoriei activității. Se poate afirma că bătrânii trăiesc un grad înalt de satisfacție dacă:

- ✓ se bucură de activități zilnice;
- ✓ își văd viața împlinită;
- ✓ au o imagine de sine pozitivă;
- ✓ își păstrează atitudinea și starea de spirit optimiste;
- ✓ au simțiul umorului dezvoltat;
- ✓ au capacitatea de a vedea lucrurile în perspectivă;
- ✓ denotă un stil de viață moderat.

Principala idee susţinută de teoria activităţii (Havighurts,1968) evidenţiază următoarele: cu cât persoana este mai activă, cu atât va fi mai satisfăcută şi mai adaptată la viaţa socială.

Teoria activităţii vorbeşte puţin despre ce se întâmplă cu oamenii atunci când nu reuşesc să menţină standardele vieţii adulte. Teoria nu explică de ce unele persoane în vârstă sunt pasive şi fericite, în timp ce altele sunt foarte active, dar nefericite.

O altă limită a teoriei activităţii este presupoziţia că oamenii doresc să continue aceleaşi modele comportamentale, aceleaşi activităţi. Mulţi bătrâni care au fost activi pe parcursul vârstei mijlocii pot să nu mai dorească să menţină acel nivel al implicării, chiar pot opta pentru reducerea implicării lor sociale.

Unele persoane în vârstă, aflate în pragul pensionării, vor să aibă timp în care „să nu facă nimic". S-ar putea concluziona că dorinţa persoanelor în vârstă de a fi active depinde de experienţele de-a lungul vieţii, de personalitate şi de nevoi.

În studiul lui Havighurst (1968) se conştientizează importanţa personalităţii când vorbim despre asocierea dintre nivelul de activitate şi satisfacţia existenţială. Astfel, persoanele care sunt active, independente şi orientate spre împlinire la vârsta adultă pot fi satisfăcute dacă vor realiza aceasta şi la vârsta a treia, în timp ce altele care s-au obişnuit să fie pasive, dependente şi orientate spre aspectele domestice pot dori să continue acest stil şi mai târziu.

4. Teoria dezangajării

Teoria dezactivării sau dezangajării, elaborată de Elaine Cumming şi Henry (1961), contrastează cu teoria rolurilor și cu cea a activității, axându-se pe tipul

interacțiunilor dintre persoanele în vârstă și sistemul social. Cercetătorii au constatat o diminuare a acestor activități, pe care au numit-o „retragere mutuală”, valabilă, mai mult, pentru indivizii care doresc acest lucru.

Teoria dezangajării este considerată prima abordare comprehensivă, multidisciplinară şi explicit lansată de comportamentaliști în gerontologie.

Conform lui Cumming şi Henry (1961), procesul prin care oamenii în vârstă descresc nivelul de activitate, prin care caută roluri mai pasive, interacţionează mai rar cu alţii şi devin din ce mai preocupaţi de viaţa lor interioară este văzut ca unul normal, inevitabil şi satisfăcător la nivel personal, putând marca începutul unei revizuiri a vieţii.

În acord cu această teorie, persoanele în vârstă, pierzând unele roluri şi o parte din energie, vor să fie eliberate de expectanţele sociale de productivitate şi competitivitate. Dezangajarea este văzută, astfel, ca un comportament adaptativ, care ajută persoana în vârstă să îşi păstreze încrederea şi liniştea, chiar dacă realizează roluri sociale periferice. Pentru bărbaţi, procesul dezangajării pare a fi abrupt, din momentul în care îşi încheie rolurile profesionale. Pentru femei, dimpotrivă, tranziţia de la ceea ce reprezintă adesea rolul lor ca părinţi este gradual şi mai moderat.

Dezangajarea nu este văzută doar utilă şi funcţională individului, dar şi societăţii. Fiecare societate are nevoie de modalităţi ordonate de transmitere a puterii de la generaţiile în vârstă către tineri. Politicile de pensionare, spre exemplu, sunt considerate o modalitate prin care tinerii se pot implica în noi roluri ocupaţionale. Din moment ce persoanele în vârstă se retrag din curentul principal de dezvoltare al societăţii, moartea lor nu reprezintă un pericol pentru funcţionarea normală a societăţii. Astfel, teoria dezangajării susţine că serviciile sociale nu ar trebui să urmărească revitalizarea bătrânilor, ci să încurajeze retragerea lor.

Această teorie a fost aspru criticată pentru susţinerea ideii că dezangajarea sau retragerea ar fi inevitabilă, funcţională şi universală.

Dezangajarea se poate manifesta diferit şi la acelaşi individ: se poate retrage din viaţa socială – nu mai frecventează evenimentele sociale, dar rămâne activ din punct de vedere psihologic –, citeşte şi participă la discuţii pe teme de actualitate. Retragerea persoanelor în vârstă poate fi privită nu doar ca o preferinţă individuală, ci ca un eşec al societăţii în oferirea de noi modalităţi de continuare a implicării.

5. Teoria continuităţii

O altă teorie cunoscută şi îndelung dezbătută este cea a continuităţii. Conform acestei teorii, persoanele în vârstă substituie rolurile pierdute cu unele

similare, continuând să menţină modalităţi tipice de adaptare la mediu, asigurându-şi astfel echilibrul interior. Se porneşte de la premise că fiecare individ, indiferent de vârstă, are o personalitate şi un stil de viaţă diferite de ale celorlalţi, că personalitatea joacă un rol major în adaptare la procesul de îmbătrânire. Astfel, se justifică diversitatea modelelor de îmbătrânire, dacă se ia în considerare probabila continuitate a stilurilor anterioare individualizate.

Persoanele care au fost întotdeauna pasive sau retrase este prea puţin probabil să devină active după pensionare. Pe de altă parte, celor care au fost întotdeauna active, asertive şi implicate social nu le va plăcea, susţine această teorie, să îşi petreacă vârsta a treia stând în casă.

Această teorie statuează, în fapt, că, pe măsură ce trec anii, fiecare individ devine mai asemănător cu ceea cea fost în tinereţe. Caracteristicile centrale ale personalităţii devin mai pronunţate, iar sistemul axiologic mai proeminent. Un individ îmbătrâneşte cu succes dacă menţine o personalitate matură, integrată pe toată perioada vieţii, aceasta fiind condiţia satisfacţiei în viaţă.

Continuarea activităţii, a implicării, va contribui la menţinerea stimei de sine, la întreţinerea satisfacţiei existenţiale.

Este criticată, cu privire la această teorie, considerarea primelor stadii de dezvoltare ca indiciu al mulţumirii în procesul de îmbătrânire şi ideea menţinerii unor modele comportamentale pe parcursul vieţii. Se consideră că modul de viaţă, la vârsta a treia, este rodul unor experienţe şi nu o continuare, o reflectare a modelelor de viaţă utilizate pe parcursul anilor.

Nevoia de continuitate poate reduce stima de sine la o vârstă în care puterea fizică şi resursele financiare limitate pot solicita modificări în stilul de viaţă. Continuarea aceloraşi activităţi poate fi considerată chiar neadaptativă.

6. Teoria sistemelor

Fiind dezvoltată în științele sociale sub două forme: teoria generală a sistemelor şi teoria sistemelor ecologice, această abordare marchează comprehensiv interdependența dintre sociologia teoretică şi domeniile practice ale intervenţiei sociale.

Malcolm Payne (1997) sublinia că această perspectivă este „unitară, integrată şi holistică”, permiţând analize ale persoanelor, grupurilor şi comunităţilor, „neevidenţiind vreo metodă particulară de intervenţie. În schimb, oferă câteva modalităţi de descriere a lucrurilor, la nivele diferite, astfel încât putem vedea fiecare intervenţie ca afectând sistemul”. De asemenea, permite utilizarea altor teorii şi strategii în explicarea şi programarea unor intervenţii sociale, la nivelul subsistemelor componente. Persoana de vârsta a treia este în

centrul atenţiei, fără a ignora însă instituţiile preocupate de protecţia acesteia, politicile şi măsurile care guvernează la nivel central sau local. Fiecare subsistem devine beneficiar şi agent, ţintă a schimbării. Eventuale distorsiuni vor fi identificate nu doar la nivel sistemic, ci şi intersistemic.

Sarcini pentru activitatea individuală:

1. Analizați conținutul celor cinci teorii (rolurilor, activității, dezangajării, continuității, sistemelor) și evidențiați elementele comune și diferențele dintre ele.
2. Realizați o listă cu minimum 10 roluri sociale pe care le poate avea o persoană vârstnică (roluri familiale, comunitare, ocupaționale, recreative). Clasificați-le în roluri active, roluri diminuate, roluri pierdute.
3. Realizați o hartă cauză-efect privind procesele care duc la dezangajare.

TEMA 3. MODIFICĂRI ORGANICE ŞI PSIHOLOGICE CARACTERISTICE VÂRSTEI A TREIA

1. Modificări organice caracteristice vârstei a treia

2. Aspecte privind modificările psihologice ale persoanelor vârstnice

1. Modificări organice caracteristice vârstei a treia

În cursul procesului de îmbătrânire, individul este supus unor inerente transformări de natură și biologică și psihologică, a căror cunoaștere este necesară în procesul de îngrijire a bătrânilor, realizat în activitatea de asistență socială.

Procesul de îmbătrânire este rezultatul unor fenomene complexe ce imprimă modificări continue, ireversibile în structura celulelor și țesuturilor organismului. Aceste modificări antrenează, în a doua jumătate a vieții, o scădere a capacității de adaptare la mediu și o creștere a sensibilității organismului față de factorii perturbatori externi.

Principalele afecțiuni ce periclitează sănătatea și viața persoanelor vârstnice sunt bolile cronice cardio-vasculare, endocrine, tumorile maligne, bolile pulmonare cronice, bolile locomotorii și accidentele diverse. De asemenea, se adaugă edentația (ce favorizează malnutriția), tulburările vizuale și auditive (ce periclitează siguranța și mobilitatea persoanelor vârstnice) și psihozele de involuție (prin accidente vasculare cerebrale, ateroscleroză etc.) sau reactive (la numeroasele experiențe dureroase pe care bătrânul le suportă: retragerea din activitate, moartea soțului, abandonarea de către familie, rămânerea fără sprijin material și afectiv), tulburări ce transformă bătrânul într-o persoană copleșită de sentimentul singurătății și de abandon.

Etiologia morbidității la această grupă de populație cuprinde o serie de factori genetici, personali, psihologici, familiali și social-economici, care vor favoriza îmbătrânirea precoce, agravarea bolilor preexistente, infirmitățile și, în cele din urmă, decesul. Cea mai mare parte din acești factori trebuie căutați în mediul de viață și de activitate, în comportamentul individului și în contextul familial și intervenit pentru corectarea și ameliorarea lor.

Ponderea cea mai mare este înregistrată de bolile aparatului circulator. Totuși, datele statistice relevă că în ultimii ani o supramortalitate a bărbaților de 60 de ani și peste este cauzată de: tumori maligne, boli ale aparatului digestiv, boli ale aparatului respirator, accidente.

Fizic, bătrâneţea este o stare distrofică, de involuţie, ce se poate agrava cu anumite boli cronice. Unii vârstnici îţi pot păstra în bună stare funcţiile intelectuale până după 80 de ani, dar pot să apară şi stări de involuţie.

Principalele modificări organice caracteristice îmbătrânirii cuprind sistemul nervos locomotor, cardiovascular, respirator, renal şi reproducător. De asemenea, apar modificări ale tegumentelor, scăderea vederii şi scăderea forţei musculare, scăderea capacităţii de efort, tulburări digestive:

1. ***Inima*** prezintă modificări ale structurii, ale debitului cardiac, forţei de contracţie, apar creşteri ale valorilor tensionale, aceasta fiind una dintre cauzele frecvente ce pot duce la deces. Pereţii inimii devin tot mai rigizi şi atunci are loc pomparea unei cantităţi mai mici de sânge. Inima compensează acest lucru mărindu-se în volum. Mărirea tensiunii arteriale este încercarea organismului de a compensa micşorarea volumului de sânge.

2. Din cauza diverşilor factori interni şi externi frecvenţi, se pot modifica gradul de oxigenare a ţesuturilor şi apar fluctuaţii ale schimburilor la nivelului ***plămânului***. Potenţialul plămânilor scade din cauza slăbirii muşchilor respiratorii şi a diminuării mobilităţii cutiei toracice şi a coastelor. Devine mai greu să expiri aerul din plămâni din cauza reducerii elasticităţii plămânilor. De asemenea, se înrăutăţeşte schimbul gazos dintre oxigen şi bioxid de carbon, deoarece se micşorează numărul şi dimensiunea alveolelor pulmonare. Aceasta duce la oboseală şi la dispnee.

3. La nivelul ***renal*** se produc modificări ce duc la scăderea funcţiei renale cu retenţie de substanţe toxice şi creşterea valorii tensionale prin modificări ale structurii şi perfuziei vaselor renale. Obişnuite sunt cazurile de incontinenţă urinară.

4. ***Tractul digestiv.*** Constipaţia este o problemă obişnuită la oamenii în vârstă. Aceasta depinde de cinci factori: peristaltismul (contracţiile intestinale); alimentaţia incorectă (prea multă făină albă, puţine fibre); prea puţină apă (nu mai puţin de 2 l pe zi); prea puţină mişcare.

5. ***Aparatul reproductiv*** intră în perioada de antropauză pentru bărbat şi menopauză pentru femeie; studii importante privind nivelul hormonilor sexuali ne dovedesc o scădere accentuată a acestora, după vârsta de 30-35 de ani, care au ca urmare nu numai scăderea capacităţii reproductive, ci şi modificări ale tegumentelor, apariţia osteoporozei, irascibilitate, apatie, slăbirea ţesutului muscular.

6. La nivelul ***creierului*** procesele de îmbătrânire încep deja la 25-27 ani; neuronii se uzează şi acest lucru are ca urmare scăderea capacităţii de adaptare şi reglare, procesul putând merge până la atrofie cerebrală, care se obiectivează prin ştergerea sau aplatizarea circumvoluţiunilor cerebrale. O serie de studii ne arată că funcţia cerebrală se poate menţine valabilă până la vârste înaintate, dacă este intens antrenată.

7. ***Pielea*** se ridează şi se deshidratează, iar părul albeşte şi răreşte. În urma îmbătrânirii celulelor şi ţesuturilor, se manifestă în exterior o serie de caracteristici, dintre care mai evidentă este modificarea aspectului general al pielei au la bază scăderea troficităţii şi iritaţiei pielei şi a secreţiei glandulare şi umidităţii pielei. Se adaugă pigmentaţia brună şi adeseori mici spargeri de vase capilare ce duc la evidenţierea de mici pete sau firişoare. Fenomenele de ridare şi pigmentare a pielei sunt mai evidente la nivelul feţei şi a mâinilor. Biotrofia pielei produce ridicări ce se suprapun peste amprentele mimicii specifice ale persoanei în cauză şi este amprentele pliurilor mimicii lăsate de profesie. Datorită asimetriei bilaterale a feţei, aceste suprapuneri dau feţei un aspect tragic, adesea asimetric.

Există însă o evidentă pierdere a elasticităţii pielei şi a ţesuturilor în alte părţi ale corpului. Aşa sunt pliurile de sub braţ şi de sub pântec. Acestea, ca şi ridările fieţei, se mai datorează şi faptului că în faza adultă timpurie şi medie există o creştere a greutăţii, datorită depozitelor de grăsime printre altele şi subcutanat.

În fazele bătrâneţei timpurii, acestea diminuează lăsând pielea fără suportul anterior existent. Pielea este influenţată şi de alimentaţie. Or, oamenii în vârstă au în genere o alimentare mai săracă în vitamine şi legume proaspete în anotimpurile reci. La această se adaugă o digestie mai dificilă, predispoziţii colitice mai accentuate.

Specific este procesul de *încărunţire.* Acesta poate începe chiar la 35 de ani. În cazul bătrâneţii fiziologice acromotrihia devine evidentă spre 50-55 ani, mai ales la tâmple. Episoadele de boală sau de tensiune psihică intensifică acest fenomen ceea ce pune în evidenţă aspecte mai complexe ale acromotrihiei. Se consideră că există o programare ereditară pe acest plan. Încărunţirea depinde de înlocuirea pigmentului din foliculul de păr cu nişte bule mici de aer.

8. ***Ţesutul osos*** suferă procese de atrofiere, de decalcifiere şi de demineralizare, apar deformări ale scheletului, oasele se fragilizează, riscul de fracturi este foarte mare. Articulaţiile sunt cuprinse în procese de artroză prin modificări ale colagenului şi membranei sinoviale, mişcările devin foarte dureroase, musculatura îşi pierde din forţă şi elasticitate, apar modificări de statică şi postură, scad mult capacitatea de efort şi posibilitatea efectuării unor mişcări mai fine. Scăderea elasticităţii mişcărilor şi a capacităţii de efort fizic este determinată, pe de o parte, de diminuarea mobilităţii articulaţiilor, iar pe de alta, datorită atrofierii lor. Masa osoasă se micşorează la ambele sexe. Femeile suferă mai des de osteoporoză decât bărbaţii, deoarece aceştia au un ţesut osos mai mare.

9. În acelaşi timp are loc şi o slăbire a ***muşchilor*** scheletului legaţi prin tendoane. Muşchii devin mai scurţi datorită unor modificări complexe biochimice în structura lor pruteică şi în cea a fibrelor. Masa musculară se reduce şi persoana

are mai puţină forţă. Are loc înrăutăţirea coordonării muşchilor. Aceasta se întâmplă din cauza micşorării fibrelor musculare şi din cauza că ţesutul conjunctiv înlocuieşte celulele musculare.

10. Facilităţile de ***percepţie*** sunt în regresie la bătrâni (auzul, gustul, văzul, mirosul).

Capacitatea cristalinului *ochiului* de a genera claritate în vedere se diminuează. Cristalinul devine mai puţin mobil şi capacitatea lui de a fi flexibil se reduce. Devine dificilă citirea unui text chiar la distanţa mâinii întinse. Pupila, care reglează pătrunderea luminii în ochi, se micşorează ca mărime, ceea ce duce la insuficienţă de lumină. S-a calculat că o persoană de 60 de ani are nevoie de trei ori mai multă lumină decât o persoană de 40 de ani. Cristalinul este supus riscului de îngălbenire – în cazul acesta se diminuează transparenţa lui şi apare efectul de filtru, caracterizat prin aceea că persoanei îi este greu să distingă între nuanţele albastre şi albastre-verzui. Se înrăutăţeşte adâncimea vederii, persoana în etate observă mai greu neregularităţile şi calculează mai anevoios distanţa.

Înrăutăţirea *auzului* are cauze interne, dar depinde şi de mediul înconjurător. Receptorii auditivi, care recepţionează sunetele înalte, îşi pierd funcţiile.

Capacitatea *tactilă* poate să se diminueze şi aceasta se întâmplă din cauza micşorării mobilităţii pielii şi înrăutăţirii circulaţiei sângelui. Capacitatea de a simţi frigul şi căldura nu se deosebeşte de cea pe care o au cei tineri, atâta doar că la persoanele în etate odată cu vârsta se reduce capacitatea de a controla şi regla temperatura corpului.

Dereglarea *echilibrului* are loc de la micşorarea celulelor receptoare în aparatul vestibular, ceea ce duce la ameţeală. Aceste celule receptoare înregistrează, printre altele, unghiul, rotirea şi schimbarea de viteză. În momentul naşterii avem circa 20 000 de astfel de celule, iar la vârsta de 40 de ani numărul lor începe să se reducă. Totuşi, dispunem de o rezervă destul de mare, astfel încât va trebui să treacă ceva timp până va apărea o astfel de problemă.

11. ***Buze/unghii.*** O circulaţie mai proastă în vasele sangvine de suprafaţă din cauza reducerii elasticităţii duce la aceea că unghiile şi buzele pot să arate vineţii.

12. ***Sistemul imunitar*** se diminuează favorizând apariţia diferitelor boli.

2. Aspecte privind modificările psihologice ale persoanelor vârstnice

Modificările psihologice sunt rezultatul modificărilor induse de vârstă, la baza lor există factori interni, cum ar fi ereditatea şi modificările hormonale, şi factori externi, cum ar fi pensionarea, scăderea potenţialului biologic, patologia asociată, scăderea numărului membrilor de familie, decesul unor rude sau prieteni de vârste apropiate (ecologici, sociali, culturali).

Evenimentele din mediul social (socio-profesional, socio-cultural, relaţional), care intervin în mod particular în existenţa vârstnicului, au răsunat în psihismul acestuia, aflându-se la baza unor modificări psihologice sau îmbolnăviri psihice caracteristice involuţiei. Între acestea evidenţiem următoarele: retragerea din activitate; renunţarea la unele activităţi; scăderea potenţialului biologic; îmbolnăviri somatice, invalidări; scăderea numărului membrilor de familie (plecarea copiilor deveniţi adulţi, decesul partenerului); dispariţia vechilor prieteni.

Un alt factor important ce participă la determinismul modificărilor psihologice şi tulburările psihice este reprezentat de conştientizarea îmbătrânirii, cu incertitudinile pe care le generează privind perspectivele de viitor. Ca urmare, bătrâneţea integrează, în primul rând la nivel de conştiinţă, o criză adaptativă la noile condiţii bio-psiho-sociale pe care le impune perspectiva îmbătrânirii.

Omul, fiind o fiinţă integrată în mediul social, psihismul său va exprima interacţiunile sale cu acest mediu, în îmbătrânire survenind dereglări de integrare din cauze diferite: schimbări de rol-statusuri, lipsa de înţelegere a anturajului, scăderea capacităţii de adaptare a vârstnicului.

Modificările psihologice se referă la:

1. ***Modificarea atenţiei*** sau scăderea capacităţii de concentrare, scăderea atenţiei voluntare, care duc la scăderea capacităţii mnezice, în special a celei de scurtă durată: amintirile îndepărtate par totuşi să fie mai ordonate, sistematizate şi definite.

2**.** La nivelul ***memoriei*** fenomenul cel mai des întâlnit este amnezia de evocare ce urmează o linie progresivă, de la complicat la simplu, de la cognitiv la afectiv, de la general la particular. Sunt uitate mai mult cunoştinţele şi mai puţin experienţele, datele recente se uită mai uşor.

3**.** ***Modificările gândirii*** au drept caracteristică definitorie scăderea spontaneităţii, flexibilităţii, apariţia tulburării de adaptare rapidă şi a stereotipurilor, de asemenea, se observă o creştere a funcţiei de sinteză şi schematizare.

4. ***Din punct de vedere caracterial*** se pot produce ascuţirea sau intensificarea unor trăsături dizarmonice preexistente sau dezvoltarea lor pentru prima dată. Nu este vorba despre psihopatii, ci despre existenţa sau dezvoltarea odată cu vârsta a unor trăsături dizarmonice încadrabile în limitele mari ale normalităţii sau în categoria personalopatiilor. Astfel:

- *Persoanele astenice* se remarcă prin sentimentul de auto-apreciere coborât cu senzaţia de prăbuşire a prestigiului social, care duc la sentimente de devalorizare şi o lipsă de respect cu predispoziţie la reacţie sau de compensări depresive;

- La *persoanele depresive* se intensifică deznădejdea şi pot apărea reacţii depresive sau idei de inutilitate şi lipsa de sens a vieţii, cu tendinţe suicidare;
- La *persoanele schizoide* se pot acumula tendinţele de izolare, refuzul contactului cu altul, referinţe pentru păstrarea stereotipă a camerei sau rolului, însoţite de indiferenţă pentru ceea ce se petrece în jur imediat după satisfacerea nevoilor imediate. Pot apărea sentimente de gelozie, datorate scăderii potenţiei sexuale şi prestigiului social, care duc nu numai la accentuarea bănuielilor în legătură cu fidelitatea partenerului, ci şi la inducerea unor stări depresiv-anxioase.

5. În ***sfera afectivă*** sunt caracteristice labilitatea, hiperemotivitatea şi impresionabilitatea vârstnicului. Adeseori, bătrâneţea se însoţeşte de o stare depresivă, tendinţa de izolare şi singurătate. Simptomele depresiei de involuţie sunt manifestate prin suferinţe somatice, tulburări de somn, de apetit, sentimente, de culpabilitate, inutilitate, autoacuzare. Bătrânii devin apatici, trişti, totul este negru şi dominat de dorinţa de a muri.

6. ***La nivel intelectual*** – scăderea perfomanţei este asociată cu starea fiziologică generală, sănătatea precară, boli, în special, cardio-vasculare.

S-a observat că cu cât nivelul de pregătire şcolară este mai ridicat, cu atât declinul intelectual se manifestă mai târziu şi mai lent.

Se pierde sau diminuează capacitatea de evaluare cronologică. Pe de o parte, cronologia internă legată de ritmurile biologice (ora de masă, culcare etc.) funcţionează corect, pe de altă parte, evaluarea timpului, a datei, a zilei şi, uneori, a anului devine adesea confuză. Se manifestă şi confuzionism spaţial.

Unele studii arată că persoanele în vârstă pot învăţa la fel de mult ca alte grupuri de vârstă, doar că timpul de rezolvare este mai ridicat; pentru o stimulare adecvată a învăţării este necesară o motivaţie permanentă, aici un rol major avându-l şcolile de vârstnici şi universităţile pentru vârsta a treia, care sunt o realitate în ţările vest-europene şi în SUA.

7. *Vorbirea* devine mai greoaie din cauza îmbătrânirii fiziologice la nivelul organului fonator, odată cu deteriorarea gândirii, a memoriei, atenţiei; legat de fluxul vorbirii se poate observa la persoana în vârstă o scădere a fluxului şi ritmului verbal.

Psihologia senescenţei este caracterizată prin involuţia inegală şi neliniară a diferitelor funcţii psihice, cu importante diferenţe individuale şi o condiţionare polivalentă, ţinând de predispoziţii înnăscute, gradul de dezvoltare anterioară a psihismului, nivelul performanţelor atinse, experienţa, nivelul cultural şi gradul de instruire.

Sarcini pentru activitatea individuală:

1. Descrieți conceptul de îmbătrânire activă.
2. Completați un tabel cu principalele sisteme ale organismului (cardiovascular, muscular, osos, respirator, senzorial) și modificările tipice vârstei a treia.
3. Elaborați un chestionar cu 6-8 întrebări pentru evaluarea stării psihologice a vârstnicilor (ex.: relații sociale, bunăstare emoțională).

TEMA 4. ADAPTAREA LA VÂRSTA A TREIA ȘI CRIZELE DE ADAPTARE. DEPRESIA ȘI DEMENȚA – TULBURĂRI CU RISC RIDICAT DE APARIȚIE LA PERSOANELE DE VÂRSTA A TREIA

1. Adaptarea la vârsta a treia și crizele de adaptare
2.Tulburarea depresivă
3. Demența

1. Adaptarea la vârsta a treia și crizele de adaptare

Orice individ este supus, în cursul evoluţiei sale, unui contact permanent cu diferiţi factori favorabili, dar mai ales nefavorabili, la care trebuie să se adapteze. Realizarea unui echilibru stabil între individ şi condiţiile de mediu reprezintă adaptarea la aceste condiţii, respectiv posibilitatea de supravieţuire normală, concretizată prin capacitatea de socializare.

Scăderea capacităților de adaptare a vârstnicilor se face puternic simțită îndeosebi legată de schimbarea mediului, înțelegând prin aceasta mediul locuibil, mediul de viață. Cu cât vârsta este mai înaintată, cu atât stresul mutării este mai puternic și consecințele acestea mai dezastruoase. Este ca și cum bătrânul cu cât înaintează în vârstă, cu atât mai strâns se leagă de mediul său de locuit. Orice încercare de smulgere a bătrânului îi tulbură profund viața, iar încercarea de transferare în alt loc, de cele mai multe ori, eșuează. Aceasta denotă o fragilitate marcată a persoanei vârstnice, care ține de epuizarea rezervelor sale de adaptare. De altfel, există gerontologi care definesc întregul proces al îmbătrânirii ca tulburare, pierdere progresiva a adaptării.

1.1. Adaptarea şi stresul la vârsta a treia

Adaptarea cu succes, pe măsura înaintării în vârstă, nu trebuie percepută ca o succesiune de limitări: unele restrângeri trebuie recunoscute, nu negate. În acest scop, se impune căutarea unor activităţi alternative, cum ar fi găsirea unui hobby, ca panaceu al prevenirii îmbătrânirii (Bogdan, 1992). Acest hobby sau pasiune (activitate refugiu) trebuie cultivat cu mult timp înainte de perioada regresivă.

Alte limitări au loc în spaţiul personal, care, pe măsura înaintării în vârstă, devine, prin pierderea controlului asupra mediului înconjurător, circumscris, mai puţin accesibil îndeplinirii unor activităţi. Indivizii nu mai pot avea o autonomie totală şi, pe măsură ce îmbătrânesc, sunt nevoiţi să accepte o oarecare dependenţă de ceilalţi. Adaptarea bună şi menţinerea stimei de sine presupun o modificare a criteriilor de autoevaluare a standardelor nerealiste şi a performanţelor care trebuie diminuate. Se impune o reintegrare a scopurilor şi a valorilor, o revizuire a aspiraţiilor, astfel încât individul să-şi găsească locul şi scopul în viaţă.

Un factor important, frecvent subliniat în aspectul social al îmbătrânirii, este

stresul. Acomodarea la vârsta a treia presupune capacitatea individului de a face faţă schimbărilor de roluri parentale, sociale, achiziţia unor noi roluri şi pierderea altora, care, cu cât este mai mare, cu atât implică mai puţin stres şi previne apariţia unor crize de adaptare. Studiile efectuate au menţionat două strategii de prevenire a stresului, strategii comportamentale şi strategii cognitive/emoţionale (Kart, 1990).

Strategiile comportamentale de adaptare includ o gamă largă de acţiuni care contribuie la ameliorarea stresului. Un rol important îl au resursele personale, care presupun: suportul material, starea de sănătate, educaţia, suportul social, resurse la care individul poate apela în situaţii stresante.

Strategiile cognitive/emoţionale se referă la mecanismele sociale şi psihologice, la care apelează individul pentru a face faţă stresului.

1.2. Tipuri de criză

Există mai multe criterii de clasificare a crizelor: după factorii determinanţi, după cauzele interne sau externe, după gradul de extindere şi după gradul de complexitate.

După natura factorilor determinanţi întâlnim crize de situaţie şi crize de dezvoltare. *Crizele de situaţie* rezultă din episoadele neaşteptate, care produc schimbări şi necesită noi metode de adaptare. Schneidman (1973) subdivide această categorie în crize intertemporale sau caracteristice unei etape de tranziţie din viaţă şi crize extratemporale sau nelegate de niciun stadiu al vieţii.

Crizele de dezvoltare au un grad mai mare de generalizare, fiind caracteristice fiecărei etape de dezvoltare a ciclului de viaţă. Erikson (1963) a descris opt etape de dezvoltare a ciclului vieţii.

1.3. Criza pensionării

Criza pensionării este determinată, de cele mai multe ori, de schimbarea bruscă a statutului, care duce la modificarea intereselor şi capacităţilor profesionale antrenate până în acel moment, precum şi la diminuarea prestigiului persoanei în vârstă.

Comportamentul psihologic al bătrânilor faţă de pensionare nu este unilateral, ci reprezintă o retragere reciprocă a societăţii şi a bătrânului în acelaşi timp. Societatea prezintă puţine cereri faţă de bătrâni şi le oferă puţine ocazii de autoexprimare sau de productivitate.

Retragerea din activitate a făcut posibilă apariţia unei patologii a pensionării, care a fost descrisă ca o boală ce se manifestă sub forma unui *şoc psihologic,* care apare în jurul acestei perioade. Terminologia folosită este incompletă şi descrie doar parţial conţinutul acestui fenomen. Frecvenţa şi intensitatea tulburărilor determinate de pensionare pot fi influenţate de o serie de factori, cum ar fi: sexul, profesia exercitată, mediul de rezidenţă şi personalitatea individului.

Keith şi colab. (1990) susţin că pensionarea nu reprezintă pentru toţi bătrânii o criză şi că unii chiar se simt bine la pensie. În acest sens, au fost prezentate trei tipuri de reacţii faţă de pensionare (Bogdan, 1992):

- reacţii echilibrate, de adaptare firească şi chiar de resemnare;
- reacţii optimiste, situaţie în care pensionarea este aşteptată şi chiar dorită;
- reacţii pesimiste (pensionare „catastrofă"), cu expectanţe negative şi nesigure pentru viitor.

Cercetările au relevat că femeile suportă mai bine pensionarea decât soţii lor, cu toate că pentru ele aceasta reprezintă o reducere a independenţei şi o pierdere concomitentă a rolului matern, dezavantaje care sunt compensate prin îmbunătăţirea relaţiilor maritale, pe care cuplul le modelează împreună (Keating şi Cole, 1980).

Că femeile suportă pensionarea mai bine decât bărbaţii este consecinţa faptului că bărbaţii sunt mai mult sau total angajaţi în activitatea profesională, comparativ cu femeile angajate, în paralel, în activităţi casnice, în care se transferă după încetarea activităţii.

1.4. Criza de schimbare a locuinţei

Un alt tip de criză sau traumatism, care poate surveni la vârsta a treia, îl reprezintă schimbarea locuinţei, respectiv instituţionalizarea. Deşi această alternativă poate părea decizia cea mai bună pentru toate părţile interesate, imposibilitatea de a-şi păstra gospodăria poate avea consecinţe dramatice pentru bărâni, echivalente cu „dezrădăcinarea".

O anumită parte a populaţiei va avea nevoie, în ultima etapă a vieţii, de asistenţă organizată în instituţii profilate cu scopul de a proteja vârstnicul şi, concomitent, de a sprijini familiile aflate în imposibilitatea de a se îngriji de bătrâni.

Situaţia ideală se întâlneşte atunci când bătrânul trăieşte integrat organic într-o familie, în deplinătatea funcţiilor ei, care-i asigură atât un nivel de trai decent, cât şi îngrijirile şi tratamentul necesar. Aceste cazuri nu sunt întotdeauna posibile şi resposabilităţile care, în mod obişnuit, reveneau familiei sunt preluate de societate. Cauzele care contribuie la instituţionalizarea bătrânilor sunt multiple şi se poate vorbi chiar de un polideterminism material, sanitar, familial (Bogdan 1992).

Anturajul este, în general, extrem de important pentru bătrânii care îşi petrec cea mai mare parte a timpului acasă. Calitatea mediului în care trăiesc (înţelegere, siguranţă şi confort) are o deosebită importanţă asupra sensului identităţii şi bunăstării; ruperea de acestea înseamnă ruperea de trecutul lor. Numeroase persoane în vârstă se împotrivesc să-şi schimbe locul de bază chiar atunci când există măsuri de constrângere. Numeroşi bătrâni preferă să rămână acolo unde sunt,

dar sunt puşi în faţa unor condiţii nedorite, care necesită îmbunătăţirea spațiului locativ. Rezistenţa manifestată se poate datora unei temeri de schimbare, veniturilor limitate sau unui ataşament puternic faţă de anturajul familial.

1.5. Criza pierderii partenerului de viaţă

Pentru cuplurile bătrâne, teama şi neliniştea pentru pierderea partenerului de viaţă devine o temă realistă. La femeile bătrâne peste şaptezeci şi cinci de ani, văduvia este mai frecventă decât la bărbaţi. Pierderea partenerului reprezintă disoluţia ciclului marital şi apariţia, în locul rolului de soţ/soţie, al unui alt rol, al celui de văduv/văduvă.

Supravieţuitorul, adesea soţia, suferă pierderi multiple, nu numai aceea a tovarăşului, a iubitului, a confidentului şi a partenerului, dar trebuie să suporte şi ideea de a nu mai aparţine nimănui, de-a nu mai fi util, dorit etc.

Moartea unuia dintre soţi produce o criză puternică în stilul de viaţă a supravieţuitorului, care, chiar şi în cele mai fericite situaţii, necesită o adaptare dureroasă. Uneori durerea este negată sau inhibată până la dominarea sentimentelor de depresie şi a ideilor de sinucidere.

Durerea determinată de pierderea partenerului, în cazul cuplului bătrân, este mare din cauza ataşamentului foarte puternic la această vârstă, determinat de un trecut comun destul de lung.

Din punct de vedere psihanalitic, pierderea presupune ca ataşamentul emoţional, învestit în persoana decedată, să fie retras în cele din urmă şi energia să fie reinvestită în alte ataşamente, proces foarte dificil pentru mulţi indivizi.

Femeile văduve privesc moartea soţului ca şfârşitul statutului lor de soţii, o încetare a rolului central în existenţa lor, care duce la scăderea respectului de sine, a identităţii. Ele trebuie să se adapteze la pierderea singurului individ care putea să le valideze cel mai bine imaginea de sine. Statutul femeilor bătrâne depinde foarte mult de succesul ocupaţional al soţului, care se răsfrânge şi asupra soţiei. Văduvia duce la disiparea energiilor canalizate asupra rolului central de soţie în alte roluri, care să substituie acest rol specific. Problema care apare în cazul persoanelor singure este că, după ani întregi de interdependenţă, trebuie să înveţe să trăiască din nou singure în mediul social, să se refamiliarizeze cu probleme şi sarcini care au fost îndeplinite, ani de zile, de altcineva.

2. Tulburarea depresivă

Tulburarea depresivă este cea mai frecventă afecțiune psihică întâlnită la persoanele în vârstă și este adesea nediagnosticată la nivelul asistenței primare ceea ce conduce la creșterea incapacității funcționale și a dependenței față de persoane și/sau servicii la această categorie de vârstă.

Din punct de vedere medical, depresia este un concept care se adresează unei afecţiuni cu simptome bine definite, cu o modalitate de exprimare variată, ca origine şi gravitate. De aceea, depresia, în sens strict medical, este o boală a dispoziţiei care implică procese cognitive şi care are răsunet asupra funcţionării întregului organism.

Tabloul clinic al tulburării depresive este asemănător cu cel al depresiei, la adult distingându-se următoarele simptome:

a. Simptome principale:

- dispoziție depresivă trenantă cu o durată de cel puțin 2 săptămâni;
- pierderea interesului sau a plăcerii de a efectua activități obișnuite;
- lipsă de energie, oboseală crescută.

b. Simptome asociate:

- pierderea încrederii sau stimei de sine;
- auto-învinovățire inadecvată sau excesivă;
- gânduri repetate despre moarte;
- ideație sau comportament suicidar;
- capacitate redusă de a gândi sau a se concentra, de exemplu nehotărâre/indecizie;
- modificări în activitatea psihomotorie;
- modificări în activitatea psihomotorie;
- tulburări de somn;
- modificări ale apetitului cu modificări corespunzătoare ale greutății.

Tulburarea depresivă este diferențiată de tristețea comprehensibilă prin:

- ✓ durată: simptomele sunt prezente de cel puțin 2 săptămâni;
- ✓ absența fluctuațiilor: simptomele sunt prezente în majoritatea zilelor, timpului;
- ✓ intensitatea: o intensitate neobișnuită pentru acea persoană.

În practică este importantă abordarea multifactorială a depresiei prin investigarea atât a susceptibilității individuale (factori predispozanți), cât și a evenimentelor adverse din viață (factori precipitanți).

Factori predispozanți:

- un istoric anterior de depresie;
- genul feminin;
- văduvie/divorț;
- dizabilități fizice și psihice;
- consum abuziv de medicamente, alcool și prezența bolilor sistemice;
- probleme materiale și sociale;
- lipsa suportului social din partea familiei și a membrilor comunității.

Factori precipitanți:

a. *evenimente de viață:*

- o pierdere importantă;
- separare de familie;
- afecțiune fizică acută;
- boală sau pericolul de moarte a cuiva apropiat;
- rămânerea fără locuință sau necesitatea de a se muta într-o instituție;
- criză financiară majoră;
- pierderea a „ceva semnificativ”.
- interacțiuni negative cu familia sau prietenii.

b. *stresul cronic:*

- declinul sănătății și mobilității;
- dependența;
- diminuarea simțurilor, declinul cognitiv;
- probleme cu locuința;
- probleme majore ale membrilor familiei, care îl afectează;
- declinul socioeconomic;
- dificultăți în căsnicie;
- probleme la serviciu;
- pensionarea;
- îngrijirea unui bolnav cronic sau a unui membru al familiei care este dependent;
- izolarea socială.

Managementul ideal al depresiei geriatrice include intervenții pe toate segmentele și aspectele deficitare ale pacientului cu: asigurarea echilibrului și suportului familial, social, financiar, diagnosticarea și tratarea corespunzătoare a afecțiunilor asociate.

În ceea ce privește sfera psihică, modalitățile de terapie sunt reprezentate, în principal, de psihoterapie și de tratamentul farmacologic. Psihoterapiile pe termen scurt, mai ales terapia cognitiv-comportamentală și terapia interpersonală, s-au dovedit a fi eficiente, chiar și ca monoterapie. Beneficiul maxim se obține prin combinarea psihoterapiei cu administrarea medicației antidepresive, obținându-se efecte pozitive în până la 80% din cazuri.

Strategii pentru personalul de îngrijire, care conduc la identificarea depresiei la persoanele vârstnice:

- deveniți familiari cu simptomele principale ale depresiei;
- aveți în vedere frecvența mare a tulburării depresive;

- cunoașteți particularitățile de manifestare ale depresiei la persoanele în vârstă;
- acordați aceeași importanță sănătății fizice, cât și celei psihice;
- formați-vă aptitudini pentru a conduce un interviu clinic cu o persoană vârstnică;
- țineți minte că un eveniment dificil din viață poate declanșa o depresie;
- evitați nihilismul terapeutic (nu merge nimic);
- aveți în vedere că depresia nu face parte din normalul vieții persoanelor în vârstă.

3. **Demența**

Demența este caracterizată printr-un declin progresiv al abilităților intelectuale și sociale. Această tulburare este reprezentată de un număr de afecțiuni care determină deteriorarea progresivă în orice parte a sistemului nervos (tulburări neurodegenerative). Semnele și simptomele de demență variază de la individ la individ în funcție de moștenirea genetică, stilul de viață, nivelul cultural și experiența personală de viață. Unele dintre caracteristicile generale ale demenței sunt: *diminuarea* sau *pierderea memoriei*, a *capacității de gândire, de raționament și de limbaj*. Pe măsură ce demența evoluează, pot apărea *modificări de personalitate și comportamente anormale*. Uneori, persoanele cu demență își pot pierde abilități de bază precum limbajul sau alimentatul. Aceste semne și simptome pot fi indicii de boală Alzheimer, demență vasculară sau alte afecțiuni cerebrale cunoscute.

• **Boala Alzheimer** este cea mai frecventă cauză de demență. Modificările structurale cerebrale ale bolnavilor de Alzheimer constau în pierderea de neuroni în ariile responsabile de memorie, precum și în alte arii. De asemenea, bolnavii de Alzheimer prezintă și concentrații scăzute de neuromediatori cu rol în transmiterea bidirecțională a mesajelor între celulele nervoase. Un prim semn al bolii Alzheimer poate fi tulburarea de memorie ce se agravează constant. Pe măsură ce boala evoluează, ea afectează limbajul, gândirea, înțelegerea lucrurilor, cititul și scrisul. Uneori, persoanele pot deveni anxioase și agresive.

• **Boala Parkinson**. Statisticile medicale arată că 30-40% din bolnavii de Parkinson dezvoltă demență în fazele târzii de boală. În mod invers, multe persoane bolnave de Alzheimer dezvoltă simptome fizice asemănătoare cu cei bolnavi de Parkinson, precum rigiditatea membrelor, tremorului de repaus, tulburărilor de vorbire și a mersului înțepenit.

• **Boala Huntington** este o boală progresivă neurodegenerativă ereditară, caracterizată prin demență, declin cognitiv, coordonare defectuoasă a mușchilor

și coree. Este afectat, în primul rând, sistemul nervos. Simptomele se dezvoltă după vârsta de 30 de ani.

• **Demenţa cu corpi Lewy** este o pierdere progresivă a funcţiilor mentale caracterizată de apariţia corpilor Lewy la nivelul celulelor nervoase. Aceşti corpi se formează în întreg creierul. Pacienţii alternează între starea de alertă şi cea de somnolenţă, pot avea halucinaţii şi tulburări motorii asemănătoare celor din boala Parkinson. Este mai frecvent întâlnită la bărbaţi şi apare în general la personele peste 60 de ani.

• Demenţa **frontotemporală** se referă la un grup de demenţe apărute (printre care şi boala Pick) ca urmare a unor afecţiuni ereditare sau dobândite şi care determină degenerarea creierului la nivelul lobilor frontal şi temporali. În aceste cazuri personalitatea, comportamentul şi limbajul sunt afectate mai mult decât în boala Alzheimer, în schimb memoria este afectată mai puţin.

• Demenţa **vasculară** este pierderea funcţiilor mentale datorită distrugerii ţesutului cerebral prin scăderea sau blocarea fluxului sangvin. Cauza este reprezentată de accidente vasculare care pot fi puţine la număr, dar mai întinse sau pot fi minore, dar multiple (multi-infarct).

Prezentăm câteva *sugestii pentru aceste persoane de îngrijire* cu scopul de a diminua stresul și epuizarea emoțională (Breakey, 2001):

- obiectele de mobilier din camerele în care locuiesc persoane cu demență trebuie să fie puține, ordonate și aranjate în așa fel încât să permită căi libere de acces;
- obiectele ascuțite, tăioase și toate substanțele periculoase trebuie încuiate;
- parchetul lustruit sau orice tip de pardoseli alunecoase trebuie acoperite cu covoare sau mochete care să prevină alunecarea;
- camera de baie, cabina de duș sau cada trebuie prevăzute cu balustrade sau dispozitive ajutătoare;
- baia, dormitoarele și holurile locuințele trebuie prevăzute cu luminițe de veghe pe parcursul nopții;
- este important ca persoanei cu demență să i se asigure mese regulate, inclusiv suplimente la orele 11.00 și 17.00;
- dacă persoana afectată de demență nu poate folosi lingura, furculița atunci mâncarea trebuie preparată astfel încât să poată fi servită cu degetele;
- în cazul în care persoana pierde din greutate, se poate apela la alimente nutritive sub formă lichidă;
- este indicat ca persoana cu demență să fie ținută trează și activă în cursul zilei. Trebuie descurajată ațipirea, cu excepția cazului în care acest lucru ar cauza mai multe probleme. Seara, înainte de a merge la culcare, este

indicată oferirea unui pahar cu lapte cald sau a unui ceai de plante calmant, care să nu conțină substanțe excitante;

- pentru a gestiona eficient problemele de control sfincterian care pot apărea (incontinență urinară sau fecală) se recomandă încurajarea persoanei de a merge la toaletă la ore regulate;
- marcați clar cu semne baia și toaleta. Se pot folosi desene atunci când persoana respectivă nu mai poate înțelege cuvintele. Se pot folosi scutece sau lenjerie intimă de unică folosință pentru adulți (de exemplu pampers).

Sarcini pentru activitatea individuală:

1. Completați un tabel cu 5-6 situații tipice pentru persoanele vârstnice (pensionare, pierderea partenerului, mutarea în alt mediu) și notați reacțiile posibile, resursele interne și sprijinul social necesar.
2. Completați un tabel în care să comparați simptomele specifice demenței și cele ale depresiei la vârstnici. Includeți: cognitive, emoționale, comportamentale și fiziologice.

TEMA 5. DEPENDENŢA PERSOANELOR VÂRSTNICE. DIAGNOSTICUL DEPENDENŢEI

1. ***Definirea noţiunii de dependenţă***
2. ***Diagnosticul dependenţei***
3. ***Evaluarea medicală şi socială***

1. Definirea noţiunii de dependenţă

Noţiunea de dependenţă este integrată gerontologiei şi geriatriei. Deşi nu este o boală, poate fi determinată de boală, de accident, de o anomalie înnăscută sau câştigată, la care se adaugă, în cazul vârstnicilor, procesul de involuţie.

Dr. Const. Bogdan sublinia (1997) că „bătrâneţea nu este o boală; marea vârstă induce o dependenţă naturală care necesită ajutor".

E important de a diferenţia 2 noţiuni:

1) ***autonomia*** este capacitatea pe care o are un individ de a se conduce singur. Conceptul de autonomie, la fel ca acela de libertate, este capacitatea sau dreptul unei persoane de a alege, din proprie iniţiativă, regulile comportării sale, felul actelor sale, cu riscurile pe care le antrenează.

2) ***dependenţa*** este definită ca o relaţie forţată, mai mult sau mai puţin acceptată cu o fiinţă, un obiect, un grup sau o instituţie şi care relevă satisfacerea unei nevoi. Astfel, noţiunea de dependenţă se referă la relaţia unei persoane cu mediul său înconjurător. Dependenţa trebuie înţeleasă, aşadar, ca o stare utilă la satisfacerea nevoilor şi necesităţilor de funcţionare adevărată a individului în mediul său înconjurător obişnuit.

Din aprecierea fie excesivă, fie insuficientă a dependenţei rezultă ***2 patologii*** legate de aceasta: maternajul şi handicapul. Aceste 2 patologii decurg dintr-un defect de evaluare, responsabil de o atribuire inadecvată a ajutoarelor şi serviciilor.

Maternajul (a fi foarte dependent) este efectul paradoxal care rezultă din excesul de ajutoare în raport cu posibilităţile subiectului.

Handicapul (a nu fi destul de dependent) rezultă din insuficienţa ajutoarelor în raport cu posibilităţile subiectului, antrenând o carenţă de ajutor capabil să răspundă la incapacitatea individului, constrângându-l astfel să nu funcţioneze într-un mediu adecvat.

Problema dependenţei persoanelor vârstnice este o problemă majoră de sănătate publică. Ea determină dimensiunile nevoilor şi serviciile care sunt necesare, ea impune alocarea de resurse în domeniul asistenţei medicale şi sociale, sprijinirea familiilor şi găsirea altor forme de ajutor.

2. Diagnosticul dependenţei

Dependenţa poate fi provizorie sau definitivă în funcţie de potenţialul evolutiv al fiecărei afecţiuni diagnostice.

Diagnosticul de dependenţă nu este însă întotdeauna la fel de simplu, consecinţele funcţionale ale unei deficienţe putând fi neglijate sau subevaluate.

Astfel, anumite afecţiuni degenerative ca artroza, cataracta, boala Parkinson, demenţa senilă evaluează progresiv, în reducerea câmpului de activitate se face uneori insidios.

Sunt importante, aşadar, recunoaşterea situaţiilor de risc cu implicaţii în evaluare şi luarea în considerare a prevenţiei la persoanele respective, în funcţie de potenţialul evolutiv al patologiei lor.

Indicii situaţiei de risc pot fi identificaţi:

1) la nivel de persoană;
2) la nivel de comportament;
3) la nivelul locuinţei.

1) Indici la nivel de persoană

a) ***Neglijenţa vestimentară şi pierderea interesului*** exprimă o problemă de sănătate mintală (depresie, deteriorare intelectuală debutantă), abuz medicamentos sau alterare a stării generale.

b) ***Mirosul de urină persistent*** exprimă incontinenţă urinară ascunsă sau neglijată de către persoană. Ea poate exprima o problemă vezico-sfincteriană, dar şi o problemă de sănătate mentală, un abuz de substanţe medicamentoase sau o dificultate de deplasare.

c) ***Prezenţa echimozelor (vânătăi), hematoamelor sau a arsurilor*** evocă dificultăţi de mers cu căderi, dificultăţi de pregătiri a mesei, dar şi posibilitatea violenţei familiale.

d) ***Scăderea ponderală*** evocă o dependenţă care poate fi legată de o boală cronică sau inflamatorie, de un defect de masticaţie, de o dificultate de a umbla după cumpărături sau de a-şi prepara masa, de un venit foarte redus; o stare depresivă sau un sindrom dureros (ulcer).

2) Indici la nivel comportamental

a) ***Dificultăţi de aprovizionare*** – nevoia de ajutor pentru aprovizionare dovedeşte o problemă de dependenţă care trebuie să fie identificată.

b) ***Stocajul iraţional*** de anumite produse poate dovedi o deteriorare mentală sau supraconsumul de medicamente.

c) ***Uitări frecvente şi importante*** – pe lângă uitarea benignă de senescenţă (fără consecinţe grave), ele pot dovedi o tulburare mentală la debut sau o depresie (nelinişte, tulburare).

d) ***Izolarea, pierderea interesului*** – pot fi date de o problemă de mobilitate, de o surditate, de o depresie sau de respingerea grupului.

e) ***Agresivitatea*** – poate fi manifestarea unei dureri cronice neglijate, a unei deteriorări mentale, a unui conflict familial latent.

3) Indici la nivelul locuinţei

a) ***Locuinţa prost întreţinută*** – semnele de alertă la nivelul locuinţei sunt plantele uscate, prezenţa gunoiului menajer, mirosurile suspecte.

b) ***Întreruperea achitării fracturilor*** – poate evoca o problemă de deplasare, o alterare a stării generale, o problemă de sănătate mentală, o problemă de venit.

Fiecare dintre aceşti indici trebuie să conducă la o evaluare complexă, medicală şi socială, a situaţiei persoanei.

3. Evaluarea medicală şi socială

Evaluarea trebuie să permită definirea obiectelor de îngrijire şi stabilirea ajutoarelor necesare. Ea trebuie să ţină seama de posibilităţile persoanei, de cele ale anturajului, ale structurilor socio-sanitare locale şi mai ales de voinţa persoanei.

Evaluarea trebuie să fie:

1) **medicală** (pluridisciplinară) – trebuie să facă bilanţul deficienţelor şi al leziunilor responsabile.

2) **socială** – bilanţul situaţiei funcţionale a persoanei şi al adaptării sale la mediul înconjurător.

1) ***Evaluarea medicală*** – bilanţul lezional şi bilanţul deficienţelor.

El trebuie să permită identificarea şi ierarhizarea ansamblului de boli responsabile de pierderea autonomiei, ştiut fiind că vârstnicului îi este caracteristică polipatologia.

În acest scop, anamneza este fundamentală, ea este cheia de boltă nu numai a bilanţului, ci şi a îngrijirii ulterioare.

2) ***Evaluarea socială*** – bilanţul situaţiei funcţionale a persoanei.

Aceasta constă în evaluarea consecinţelor în viaţa socială, a incapacităţilor sau deficienţelor care limitează sau interzic realizarea unei vieţi normale. Această evaluare trebuie să permită ghidarea prescripţiilor de îngrijire şi ajutorare la domiciliu şi decizia unui eventual plasament instituţional.

În Republica Moldova se folosesc ***anchetele sociale.*** Ancheta socială presupune furnizarea informaţiilor necesare pentru luarea unor decizii în vederea rezolvării problemelor sociale sau medico-sociale pe care o ridică beneficiarul.

Cu ajutorul anchetei sociale se constată situaţia materială şi actuală a persoanei în etate, se obţin date referitoare la membrii familiei, problemele cu care se confruntă, locuinţa, veniturile.

Sarcini pentru activitatea individuală:

1. Completați o anchetă socială pentru o persoană vârstnică.
2. Analizați un management de caz a unei persoane vârstnice.

TEMA 6. SERVICIILE SOCIALE PRESTATE PERSOANELOR DE VÂRSTA A TREIA

1. ***Servicii specializate oferite persoanelor în etate***

2. Serviciile sociale prestate persoanelor vârstnice în Republica Moldova

1. Servicii specializate oferite persoanelor în etate

Serviciile sociale acordate persoanelor în etate au atât caracter preventiv, cât şi intervenţionist; ele vizează persoanele de peste 65 de ani cu grave boli psiho-fizice sau decăzuţi social datorită mizeriei, lipsei locuinţei, marginalizării sociale, etc.

F. Mănoiu (1996) pune accentul pe trebuinţele oamenilor în etate care se identifică prin anchetele sociale şi se realizează conform datelor cu privire la bolile ce necesită îngrijire specială, posibilitatea de a se gospodări şi de a înfăptui nevoile fireşti ale vieţii cotidiene, condiţiile de locuit, precum şi veniturile efective sau potenţiale considerate minime pentru garantarea satisfacerii cerinţelor curente ale vieţii.

La momentul de faţă în Republica Moldova, persoanele în etate reprezintă unii dintre cei mai principali beneficiari ai sistemului de asistenţă socială, care se confruntă cu un şir de probleme şi necesităţi specifice, impuse de vârstă.

Problemele „clasice", cum ar fi: sprijinul economic, îngrijirea sănătăţii, transportul şi dizabilităţile, rămân preocupările cele mai serioase ale vârstnicilor. Aceste tipuri de probleme sunt adesea rezolvate de serviciile sociale, fiind genul de probleme care necesită ajutorul consilierilor, asistenţilor sociali ca şi al altor specialişti.

V. Beju (2003) enumeră şi caracterizează cele mai esenţiale servicii acordate persoanelor de vârsta a treia:

Serviciile privind accesul persoanelor în etate la:

- supraveghere;
- informaţie;
- managementul serviciilor;
- transport.

Serviciile privind sănătatea:

- educaţia sanitară;
- servicii de reabilitare şi tratament balneo-sanatorial;
- servicii medicale la domiciliul bolnavului.

Serviciile privind hrana:

- cantina socială;
- alimentaţia adusă la domiciliu;
- educaţia privind alimentaţia.

Serviciile privind rezidenţa:

- facilitarea locuirii independente asistate;
- servicii de îngrijire la domiciliu (îmbrăcare, spălare, sprijinirea locomoţiei);
- servicii de reparaţii la domiciliu inclusiv efectuarea curăţeniei;
- centre de îngrijire;
- azile pentru bătrâni.

Serviciile privind veniturile pentru întreţinere:

- pensii;
- ajutoare sociale;
- venituri indirecte;
- programe de ipotecare şi închiriere;
- reducerea taxelor.

Serviciile privind activitatea socială (angajarea):

- programe pentru ocuparea unor locuri de muncă pentru persoanele de vârsta a treia;
- bancă de date despre locurile de muncă disponibile persoanelor în etate.

Serviciile de sprijinire a bătrânilor:

- consiliere;
- linie de telefon directă cu centrul de intervenţie;
- vizite la domiciliu;
- grupuri de întrajutorare;
- avocat personal.

Serviciile privind instruirea şi educarea:

- educarea pentru autoîngrijire;
- educarea pentru ocuparea unui loc de muncă sau realizarea unei activităţi voluntare;
- educarea continuă a vârstnicului.

2. Serviciile sociale prestate persoanelor vârstnice în Republica Moldova

Asistența socială pentru persoanele vârstnice se realizează prin servicii și prestații sociale. Obiectivul intervenției asistenței sociale este de a-i sprijini pe cei aflați în dificultate să obțină condițiile necesare unei vieți decente, ajutându-i să-și dezvolte capacitățile și competențele.

Legea asistenței sociale nr. 547-XY din 25 decembrie 2003 reglementează cadrul general al sistemului de asistență socială în Republica Moldova, abordând beneficiarii sistemului în mod egal cu dreptul la asistență socială în caz de risc

social – pericol pentru persoană sau familie de a fi afectată de consecințele economice negative ale pierderii potențialului fizic, statutului ocupațional sau social (boală, accident, dizabilitate, îmbătrânire, deces, maternitate, șomaj, inadaptare socială etc.).

Conform Legii Asistenţei Sociale nr. 547/2003, a fost introdus termenul de servicii sociale şi a fost explicat conţinutul acestor servicii. Astfel, în art. 10 al legii serviciile sociale reprezintă „ansamblul de măsuri şi activităţi realizate pentru satisfacerea necesităţilor sociale ale persoanei sau familiei, în scop de depăşire a unor situaţii de dificultate, precum şi de prevenire a marginalizării şi excluziunii sociale. Acestea se clasifică în: servicii sociale primare, specializate şi cu specializare înaltă; pot fi prestate cu prioritate în mediul familial, comunitate şi în instituţiile rezidenţiale".

În Legea cu privire la serviciile sociale nr. 123 din 18-06-2010 (art. 6) întâlnim următoarea clasificare:

1) *servicii sociale primare* se acordă la nivel de comunitate tuturor beneficiarilor, iar scopul principal este de a preveni sau limita apariția unor situații dificile care pot duce la marginalizare sau excluziune socială;
2) *servicii sociale specializate* se efectuează cu implicarea specialiştilor şi au ca scop principal menţinerea, reabilitarea şi dezvoltarea capacităţilor individuale ale beneficiarilor, întru depăşirea situaţiilor de dificultate;
3) *servicii sociale cu specializare înaltă* sunt oferite în cadrul unor instituții rezidențiale sau de plasament temporar specializate, unde beneficiarii cu dependență sporită şi care necesită supraveghere continuă (24/24 ore) primesc un pachet complex de intervenții adaptate nevoilor lor specifice.

Concomitent, potrivit prevederilor Legii cu privire la serviciile sociale nr. 123/2010, funcțiile de prestare a serviciilor sociale în unitățile administrativ-teritoriale de nivelul al doilea sunt atribuite structurilor teritoriale de asistență socială (STAS), acestea având responsabilitatea directă privind diversificarea și prestarea serviciilor sociale orientate prioritar la menținerea beneficiarului în familia și comunitatea de unde provine.

Autoritățile administrației publice locale de nivelul întâi contribuie la dezvoltarea și prestarea serviciilor sociale în teritoriul administrat și aprobă, în conformitate cu legislația, resursele financiare necesare desfășurării activității de prestare a serviciilor sociale, care se realizează de unitățile de asistență socială prin intermediul asistenților sociali și al lucrătorilor sociali, selectați și angajați în conformitate cu legislația, în funcție de necesitățile de dezvoltare existente la nivel de comunitate.

Serviciile sociale se referă la sprijinirea persoanelor de vârsta a treia pentru a menţine capacitatea lor de auto-îngrijire, pentru a spori autorespectul şi demnitatea precum şi gradul de independenţă.

În Republica Moldova sunt acordate mai multe servicii sociale persoanelor vârstnice. **Serviciului social de suport monetar adresat familiilor/persoanelor defavorizate** este adresat familiei/persoanei defavorizate pentru prevenirea/diminuarea/depășirea situațiilor de dificultate, precum și pentru prevenirea excluziunii sociale și instituționalizării acestora, în baza necesităților identificate. Conform *Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social de suport monetar adresat familiilor/persoanelor defavorizate nr. 716 din 18.07.2018,* suportul monetar se acordă printr-o singură plată sau printr-o plată lunară, pentru o perioadă determinată, dar nu mai mare de 6 luni.

În cazul plăților lunare pentru o perioadă determinată, dar nu mai mare de 6 luni, suma plății lunare va fi calculată proporțional numărului de luni și cuantumului suportului monetar. Suportul monetar se acordă beneficiarului pentru reparația locuinței și/sau reparația/construcția sobei, adaptarea locuinței la necesitățile familiei/persoanei defavorizate, procurarea combustibilului pentru prepararea hranei și pentru încălzire în sezonul rece, procurarea mobilierului adaptat la necesități, precum și alte necesități stabilite în planul individualizat de asistență.

Identificarea familiilor/persoanelor defavorizate pentru acordarea măsurilor de asistență socială sub formă de suport monetar se realizează de către asistentul social comunitar și/sau familiile/persoanele defavorizate sunt referite de către medicul de familie, asistentul medical, reprezentantul autorităților administrației publice locale, instituțiile rezidențiale în procesul de dezinstituționalizare, instituțiile de drept, reprezentanții organizațiilor neguvernamentale și/sau la solicitarea directă a unuia dintre membrii familiei/persoanei defavorizate sau a reprezentantului legal al acesteia.

Conform anexei nr. 1 din Regulamentul-cadru, dreptul de a beneficia de Serviciu se stabilește în baza criteriilor de eligibilitate, rezultatelor evaluării necesităților, avizului pozitiv prezentat de către Comisie și acțiunilor stabilite în planul individualizat de asistență.

Familia/persoana este considerată eligibilă pentru Serviciul social de suport monetar adresat familiilor/persoanelor defavorizate, dacă întruneşte cumulativ următoarele condiţii:

1) este în situație de dificultate confirmată în baza rezultatelor evaluării necesităților de către echipa multidisciplinară;

2) membrii familiei/persoanei defavorizate sunt cetățeni ai Republicii Moldova sau, după caz, străini specificați în art. 2 alin. (1) din Legea nr. 274/2011 privind integrarea străinilor în Republica Moldova, domiciliaţi pe teritoriul acesteia;

3) familia/persoana nu beneficiază/nu a beneficiat pe parcursul unui an în curs de ajutor bănesc în cadrul Serviciului social sprijin pentru familiile cu copii și nu se află în serviciu social de plasament de durată.

Planul individualizat de asistență este elaborat în cadrul ședinței de planificare a asistenței sociale, în baza recomandărilor echipei multidisciplinare, cu participarea membrilor acesteia și a familiei/persoanei sau a reprezentantului legal al acesteia.

Serviciul de asistență socială comunitară este un serviciu creat pe lângă structura teritorială de asistență socială din subordinea Consiliilor raionale, în conformitate cu legislația.

Serviciul de asistență socială comunitară conlucrează cu persoanele fizice și persoane juridice, indiferent de forma de proprietate, în vederea soluționării situațiilor de dificultate a persoanelor, familiilor și grupurilor sociale la nivel de comunitate.

Serviciul de asistență socială comunitară are drept scop prestarea asistenței socială la nivel de comunitate pentru prevenirea și depășirea situațiilor de dificultate la nivel de comunitate.

Beneficiarii Serviciului de asistență socială comunitară sunt:

- comunitatea ca un tot întreg;
- persoane, familii și grupuri sociale aflate în dificultate din comunitate:
- *copii și familii*: familii cu copii în situații de risc, familii cu copii cu dizabilități, copii rămași fără îngrijire părintească, copii orfani, copii abuzați și neglijați, copii cu dizabilități și alții;
- *persoane tinere*: tineri cu dizabilități, mame minore, tineri în conflict cu legea, absolvenți ai instituțiilor rezidențiale, alții;
- *persoane vârstnice*: persoane solitare, persoane cu dizabilități, persoane care suferă de afecțiuni grave (imobilizate), cupluri vârstnice în care unul din membrii familiei este grav bolnav, alții;
- *grupuri de persoane cu probleme sociale specifice*: persoane adulte cu dizabilități, victime ale violenței în familie, potențialele victime și victime ale traficului de ființe umane, persoane eliberate din locuri de detenție, șomeri, persoane dependente de drog și alcool, persoane infectate de HIV/SIDA, minorități etice, alții;
- *persoană aflată în situație de dificultate*.

Serviciul de îngrijire socială la domiciliu reprezintă un serviciu social primar public (creat în subordinea Structurii Teritoriale de Asistență Socială) sau privat (creat de către fundații, instituții private fără scop lucrativ, înregistrate în conformitate cu legislația, având domeniul de activitate în sfera socială), având ca temei *Regulamentul-cadru al Serviciului de îngrijire socială la domiciliu şi a Standartelor minime de calitate nr. 1034 din 31.12.2024*.

Serviciul de îngrijire socială la domiciliu are ca scop acordarea de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoanele în vârstă și cu dizabilități, singuratice, cu scopul de a le ajuta să rămână la domiciliu în siguranță. Serviciile prestate includ:

- consiliere;
- efectuarea de cumpărături: produse alimentare, mărfuri de uz casnic;
- prepararea hranei, hrănirea, livrarea prânzurilor calde;
- efectuarea plăților unor servicii comunale;
- îngrijirea locuinței și a gospodăriei;
- igiena personală;
- antrenarea beneficiarului în activități sociale și culturale.

Serviciile sunt prestate de către un lucrător social calificat și experimentat, capabil să ofere îngrijirea necesară beneficiarilor serviciului.

Serviciul social „Asistență socială personală” este un serviciu social specializat instituit de agențiile teritoriale de asistență socială, de structurile responsabile de asistența socială și de protecția drepturilor copilului din municipiul Chișinău, precum şi de către asociaţiile obşteşti, fundaţiile, instituţiile private fără scop lucrativ, înregistrate în conformitate cu legislaţia, având domeniul de activitate în sfera socială.

Scopul Serviciului este de a oferi asistenţă şi îngrijire copiilor şi adulţilor cu dizabilităţi severe, în vederea favorizării independenţei şi integrării lor în societate (în domeniile: protecţie socială, muncă, asistenţă medicală, instructiv-educativ, informaţional, acces la infrastructură etc.).

Conform *Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Asistență socială personală” și a Standartelor minime de calitate nr. 314 din 23-05-2012*, personalul serviciului este constituit din şeful serviciului şi asistenţii personali. Serviciul este gestionat de şeful serviciului. Se stabileşte o unitate de şef al serviciului pentru 30 de unităţi de asistenţi personali. Prestatorul de serviciu este în drept să extindă numărul de unități de asistenți personali referite pentru o unitate de șef al serviciului.

Pentru a solicita admiterea în serviciu, persoana cu dizabilităţi sau, după caz, reprezentantul său legal depune o cerere scrisă la unitatea de asistenţă socială sau

direct la prestatorul de serviciu din raza teritorială a domiciliului sau a reşedinţei sale. La cerere se anexează următoarele acte:

1) copia de pe documentul de identitate al solicitantului şi, după caz, al reprezentantului său legal;

2) copia de pe certificatul de dizabilitate;

3) copia de pe hotărârea judecătorească şi de pe decizia administraţiei publice locale de instituire a tutelei, în cazul în care beneficiarul a fost declarat incapabil.

Evaluarea complexă a necesităţilor solicitantului de asistenţă personală este realizată de către prestatorul de serviciu, cu implicarea echipei multidisciplinare de specialişti, în termen de 10 zile lucrătoare de la data preluării cazului.

Scopul evaluării solicitantului este de a determina eligibilitatea acestuia pentru serviciu, tipul de servicii de asistenţă personală de care are nevoie şi numărul de ore pe săptămână necesar pentru fiecare tip de activitate.

În baza evaluării necesităţilor, prestatorul de serviciu recomandă acţiuni de intervenţie, care sunt fixate în planul individualizat de asistenţă al beneficiarului.

Planul individualizat de asistenţă conţine informaţia detaliată despre serviciile oferite, numărul de ore de asistenţă repartizate pe zi şi pe săptămână, timpul şi locul oferirii serviciilor.

Planul individualizat de asistenţă personală este revizuit în cazul reevaluării necesităţilor beneficiarului. Reevaluarea necesităţilor beneficiarului se face o dată pe an sau la necesitate, în baza cererii beneficiarului sau, după caz, a reprezentantului său legal ori a prestatorului de Serviciu, în caz de schimbări ale stării sănătăţii beneficiarului, locului de trai, condiţiilor familiale sau altor circumstanţe importante.

Prestatorul de serviciu organizează cursul de instruire iniţială a candidatului pentru funcţia de asistent personal. Un asistent personal poate fi angajat pentru maximum 40 de ore pe săptămână pentru un beneficiar.

În funcţie de planul individualizat de asistenţă, asistentul personal oferă următoarele servicii beneficiarului:

1) servicii de îngrijire personală: igienă personală, alimentaţie, îmbrăcare şi dezbrăcare etc.;

2) mobilitate: deplasare în cadrul locuinţei şi în afara acesteia, ridicare şi aşezare, transfer, manipularea scaunului rulant etc.;

3) sarcini menajere de bază: suport pentru prepararea hranei, curăţenie, spălatul hainelor, procurarea alimentelor şi produselor, achitarea facturilor etc.;

4) participare la viaţa socială: suport pentru deplasare în exterior şi comunicarea cu ceilalţi, acces la serviciile comunitare, recreere, viaţa culturală şi asociativă, educaţie şi activitate de muncă;

5) supraveghere şi îndrumare: ajutor pentru a se orienta în timp şi spaţiu, a-şi asigura propria securitate, a-şi dirija comportamentul său în relaţiile cu ceilalţi;

6) însoțire și îngrijire în afara localității, după caz, în afara țării, în scopul reabilitării/recuperării, al efectuării unor investigații/analize medicale, a tratamentului, în baza îndreptărilor instituțiilor responsabile privind necesitatea și perioada, cu informarea obligatorie a prestatorului de serviciu.

Beneficiarul şi asistentul personal, sub supervizarea şefului serviciului şi în baza planului individualizat de asistenţă, elaborează un program zilnic, saptămânal şi lunar de oferire a serviciilor de asistenţă personală. În funcţie de necesităţile beneficiarului, programul este revizuit periodic. Beneficiarul contrasemnează fişa zilnică de evidenţă a serviciilor de asistenţă personală prestate şi a timpului real alocat pentru acestea.

Beneficiarul este sprijinit de asistentul personal pentru a duce o viaţă cât mai independentă în comunitate, în conformitate cu necesităţile, interesele şi preferinţele sale.

Asistenţa medicală a beneficiarului este asigurată de către instituţiile medico-sanitare, în conformitate cu actele normative în vigoare.

Serviciul Social „Plasament Familial pentru Adulţi” înseamnă să-i oferi o familie unui adult cu dizabilităţi sau unei persoane vârstnice.

Scopul serviciului:

- Îmbunătăţirea calităţii vieţii persoanei;
- Oferirea de protecţie şi suport;
- Prevenirea plasării persoanei într-o instituţie;
- Dezinstituţionalizarea persoanei;
- Incluziunea socială a persoanei.

În baza *Regulamentului-cadru privind organizarea şi funcţionarea Serviciului social „Plasament familial pentru adulţi” nr. 75 din 03-02-2024* beneficiari ai serviciului sunt persoanele cu dizabilităţi cu vârsta de peste 18 ani, precum şi persoanele ce au atins vârsta de pensionare şi care se află, temporar sau permanent, în imposibilitatea de a locui cu familia biologică sau extinsă ori de sine stătător, din cauza nevoilor de îngrijire şi suport special.

Se consideră eligibili pentru serviciu persoanele care întrunesc următoarele condiţii:

1) solicitantul este un adult cu dizabilităţi sau o persoană care a atins vârsta de pensionare;

2) solicitantul se află, temporar sau permanent, în imposibilitatea de a locui cu familia biologică sau extinsă ori de sine stătător din cauza nevoilor de îngrijire şi suport speciale;

3) solicitantul nu are locuinţă;

4) solicitantul nu beneficiază de asistenţă personală sau serviciu de îngrijire la domiciliu;

5) solicitantul este instituționalizat.

Serviciul oferă beneficiarului îngrijire familială substitutivă în familia asistentului familial.

În funcţia de asistent familial poate fi angajată orice persoană care îndeplineşte cumulativ următoarele condiţii:

1) are vârsta minimă de 18 ani;

2) nu are antecedente penale;

3) nu este rudă de gradul I cu potenţialul beneficiar;

4) are capacitate deplină de exerciţiu;

5) nu face abuz de alcool şi nu consumă substanţe psihotrope;

6) nu suferă de maladii care pot prejudicia integritatea fizică şi/sau psihică a beneficiarului;

7) are în folosinţă o locuinţă care acoperă necesităţile de îngrijire;

8) a urmat cursul iniţial de instruire.

Persoana care doreşte să devină asistent familial trebuie să depună la prestatorul de serviciu o cerere în scris, însoţită de setul de documente specificate în anexa nr.2 din Regulament.

Înainte de a fi aprobat pentru funcţia de asistent familial, candidatul urmează cursul iniţial de instruire, organizat de prestatorul de serviciu.

Persoana care întruneşte criteriile de eligibilitate enunţate în anexa nr.1 din Regulament depune o cerere de solicitare a serviciului la prestatorul de serviciu. În cazul persoanelor care, din anumite considerente, nu pot depune personal cererea, aceasta poate fi depusă şi de alţi membri ai comunităţii.

La cerere vor fi anexate următoarele documente:

1) copia buletinului de identitate al potenţialului beneficiar;

2) copia certificatului privind gradul de dizabilitate şi capacitate de muncă, după caz;

3) copia legitimaţiei de pensionar, după caz;

4) extrasul din fişa medicală de ambulatoriu (formularul nr. 025/e).

Prestatorul de serviciu monitorizează plasamentul beneficiarului prin vizite în familia asistentului familial.

Prestatorul de serviciu efectuează un minim de vizite obligatorii în familia asistentului familial:

1) o dată la două săptămâni, în primele trei luni ale plasamentului;

2) o dată pe lună, până la împlinirea a şase luni de la plasament;

3) o dată la trei luni, după expirarea primelor 6 luni de la plasament.

Beneficiarul este vizitat de prestatorul de Serviciu în conformitate cu planul individualizat de asistenţă, precum şi la solicitarea beneficiarului ori la solicitarea asistentului familial.

La fiecare vizită, prestatorul de serviciu:

1) se asigură că are o întrevedere individuală cu beneficiarul;

2) întocmeşte un raport în scris cu privire la vizită.

Prestatorul de serviciu întreprinde activităţi suplimentare de monitorizare, inclusiv în cazuri de abatere, urgenţă sau suspiciuni de abuz faţă de beneficiar.

Prestatorul de serviciu revizuieşte planul individualizat de asistenţă în baza reevaluării nevoilor beneficiarului:

1) după trei luni de plasament;

2) după caz, dar nu mai rar de o dată la douăsprezece luni.

Temeiurile de încetare a serviciului sunt următoarele:

1) asistentul familial sau beneficiarul solicită sistarea plasamentului;

2) necesităţile particulare sau cerinţele beneficiarului nu corespund specificului serviciului;

3) beneficiarul nu respectă prevederile acordului de plasament semnat de către acesta cu prestatorul de serviciu;

4) beneficiarul nu mai îndeplineşte cumulativ criteriile de eligibilitate pentru serviciu, enunţate în anexa din Regulament;

5) există circumstanţe care ar putea afecta integritatea fizică sau psihică a beneficiarului serviciului sau a asistentului familial/membrilor familiei acestuia;

6) beneficiarul s-a reintegrat în familia sa biologică sau extinsă;

7) beneficiarul a fost referit către alte servicii;

8) decesul beneficiarului.

Serviciul social „Echipă mobilă” este un serviciu specializat, destinat persoanelor cu dizabilități, care oferă asistență socială, suport la domiciliul beneficiarilor, în baza nevoilor identificate ale acestora, precum și consiliere și suport persoanelor implicate în procesul de incluziune a acestora. Conform *Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Echipă Mobilă” și a standardelor minime de calitate nr. 722 din 22-09-2011*, beneficiarii acestui serviciu sunt persoane adulte cu dizabilități care au nevoie de îngrijire și asistență specializată pentru a-și îmbunătăți sănătatea și a-și recupera

mobilitatea.
În cadrul acestui serviciu, echipa mobilă de specialiști se deplasează la domiciliul beneficiarului și oferă servicii personalizate, în funcție de nevoile individuale ale fiecărei persoane.

Scopul serviciului este îmbunătățirea calității vieții beneficiarului prin servicii de consiliere, recuperare reabilitarea psihosocială, în vederea creșterii gradului de autonomie personală, de prevenire a instituționalizării și incluziune socială.

Obiectivele serviciului sunt următoarele:

1) dezvoltarea abilităților beneficiarilor pentru o viață independentă în comunitate;

2) dezvoltarea abilităților de îngrijire și suport acordat persoanelor implicate în procesul de incluziune socială a beneficiarului;

3) asigurarea socializării beneficiarilor, dezvoltarea relațiilor cu comunitatea și accesul la resursele serviciile existente în comunitate.

Asistența și suportul beneficiarilor serviciului sunt efectuate de către managerul de caz, specialiștii serviciului, asistentul social comunitar și alt personal specializat din comunitate, după caz, în conformitate cu planul individual de asistență și standardele minime de calitate. Prestatorul de servicii angajează personalul în baza contractului individual de muncă sau a contractului de prestări servicii, după caz.

Echipa multidisciplinară de specialiști reprezintă grupul de specialiști (asistent social comunitar, lucrător social, medic de familie, educator, pedagog, psiholog, psihiatru, logoped etc.) din mai multe domenii, care colaborează la soluționarea situațiilor de dificultate ale beneficiarului, conform prevederilor managementului de caz.

Persoana care se consideră eligibilă pentru prestarea serviciilor în cadrul serviciului sau reprezentantul legal al acesteia depune o cerere scrisă la prestatorul serviciului, în a cărei rază teritorială se află domiciliul sau se găsește acesta. Cererea de admitere a beneficiarului în serviciu este însoțită de următoarele documente:

1. copia documentelor de identitate;
2. copia certificatului de încadrare în grad de invaliditate;
3. extrasul din fișa medicală de ambulatoriu sau de staționar (Formularul nr. 027/e);
4. copia hotărârii judecătorești, în cazul în care beneficiarului i s-a stabilit măsura de ocrotire judiciară.

Șeful serviciului, care a înregistrat cererea, o transmite împreună cu documentele anexate pentru examinare echipei multidisciplinare de specialiști.

Managerul de caz revizuiește planul individualizat de asistență al beneficiarului:

1. după prima lună de admitere;
2. la trei luni de la admitere;
3. în caz de necesitate, dar nu mai rar de o dată la 6 luni.

În procesul de revizuire a planului individualizat de asistență, precum și la fiecare revizuire, managerul de caz implică echipa multidisciplinară de specialiști, beneficiarul și/sau reprezentantul său legal, persoanele antrenate în procesul de incluziune a acestuia, precum și personalul angajat în prestarea de servicii beneficiarului în cadrul serviciului.

De acest serviciu beneficiază anual circa 100 de persoane și are ca scop prestarea serviciilor de kinetoterapie, servicii psihologice și reabilitare/recuperare la domiciliu pentru persoanele adulte cu dizabilități severe și accentuate.

Printre serviciile menite pentru persoanele de vârsta a treia putem menţiona **servicii de ocrotire instituţionalizată.** Îngrijirea oamenilor de vârsta a treia într-un **centru de plasament** reprezintă o măsură de asistenţă socială şi poate fi dispusă cu titlu de excepţie pentru persoanele vârstnice care se află în stare de dependenţă socio-medicală, în conformitate cu gradele de dependenţă prin evaluarea statusului funcţional, senzorial şi psihoafectiv al persoanei vârstnice.

În *Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea Centrului de plasament pentru persoane vârstnice nr. 323 din 30-05-2013* se stipulează că în cadrul Centrului se prestează următoarele tipurile de servicii:

a) plasament;
b) alimentaţie;
c) asistenţă medicală;
d) asistenţă igienico-sanitară;
e) consiliere psihologică;
f) agrement;
g) reabilitare;
h) organizarea şi asigurarea înmormântării beneficiarilor conform prevederilor contractuale.

În Republica Moldova activează mai multe centre de plasament pentru vârstnici și persoane cu dizabilități, unde aceștia pot să beneficieze de îngrijire medico-socială.

Ministerul Muncii și Protecţiei Sociale are calitatea de fondator a 2 instituţii sociale pentru persoane vârstnice:

1) *Centrul de plasament pentru persoane vârstnice și persoane cu dizabilități* din mun. Chişinău, str. Valea Rădiului 16 – instituție publică socială ce prestează servicii de plasament temporar sau de lungă durată persoanelor vârstnice și persoanelor cu dizabilități;
2) *Centrul de plasament pentru persoane vârstnice și persoane cu dizabilități* din or. Dubăsari, com. Cocieri, str. Țărmului 1 B – instituție publică socială ce prestează servicii de specializare înaltă, cu plasament temporar sau de lungă durată, după caz, cu plasament de urgență.

În *Centrul de plasament pentru persoane vârstnice și persoane cu dizabilități din mun. Chişinău* sunt cazaţi, temporar sau permanent invalizi, veterani ai muncii şi războiului fără susţinători legali, cu venituri mici sau cu deficienţe fizice, psihice şi boli somatice. Instituţia dispune de 210 de locuri şi oferă servicii de întreţinere completă: plasament gratuit – 150 locuri și plasament contra plată – 60 locuri. Instituția prestează următoarele servicii: plasament; asistență socială, medicală, de îngrijire și consiliere psihologică; îngrijire paliativă; suport de reintegrare în familie și societate [https ww anas ma harta].

Centrul de plasament pentru persoane vârstnice și persoane cu dizabilități din com. Cocieri, raionul Dubăsari are o capacitate de 250 de locuri şi oferă servicii de plasament temporar (o durată de până la șase luni, cu posibilitatea extinderii termenului în dependență de complexitatea cazului) sau de lungă durată (cu o durată nedeterminată), și anume: plasament gratuit – 230 locuri și plasament cu plată – 20 locuri. Instituția prestează următoarele servicii: plasament; alimentație; igienă, asistența/îngrijiri medicale, terapii de recuperare fizică, supraveghere și îngrijire personală a beneficiarilor; consiliere juridică, psihologică și informațională; îngrijire paliativă; suport de reintegrare în familie și societate; organizarea funeraliilor după caz; asistență în vederea perfectării sau restabilirii actelor de identitate și/sau a actelor de stare civilă și/sau privind statutul și situația juridică a persoanei.

Metodologia de lucru cu beneficiarii se aplică conform prevederilor managementului de caz și mecanismului de referire a cazului în sistemul de servicii sociale, aprobate prin ordinile Ministerul Muncii și Protecției Sociale.

Cantinele sociale existente în Republica Moldova funcționează în baza *Legii privind cantinele de ajutor social nr.81-XV din 28 februarie 2003,* care au drept scop prestarea serviciilor de alimentaţie pentru persoanele social vulnerabile şi distribuirea hranei la domiciliul persoanei imobilizate. Ele joacă un rol esențial în promovarea binelui al persoanelor vulnerabile, având ca misiune principală: facilitarea socializării, combaterea excluziunii sociale, susținerea vârstnicilor.

De serviciile cantinelor de ajutor social beneficiază următoarele categorii de persoane socialmente vulnerabile ale căror venituri lunare pentru anul precedent constituie 1-2 pensii minime pentru limită de vârstă:

1) persoanele care au atins vârsta de pensionare (fără domiciliu, fără susţinători legali, fără venituri sau cu venituri mici);

2) persoanele cu dizabilităţi;

3) copiii până la vârsta de 18 ani (din familie cu mulţi copii, din cele monoparentale şi din alte familii considerate socialmente-vulnerabile).

Listele persoanelor care beneficiază de serviciile cantinelor de ajutor social sunt întocmite de organele teritoriale de asistenţă socială, în comun cu reprezentanţii organizaţiilor de veterani şi ai altor organizaţii obşteşti, şi aprobate de primării.

Cantinele de ajutor social prestează următoarele servicii sociale:

a) prepararea şi servirea zilnică a unei mese de persoană (de obicei a prânzului);

b) aprovizionarea, contra cost, de la sediul cantinei, cu produse agroalimentare de bază la preţurile lor de achiziţie;

c) transportarea gratuită la domiciliu a hranei (pentru anumite persoane);

d) prepararea şi distribuirea hranei prin centrele mobile de deservire.

Finanţarea cantinelor de ajutor social se efectuează din contul Fondului de susținere a populației, al sponsorilor, al organizaţiilor neguvernamentale, filantropice şi religioase, al altor persoane juridice şi fizice.

Hrana se distribuie, de regulă, la sediul cantinei de ajutor social sau prin intermediul centrelor mobile de deservire instituite în acest scop. Persoanelor socialmente vulnerabile care, din motive obiective (constatate în ancheta socială), nu se pot deplasa la sediul cantinei de ajutor social, hrana li se distribuie la domiciliu. Modalitatea transportării hranei se stabileşte de către autorităţile administraţiei publice locale.

Conform cerinţelor *Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social de sprijin alimentar*, cuantumul alocaţiei zilnice de hrană pentru o persoană la cantina de ajutor social se stabileşte de către consiliul local, în comun cu administraţia cantinei de ajutor social, şi se indexează în baza mijloacelor financiare existente pentru aceste scopuri. Dreptul la acordarea Serviciului se stabilește de către prestator pentru o perioadă de până la 180 de zile calendaristice. Dreptul de acordare a serviciului poate fi extins în urma evaluării necesităților și recomandărilor echipei multidisciplinare.

Evaluarea necesităților se realizează de către echipa multidisciplinară în termen de 10 zile calendaristice de la data înregistrării cererii beneficiarului. În

baza rezultatelor evaluării inițiale a necesităților, echipa multidisciplinară formulează concluzii și propuneri privind măsurile care urmează a fi întreprinse.

Decizia cu privire la acordarea sau neacordarea dreptului la serviciu se stabilește de către prestator în baza rezultatelor evaluării inițiale a necesităților și a recomandărilor echipei multidisciplinare în termen de 15 zile calendaristice, inclusiv, după caz, în baza avizului comisiei. Beneficiarul este informat cu privire la decizie în termen de 5 zile lucrătoare.

Beneficiarul semnează un acord de colaborare cu prestatorul, unde sunt stabilite condițiile și durata de acordare a serviciului și contractul de prestare a serviciului.

Serviciul poate fi prestat prin următoarele modalități: gratuit; contra plată prin achitarea deplină a costului serviciului; compensat, beneficiarul din mijloace financiare proprii acoperă o parte din costul mesei calde/prânzului. Mărimea părții din cost pe care trebuie să o achite beneficiarul este stabilită de către prestator.

Serviciul social de sprijin alimentar prevede următoarele forme de organizare: cantină socială; ghișeu social alimentar; cantină mobilă; catering social; pachet alimentar; voucher alimentar.

Un serviciu social cu o importanţă mare pentru vârstnici, în special pentru cei cu dizabilităţi este **Serviciul de protezare și ortopedie** (*Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului de protezare și ortopedie și a standardelor minime de calitate nr. 539 din 26-07-2023*). Scopul serviciului este de a oferi suport și asistență necesară beneficiarilor în procesul de asigurare cu mijloace ajutătoare tehnice și alte servicii, conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 567/2011 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la modul de asigurare a unor categorii de cetăţeni cu mijloace ajutătoare tehnice. Structurile teritoriale de asistență socială, prin intermediul felcerilor-protezişti din teritoriu, în baza acordului încheiat, colaborează cu Centrul Republican Experimental Protezare, Ortopedie și Reabilitare (CREPOR).

Pentru asigurarea cu mijloace ajutătoare tehnice, structura teritorială de asistenţă socială expediază către CREPOR următoarele acte:

1) demersul secţiei/direcţiei;

2) cererea personală a solicitantului;

3) concluzia medicală, aprobată de către Ministerul Sănătății, eliberată în baza înscrierilor din fișa medicală a bolnavului de ambulatoriu (Formular 025/e), cu indicarea recomandărilor privind asigurarea cu mijloace ajutătoare tehnice.

În prezent CREPOR reprezintă un complex medical şi de producere unică în Republica Moldova, care are două sarcini principale:

– asigurarea populaţiei Republicii Moldova cu mijloace ajutătoare tehnice (proteze, orteze, corsete, bandaje, încălțăminte ortopedică din piele naturală, etc.);

– acordarea asistenţei medicale recuperatorii persoanelor cu dizabilități, veteranilor de război şi persoanelor cu afecţiuni ale aparatului locomotor prin metode de consultare, tratament şi reabilitare, în scopul menţinerii sănătăţii lor.

De asemenea, Centrul prestează servicii medicale de kinetoterapie, balneoterapie, termoterapie, ionoterapie, tracțiune subacvatică și alte tipuri de servicii.

În incinta CREPOR funcționează staționarul cu o capacitate de 155 paturi (130 – reabilitare medicală, 25 – reabilitare primară, complicată și atipică).

O altă componentă esențială pentru bunăstarea vârstnicilor o reprezintă **serviciile de reabilitare și tratament balneo-sanatorial.** Acestea includ bilete de reabilitare medicală în centre specializate, oferite în conformitate cu *Regulamentul cu privire la modul de evidență și distribuire a biletelor de reabilitare/recuperare acordate pensionarilor și beneficiarilor de alocații sociale de stat nr. 372 din 06-05-2010.*

Aceste centre medicale joacă un rol esențial în asigurarea sănătății și bunăstării persoanelor în vârstă, oferind o gamă largă de servicii specializate dedicate prevenției, tratamentului și reabilitării afecțiunilor specifice acestei vârste: afecţiuni ale aparatului cardio-vascular, nevroze şi alte boli.

Reabilitarea/recuperarea pensionarilor și beneficiarilor de alocații sociale de stat se efectuează în Centrul de reabilitare a persoanelor vârstnice și persoanelor cu dizabilități (adulte) „Speranța”, or. Vadul lui Vodă, instituţie publică în care Ministerul Muncii și Protecției Sociale exercită calitatea de fondator.

În limita mijloacelor financiare acumulate anual de la comercializarea biletelor de reabilitare/recuperare unor categorii de beneficiari scutiţi parţial de plata biletului, Agenția Națională Asistență Socială are dreptul să procure bilete, conform legislaţiei cu privire la achiziţiile publice, în alte instituţii balneosanatoriale ale statului.

Dreptul la asigurare cu bilete se acordă o dată la 3 ani pensionarilor și beneficiarilor de alocații sociale de stat care au atins vârsta de 18 ani, cetățeni ai Republicii Moldova sau străini specificați la art. 2 alin. (1) din Legea nr. 274 din 27 decembrie 2011 privind integrarea străinilor în Republica Moldova, care se află în evidența structurilor teritoriale de asistență socială.

Beneficiarii care au suportat infarct miocardic acut/repetat sau ictus cerebral primar/repetat, în primele 6 luni după incident, conform Trimiterii – extras (Formular nr. 027/e) din Fişa medicală a bolnavului de staţionar (Formular nr. 003/e-2012) sau Fişa medicală a bolnavului de ambulatoriu (Formular nr. 025/e),

după caz, au dreptul la bilete în Centrul de reabilitare a persoanelor vârstnice și persoanelor cu dizabilități (adulte) „Speranța”, or. Vadul lui Vodă, peste rînd, indiferent de faptul dacă anterior au beneficiat de bilet în modul stabilit, distribuit de Structura teritorială de asistență socială.

Beneficiarii care au pneumofibroze drept consecință a COVID-19, conform trimiterii-extras (Formular nr. 027/e) din Fişa medicală a bolnavului de staţionar (Formular nr. 003/e-2012) sau Fişa medicală a bolnavului de ambulatoriu (Formular nr. 025/e), au dreptul, în primele 9 luni după boală, la bilete în Centrul de reabilitare a persoanelor vârstnice și persoanelor cu dizabilități (adulte) „Speranţa”, or. Vadul lui Vodă peste rând, indiferent de faptul dacă anterior au beneficiat de bilet în modul stabilit, distribuit de structura teritorială de asistență socială.

Pensionarii și beneficiarii de alocații sociale de stat aflați la întreţinerea deplină a statului în aziluri, internate psihoneurologice, alte forme de plasament temporar sau permanent nu beneficiază de dreptul la asigurarea gratuită cu bilete.

Dreptul la bilet se stabileşte de către Structura teritorială de asistență socială de la locul de domiciliu sau reședință al solicitantului în baza cererii de luare în evidență (conform anexei nr.1 din Regulament), depusă de către solicitant cu prezentarea următoarelor documente, după caz:

a) actul de identitate;

b) legitimaţia de pensionar;

c) certificatul de încadrare în grad de dizabilitate și programul individual de reabilitare și incluziune socială sau certificatul de încadrare în grad de dizabilitate (de tip vechi) eliberat de către Consiliul Naţional pentru Determinarea Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă;

d) adeverinţa pentru primirea biletului de tratament (Formular nr. 070/e);

f) copia legitimației care confirmă statutul de victimă reabilitată a represiunilor politice.

Cererea se înregistrează în Registrul de evidenţă a solicitanţilor de bilete. Data înregistrării cererii se consideră data luării în evidenţă, iar numărul de înregistrare în cerere corespunde numărului de ordine din Registrul de evidenţă a solicitanţilor de bilete.

Biletul se eliberează beneficiarului de către Structura teritorială de asistență socială cu 20 de zile înainte de data prezentării sale la Centru.

Sarcini pentru activitatea individuală:

1. Creați un tabel cu serviciile sociale prestate persoanelor vârstnice (ex.: îngrijire la domiciliu, centre de zi, consiliere psihologică, transport asistat) și notați tipul serviciului, scopul, beneficiile pentru persoanele vârstnice.
2. Scrieți un eseu de o pagină despre importanța serviciilor specializate în menținerea autonomiei și calității vieții vârstnicilor.
3. Desenați o hartă a resurselor disponibile pentru vârstnicii din orașul sau raionul tău, evidențiind conexiunile între servicii și beneficiari.

TEMA 7. INSTITUŢIONALIZAREA - FORMĂ DE PROTECŢIE A PERSOANELOR DE VÂRSTA A TREIA

1. ***Instituţii prestatoare de servicii sociale de plasament pentru persoane vârstnice***
2. ***Cauzele instituţionalizării persoanelor de vârsta a treia***
3. ***Etapele instituţionalizării şi actele necesare pentru plasarea în azile/centre de plasament***
4. ***Decizia privind instituţionalizarea***
5. ***Evaluarea persoanelor vârstnice***
6. ***Serviciile prestate persoanelor vârstnice în centrele de plasament***
7. ***Cadrul de organizare și funcționare a centrelor de plasament/azilelor pentru vârstnici. Modalităţi de îmbunătăţire a vieţii în centrele pentru vârstnici***

1. Instituţii prestatoare de servicii sociale de plasament pentru persoane vârstnice

O instituţie reprezintă o organizaţie care are statut, reguli de funcţionare stabilite prin regulamente sau legi, având funcţia socială de a satisface anumite nevoi colective.

Gh. Neamţu (2003) menţionează că azilul pentru persoanele în etate reprezintă o instituţie de asistenţă socială cu personalitate juridică, care garantează condiţiile corespunzătoare de găzduire şi de hrană, îngrijiri medicale, recuperare şi readaptare, activităţi de ergoterapie şi de petrecere a timpului liber, asistenţă socială şi psihologică.

Instituția prestatoare de servicii sociale de plasament pentru persoane vârstnice reprezintă o instituție socială de plasament temporar sau de lungă durată, care prestează servicii sociomedicale pentru persoanele vârstnice.

Instituția reprezintă o instituție publică sau privată creată de Ministerul Muncii și Protecției Sociale, autoritățile administrației publice locale de nivelul întâi din raza teritorial-administrativă respectivă, structura responsabilă de asistența socială din municipiul Chișinău sau alte organizații, inclusiv private, în conformitate cu legislația.

Persoanele de vârsta a treia necesită o intervenţie socială pentru a-şi asigura securitatea vieţii în centrele de plasament și azilurile pentru persoane vârstnice din cauza lipsei posibilităţii de a se îngriji, de a se alimenta pe motiv de boală, lipsă de surse financiare sau de lipsă a rudelor apropiate.

Instituţiile sociale pentru persoane în vârstă şi cu dizabilităţi în care Ministerul Muncii și Protecției Sociale au calitatea de fondator: *Centrul de*

Plasament pentru Persoane Vârstnice și Persoane cu Dizabilități, or. Chișinău, str. Valea Rădiului 16; Centrul de Plasament pentru Persoane Vârstnice și Persoane cu Dizabilități, or. Dubăsari, com. Cocieri, str. Țărmului 1B; Instituția Publică Centrul de îngrijire și asistență pentru persoane vârstnice azilul „Acasă", or. Soroca, s. Bădiceni; Instituția Publică Azilul raional pentru persoane în vârstă și persoane cu dizabilități or. Cahul, s. Moscovei; Centrul de Plasament pentru Persoane Vârstnice și cu Dizabilități „Alexandra Grajdian" or. Criuleni, str. Păcii 43; Azilul de bătrâni și invalizi or. Cimișlia; Centrul raional de Plasament pentru Persoanele Vârstnice și cu Dizabilități or. Anenii Noi, s. Puhăceni; Instituția Publică Centrul de Plasament pentru Persoane Adulte și Vârstnice „Alinare" or. Rîșcani, s. Costești; Azilul raional de bătrâni Tănătari or. Căușeni, s. Tănătari; Instituția Publică Azilul pentru Persoane în Vârstă și Persoane cu Dizabilități or. Hîncești, com. Sărata Galbenă; Azilul pentru Persoane în Vârstă și Persoane cu Dizabilități or. Călărași; Azilul pentru Persoanele cu Dizabilități și în Etate or. Leova; Centrul comunitar pentru oamenii în etate „Respirația a doua", or. Bălți, str. T. Şevcenco, 23.

Scopul serviciului este asigurarea protecţiei sociale a beneficiarilor pentru depăşirea situaţiei de dificultate şi îmbunătăţirea calităţii vieţii acestora, în baza evaluării necesităţilor.

Obiectivele instituției sunt:

a) asigurarea prestării serviciilor calitative de îngrijire, reabilitare, menţinerea capacităţilor funcţionale pentru facilitarea integrării sociale a beneficiarilor;

b) acordarea asistenţei sociomedicale în conformitate cu necesităţile speciale şi particularităţile individuale;

c) organizarea gospodăriei auxiliare, în măsura posibilităţilor, în vederea îmbunătăţirii calităţii deservirii beneficiarilor şi desfăşurării activităţilor de ergoterapie;

d) promovarea conceptului privind solidaritatea dintre generaţii.

Beneficiarii serviciului sunt cetăţenii Republicii Moldova, care au atins vârsta standard de pensionare şi care, din cauza unor circumstanţe de natură fizică sau socială, au o capacitate scăzută de autodeservire, necesită supraveghere, asistare şi îngrijire specializată.

Plasamentul persoanelor vârstnice în astfel de instituții poate fi:

1. temporar – perioadă de plasament al persoanei vârstnice în cadrul serviciului, cu o durată de până la şase luni de zile, în scopul depăşirii situaţiei de dificultate în care se află. Plasamentul se realizează în baza evaluării necesităţilor, obiectivelor planului individualizat de asistenţă şi cererii personale;

2. de lungă durată – perioadă de plasament al persoanei vârstnice în cadrul serviciului, cu o durată nedeterminată, cu prestarea spectrului de servicii în corespundere cu necesităţile stabilite în planul individualizat de asistenţă şi cererea persoanei.

Finanţarea instituției se efectuează din contul mijloacelor financiare alocate de fondator, contribuţiei persoanelor cazate în instituție, conform legislaţiei în vigoare şi fondurilor oferite de sponsori, organizaţii filantropice etc.

2. Cauzele instituţionalizării persoanelor de vârsta a treia

Odată cu pensionarea, se dereglează situaţia economică a familiei respective sau, dacă pensionarul este singur su/și şi bolnav, atunci situaţia se complică la maximum.

Problemele declanşate de vârstă sunt diverse şi afectează atât activitatea persoanei, cât şi mediul său. Aceste probleme necesită abordare din perspectivă psihologică şi psiho-socială.

Cele mai multe probleme sociale sunt legate de omul vârstnic singur şi cuplul de bătrâni. Aici se nasc probleme de întreţinere a gospodăriei, de îngrijire medicală şi de îngrijire personală, care cresc pe măsură ce se înaintează în vârstă sau se ivesc agravări ale bolilor cronice.

Atât din mediul rural, cât şi din cel urban, apar probleme, în cazul când bătrânii trăiesc în cadrul familiilor, de relaţii între generaţii, ca urmare a concepţiilor diferite despre viaţă sau cauza conflictelor poate fi spaţiul restrâns de care dispune tânăra familie: rareori se găsește o cameră separată pentru persoanele în vârstă, iar uneori lipsește o persoană care să poată îngriji de un vârstnic bolnav.

Îngrijirea oamenilor de vârsta a treia într-un azil sau centru de plasament reprezintă o măsură de asistenţă socială şi poate fi luată în calcul, cu titlu de excepţie, în cazul persoanelor vârstnice, aflate în stare de dependenţa socio--medicală, în conformitate cu gradele de dependenţă prin evaluarea statutului funcţional, senzorial şi psihoafectiv al persoanei vârstnice.

Cauzele instituţionalizării persoanelor de vârsta a treia pe termen lung sunt următoarele:

4. dorinţa manifestă a vârstnicului;
5. lipsa veniturilor;
6. singurătatea şi lipsa reţelei de suport;
7. diverse afecţiuni cronice;
8. imobilizarea la pat;
9. pierderea locuinţei;
10. Handicapul fizic sau mintal

11. Maltratarea (violența) bîtrânului din partea celor ce s-au angajat să-l îngrijească
12. Lipsa adaptării în cadrul serviciilor la domiciliu
13. Crize în sânul familiei

3. Etapele instituţionalizării şi actele necesare pentru plasarea în azile/centre de plasament

Plasarea în serviciu de asistență socială se realizează de către asistentul social comunitar, care întocmește dosarul şi îl transmite structurii teritoriale de asistenţă socială din cadrul agenției teritoriale de asistență socială respective, după caz, structurii responsabile de asistența socială din municipiul Chișinău.

Comisiile create în acest sens examinează dosarul prezentat și stabilesc dacă persoana corespunde criteriilor de admitere în serviciu, emițând un aviz, care servește drept temei pentru emiterea ordinului de admitere în serviciu. Comisiile se creează prin ordinul directorului agenției teritoriale de asistență socială, după caz, al structurii responsabile de asistența socială din municipiul Chișinău, conform legislației.

La admitere în serviciu, beneficiarul prezintă dosarul personal, precum şi decizia de plasament, eliberată de structura teritorială de asistenţă socială.

Beneficiarii serviciului semnează un *contract de prestări servicii* privind volumul serviciilor acordate. Contractul de prestări servicii se încheie între managerul instituției şi beneficiar/membrii familiei/reprezentantul legal al acestuia. În contract se stabilesc obiectivele, drepturile, responsabilităţile părţilor, volumul de servicii, costul, precum şi durata acestora.

După admiterea beneficiarului în serviciu, managerul de caz elaborează, în comun cu beneficiarul sau membrii familiei/reprezentantul legal, un nou *plan individualizat de asistenţă*, în baza dosarului recepţionat. Planul individualizat de asistenţă revizuit al beneficiarului include concluzii şi recomandări, care, într-o formă accesibilă, se aduc la cunoştinţa beneficiarului, precum şi a persoanelor implicate în procesul de integrare a acestuia, după caz.

Dosarul personal al beneficiarului include următoarele acte:

a) cererea personală sau a reprezentantului legal;
b) ancheta socială care confirmă statutul social şi necesitatea plasării în Serviciu;
c) evaluarea complexă a persoanei;
d) planul individualizat de asistenţă;
e) acordul de colaborare (conform procedurii managementului de caz);

f) avizul comisiei medicale consultative, cu participarea medicului psihiatru, privind diagnosticul şi prezenţa indicaţiilor terapeutice privind necesitatea admiterii persoanei într-o instituţie socială specializată cu profil somatic;
g) fişele medicale, care vor conţine rezultatele investigaţiilor medicale: radiograma şi descrierea ei; rezultatele examenelor de laborator MRS şi grupa intestinală;
h) trimiterea-extras din fişa medicală a bolnavului de ambulatoriu, de staţionar (F027e);
i) copia actului de identitate;
j) copia legitimaţiei de pensionar;
k) copia poliţei de asigurare obligatorie de asistenţă medicală;
l) demersul autorităţii administraţiei publice locale de nivelul întâi, cu argumentarea necesităţii plasamentului;
m) demersul direcţiei/secţiei de asistenţă socială şi protecţie a familiei.

Instituția prestează servicii sociale contra plată pentru persoanele vârstnice cetăţeni ai Republicii Moldova, ai căror copii, conform legislaţiei, sunt obligaţi să-i întreţină, dar, din anumite motive întemeiate, nu-şi pot realiza obligaţiile, în baza unui contract cu managerul instituției, prin care îşi asumă legal responsabilitatea de a achita lunar întreţinerea persoanei cazate, în cuantumul stabilit.

Nu se admite plasarea în serviciu a persoanelor vârstnice cu boli psihice, a bolnavilor de alcoolism, narcomanie, toxicomanie, tuberculoză, cu alte maladii care necesită tratament în instituţii specializate.

La sistarea serviciilor, managerul de caz întocmeşte, pentru fiecare beneficiar, o *Fişă de sistare a serviciilor*, în care se precizează: data sistării, motivele, persoana de contact care va putea da relaţii despre evoluţia ulterioară a beneficiarului.

4. Decizia privind instituţionalizarea

Gh. Neamţu (2003) susţine că decizia privind instituţionalizarea pe termen lung trebuie să fie o decizie realizată de o echipă multidisciplinară alcătuită din asistent social, medic, psiholog, la care va participa obligatoriu persoana vârstnică şi familia acesteia. Această decizie este de o mare răspundere şi vizează viitorul bătrânului şi are numeroase repercusiuni psihice, financiare, morale. Persoana vârstnică are dreptul de a decide ce este mai bine pentru ea, dar poate fi ajutată, îngrijită, prezentându-i-se riscurile şi beneficiile traiului singur sau în azil.

Decizia instituţionalizării persoanei vârstnice trebuie să fie luată după o evaluare riguroasă a contextului medico-psiho-social şi a dorinţelor acestuia şi a familiei sale.

M. Marshall (1993) apreciază că decizia instituţionalizării unui bătrân este decizia cea mai dureroasă care se poate lua ţinând cont de faptul că în cele mai multe cazuri azilul reprezintă „staţia finală a călătoriei în viaţă”. Pentru decizie trebuie rezervat un timp suficient, evitându-se internările făcute în grabă, de urgenţă; de cele mai multe ori internarea în grabă rezolvă problemele familiei, ale azilului, dar nu pe ale persoanei de vârsta a treia asistate în instituţie.

Există situaţii când evaluarea medico-psiho-socială şi dorinţa exprimată de bătrân pledează pentru menţinerea la domiciliu. Cererea de instituţionalizare nu vine atunci nici de la medic, nici de la persoana în etate, ci de la un terţ. În această situaţie, specialistul se poate întreba dacă vârstnicul nu este „victima unui ordin de întemniţare modernă”. Pentru că nu sunt rare cazurile când vârstnicul, resimţit ca neglijabil, devine obiectul reglărilor de conturi legate de vechi conflicte familiale, financiare etc.

5. Evaluarea persoanelor vârstnice

Evaluarea vârstnicului trebuie să fie globală. Pentru o problemă medicală identică, diversitatea situaţiilor sociale sau de mediu explică faptul că într-un caz se preconizează menţinerea la domiciliu şi, în alt caz, se optează pentru instituţionalizare.

Anumite indicii defavorabile trebuie sa alerteze medicul de familie şi asistentul social şi să-i facă să efectueze o evaluare a persoanei vârstnice în ceea ce privește gradul său de dependenţă. Este vorba despre indicii precum:

- ✓ neglijenţa vestimentară şi pierderea interesului pentru aspectul său (miros de urină);
- ✓ hematoame, echimoze sau arsuri;
- ✓ scăderea în greutate;
- ✓ dificultăţi de aprovizionare;
- ✓ stocarea nejustificată de anumite produse;
- ✓ uitări importante şi frecvente cu elemente de periculozitate;
- ✓ izolare şi pierderea interesului, agresivitate;
- ✓ locuinţa neîntreţinută, întreruperea plăţii facturilor.

Este logic să se efectueze evaluarea exhaustivă încă din momentul când un indiciu de risc atrage atenţia medicului de familie sau a asistentului social.

Plasarea în serviciu se realizează în cazul în care, în urma evaluării social-medicale, se constată că rămânerea la domiciliu a persoanei vârstnice nu mai este posibilă din cauza necesității mai mari de suport din partea altei persoane, nivelului scăzut de autodeservire, ruperii/lipsei relaţiilor sociale.

În momentul plasării pentru fiecare beneficiar se întocmeşte un plan individualizat de asistenţă. Planul individualizat de asistenţă este elaborat de managerul de caz şi aprobat la şedinţele de lucru ale echipei multidisciplinare a instituției. Responsabilitatea coordonării serviciilor incluse în planul individualizat de asistenţă revine managerului de caz. Un manager de caz poate gestiona serviciile pentru 50 de beneficiari.

Elaborarea şi revizuirea planului individualizat de asistenţă se efectuează în comun cu beneficiarul sau membrii familiei/reprezentantul legal. În baza acestei reevaluări, instituția operează modificări în planul individualizat de asistenţă şi stabileşte de comun acord cu beneficiarul serviciile ce vor fi asigurate acestuia.

Planul individualizat de asistenţă este revizuit periodic după prima lună, la 3 luni şi la necesitate, dar nu mai rar decât o dată la 6 luni, în funcţie de nevoile individuale ale beneficiarului.

Beneficiarilor admişi în serviciu li se asigură servicii în baza necesităţilor identificate prin evaluarea complexă efectuată de asistentul social comunitar.

Instituția efectuează reevaluarea fiecărui beneficiar, care include aprecierea gradului de autonomie personală şi stare fizică, greutăţii şi regimului alimentar (preferinţe alimentare, inclusiv cerinţele alimentare stabilite de medici), stării de văz, auz, comunicare (limbaj), mobilităţii generale, stabilirea anamnezei, medicaţiei curentă, preocupărilor, hobby-urilor, necesităţilor de educaţie, culturale, religioase, de siguranţă personală, a riscurilor, a relaţiilor cu familia şi altor contacte sociale.

Reevaluarea beneficiarilor se efectuează de către o *echipă multidisciplinară*, formată din specialişti din cadrul instituției: medic, asistent social, psiholog, medic reabilitolog etc. sau contractaţi de la alte servicii din comunitate.

Rezultatele reevaluării sunt anexate la dosarul beneficiarului. Datele respective sunt confidenţiale şi, conform legii, numai beneficiarul/membrii familiei /reprezentantul legal au acces la acestea.

6. Serviciile prestate persoanelor vârstnice în centrele de plasament/azilele pentru vârstnici

Tipurile de servicii prestate în cadrul centrelor de plasament/azilelor pentru vârstnici:

a) *plasament* (plasament temporar sau de lungă durată);

b) alimentaţie (3 mese complete pe zi şi două gustări, la intervale echilibrate; instituția asigură servirea mesei în dormitoare numai pentru persoanele a căror stare de sănătate nu permite deplasarea la spaţiul destinat servirii hranei (persoane ţintuite la pat));

c) asistenţă medicală (consultaţii, tratamente medicale şi fizioproceduri);

d) *asistenţă igienico-sanitară* (personalul medical inferior oferă asistenţă igienico-sanitară beneficiarilor, în special celor imobilizaţi la pat; asigurarea cu obiecte de igienă personală, îmbrăcăminte, încălţăminte, lenjerie de corp şi de pat, la necesitate scutece);

e) *consiliere psihologică* prestată de psiholog şi/sau de asistenţii sociali şi include consilierea psihologică, sprijinul psihologic şi suportul social acordat beneficiarilor, în scopul reabilitării psihologice a acestora, încurajării de a respecta programul de tratament medicamentos şi depăşirii situaţiilor de criză. Sesiunile individuale sunt de tip suportiv, terapeutic şi educativ, iar cele de grup sunt determinate de forma grupului: suport, grup de discuţii etc. Sesiunile de consiliere au la bază principiul reabilitării psihologice a persoanei şi urmăresc depăşirea situaţiei de criză şi formarea următoarelor cunoştinţe, deprinderi şi abilităţi:

- ✓ cultivarea încrederii în sine şi în alte persoane;
- ✓ formarea deprinderii sociale;
- ✓ dezvoltarea capacităţii de a lua decizii;
- ✓ dezvoltarea abilităţilor privind gestionarea timpului, a banilor şi depăşirea crizelor;

f) *agrement* (instituţia organizează excursii, participări la sărbători şi acţiuni sociale comunitare, precum şi sărbători în cadrul instituţiei cu participarea membrilor familiei/reprezentantului legal/comunităţii);

g) reabilitarea se efectuează prin mai multe metode:

- ✓ reabilitare;
- ✓ ergoterapie (ţinând cont de interesul şi capacitatea beneficiarului);
- ✓ masaj;
- ✓ activităţi sportive etc.

Asigurarea beneficiarilor cu aparataj auditiv, optic, articole protetico-ortopedice şi fotolii cu rotile se efectuează prin programele dezvoltate la nivel naţional, precum şi prin parteneriatele stabilite cu ONG-uri, persoane fizice, organizaţii religioase etc.;

h) organizarea şi asigurarea înmormântării beneficiarilor conform prevederilor contractuale.

Instituțiile asigură activităţi de integrare/reintegrare familială şi comunitară, după caz, în baza unui program de (re)integrare socială, care constituie o componentă a planului individualizat de asistenţă. Acest program este elaborat şi revizuit periodic în baza evaluării/reevaluărilor efectuate pentru fiecare beneficiar.

Activităţile care vizează integrarea/reintegrarea comunitară, în funcţie de tipul şi de nevoile individuale ale beneficiarilor, pot fi: informare; interpretare în

limbaj mimico-gestual; consiliere juridică şi psihologică; protecţie socială; asistenţă necesară în identificarea posibilităţilor pentru adaptarea locuinţei; socializare şi petrecere a timpului liber.

Instituțiile încurajează şi sprijină beneficiarii să menţină relaţia cu familia, reprezentantul legal, prietenii, prin telefon, corespondenţă, vizite, ieşiri ale beneficiarilor în comunitate etc.

Centrele/azilele informează beneficiarii, reprezentanţii legali, familiile asupra condiţiilor de desfăşurare a vizitelor (programul de vizitare, restricţii, spaţiile de primire a vizitatorilor, condiţiile de supraveghere a vizitelor) şi asigură un cadru privat şi o ambianţă intimă pentru primirea vizitatorilor de către beneficiari.

Instituțiile sprijină beneficiarii să cunoască şi să utilizeze serviciile comunităţii (poştă şi comunicaţii, transport, servicii medicale şi de recuperare etc.), precum şi să participe la evenimentele culturale. De asemenea, asigură condiţiile necesare (resurse umane, echipamente şi materiale, mijloace de transport etc.) pentru derularea activităţilor de socializare şi petrecere a timpului liber desfăşurate în incinta instituției sau în comunitate.

Serviciile asigurate persoanelor vârstnice în azile pot fi următoarele:

1. Servicii sociale care constau în:

- Ajutor pentru menaj (a face patul, a face curăţenie, a curăţa obiectele sanitare, a călca etc.);
- Consiliere juridică şi administrativă;
- Modalităţi de prevenire a marginalizării sociale şi de reintegrare socială.

2. Servicii socio-medicale care constau în:

- Ajutor pentru menţinerea sau readaptarea capacităţilor fizice ori intelectuale;
- Asigurarea unor programe de ergoterapie şi kinetoterapie;
- Sprijin pentru realizarea igienei corporale.

3. Servicii medicale care constau în:

- consultaţii şi tratamente în cabinetul medical sau la patul persoanei;
- asigurarea cu medicamente;
- asigurarea cu dispozitive medicale;
- consultaţii şi îngrijiri stomatologice;
- servicii de îngrijire de tip infirmier care:

- asigură îngrijiri personale de bază: toaleta completă/parţială, toaleta intimă, îngrijirea pielii, toaleta bucală, îngrijirea mâinilor şi a picioarelor, îngrijirea părului (pieptănat, spălat), baie/duş;

- ajută clientul imobilizat parţial sau total să-şi satisfacă nevoile fiziologice (îl ajută să meargă la WC sau îi pune plosca/urinarul (pe care le spală după utilizare);
- ajută clientul la schimbarea lenjeriei de corp (îmbrăcare/dezbrăcare) şi a lenjeriei de pat;
- asistă şi ajută la hrănirea clientului imobilizat ;
- asigură mobilizarea clientului (întoarcerea în diverse poziţii în pat, transferul din pat în fotoliu sau cărucior cu rotile) şi îl ajută să-şi păstreze, pe cât posibil, mobilitatea, antrenându-l în activităţile de îngrijire şi de prevenire a escarelor.

7. Cadrul de organizare și funcționarea a centrelor de plasament/azilelor pentru vârstnici. Modalităţi de îmbunătăţire a vieţii în centrele pentru vârstnici

Beneficiarii trăiesc într-un mediu sigur şi adaptat necesităţilor individuale ale acestora, au acces şi pot utiliza infrastructura internă a instituției. Instituția asigură autonomie personală în interiorul instituției.

Centrele de plasament/azilele pentru vârstnici dispun de camere de locuit, blocuri sanitare, săli de odihnă, bloc alimentar (bucătărie şi sufragerie), bloc medical, sală de activităţi pe interese, sală de reabilitare, mijloace de telefonie şi de transport, alte mijloace după necesitate, adaptate la nevoile beneficiarilor. Dormitoarele pot fi ocupate de cel mult 3 beneficiari (6 m^2 pentru un beneficiar). Instituția dispune de un izolator unde sunt plasaţi noii beneficiari pe o perioadă de 21 de zile calendaristice şi cei care au nevoie de izolare pe motiv de boală. Blocul sanitaro-igienic (spălătoria, uscătoria, depozitul, sistemul autonom de încălzire) este amplasat în vecinătatea instituției, într-o clădire separată sau în aceeaşi clădire, la subsolul acesteia. Blocul alimentar este amplasat şi amenajat conform regulilor sanitaro-igienice în vigoare.

Deoarece azilul pentru vârstnici este văzut ca ultima alternativă, ei nu au altă şansă decât să se adapteze la condiţiile existente în instituțiel. Aceasta nu înseamnă însă că nu există mijloace de a îmbunătăţi viaţa lor.

Munca asistenţilor sociali trebuie adaptată la specificul instituţiei şi la nevoile persoanelor ocrotite. Există sarcini pe care le-ar putea avea asistentul social într-un azil de vârstnici, şi anume:

a) menţinerea legăturilor cu familia şi medierea relaţiilor cu acestea;

b) medierea relaţiilor dintre vârstnici şi personalul azilului;

c) consilierea individuală a persoanelor de vârsta a treia în privinţa problemelor din instituţie, problemelor de adaptare, consiliere suportivă, prin care se alină suferinţa şi prin care vârstnicii sunt încurajaţi să facă faţă realităţii şi să se simtă acceptaţi şi utili;

d) în colaborare cu psihologul, asistentul social ar putea organiza activităţi de grup cu vârstnicii pentru a-i face să comunice mai mult unii cu alţii, pentru a-i ajuta să înţeleagă mai bine problemele, să înţeleagă că şi alţii se simt ca ei, că şi alţii întâmpină greutăţi similare inevitabilităţii morţii şi a scăderii capacităţilor lor funcţionale precum şi formarea unui spirit de grup;

e) îngrijitorii sunt cea mai valoroasă resursă umană în îngrijirea persoanelor bolnave şi bătrâne. De aceea asistentul social va putea acorda sprijin acestor persoane care realizează cea mai grea parte a muncii cu vârstnicii.

f) asistentul social ar putea ajuta la recuperarea unor funcţii pierdute şi la menţinerea lor la un nivel ridicat, păstrând prin intermediul terapiei ocupaţionale stima de sine şi încrederea în forţele proprii.

Terapia ocupaţională al cărei rol ar fi să se ocupe de organizarea vieţii celor asistaţi este un element esenţial în menţinerea vârstnicului activ. Terapia ocupaţională urmăreşte, împreună cu celelalte metode medicamentoase, fizio- şi psihoterapeutice, recuperarea persoanei în vârstă afectată de deficienţele proprii procesului de îmbătrânire, pe de altă parte, de îmbolnăvirile rezultate de acest proces.

Obiectivele intervenţiei în cazul unui bătrân în centru/azil se poate contura în jurul ideilor de redobândire a autonomiei vârstnicului, de recăpătare a tonusului vital şi, eventual, de reintegrarea socială.

Personalul care lucrează în centre/aziluri urmează să se constituie într-o echipă ce va trebui să ofere un suport psihoafectiv permanent bătrânului, vor fi luate în consideraţie ideile şi preferinţele subiecţilor în cauză, experienţa profesională.

În limita posibilităților se va dirija către activităţi noi pentru stimularea interesului şi evitarea sentimentelor de inferioritate şi insuficienţă.

Conduita echipei trebuie să denote curaj pentru a îndepărta frica determinată de transferul brutal din universul de viaţă familial într-un univers identificat adesea cu abandon, suferinţă şi sfârşit.

Centrul de plasament/azilul pentru vârstnici trebuie să fie concomitent o familie şi o unitate de asistenţă medico-socială.

Este important de specificat rolul asistentului social în îngrijirea persoanelor în vârstă instituţionalizaţi, şi anume: din perspectiva asistentului social, vârstnicul este o parte din familie, cu un trecut şi un viitor, cu un context social şi cultural. Pentru asistentul social, omul vârstnic nu este doar o persoană cu probleme, ci o parte a structurii sociale care are o varietate de forţe şi resurse care pot fi stopate pentru a se adapta la viaţa din azil, dar şi pentru a accepta mai uşor moartea.

Eesenţial în profesia asistentului social este ascultarea empatică, colectarea informaţiilor, datelor de la membrii familiei, personalul medical privind starea sănătăţii persoanei de vârsta a treia, culegerea informaţiilor de la alţi membri ai echipei multidisciplinare, precum psihologii, terapeuţii – totul este necesar pentru a ajuta vârstnicul şi, nu în ultimul rând, a sprijini participarea voluntarilor în sprijinirea vârstnicilor.

Sarcini pentru activitatea individuală:

1. Analizați un management de caz al unui beneficiar vârstnic al Centrului de plasament pentru persoane vârstnice.
2. Alcătuiește un tabel al serviciilor prestate în centru/azil, tabel în care să identifici pentru o persoană vârstnică ipotetică nevoile sale fizice, psihologice și sociale; serviciile necesare (îngrijire medicală, activități recreative, consiliere psihologică, suport social, reabilitare fizică); scopul fiecărui serviciu; modalitatea de implementare; frecvența.

TEMA 8. ORGANIZAREA ŞI FUNCŢIONAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE SOCIALĂ LA DOMICILIU A VÂRSTNICILOR

1. ***Caracteristica serviciilor de îngrijire la domiciliu***
2. ***Beneficiarii serviciilor de îngrijire la domiciliu***
3. ***Furnizorii serviciilor de îngrijire la domiciliu***
4. ***Organizarea serviciilor de îngrijire la domiciliu a vârstnicilor***
5. ***Drepturile beneficiarilor de servicii***
6. ***Membrii echipei furnizoare de servicii de îngrijire la domiciliu***
7. ***Profilul îngrijitorului***
8. ***Relaţia interpersonală îngrijitor-beneficiar***
9. ***Procesul de furnizare a serviciilor de îngrijire la domiciliu***
10. ***Serviciul de îngrijire socială la domiciliu (creat în subordinea Structurii Teritoriale de Asistență Socială sau Direcțiilor de Asistență Socială)***

1. Caracteristica serviciilor de îngrijire la domiciliu

Îngrijirea la domiciliu reprezintă cea mai bună strategie de îngrijire a persoanelor vârstnice în situaţie de dependenţă nu numai pentru că este o metodă mai ieftină decât îngrijirea în instituţii, dar şi pentru că este preferată de persoanele vârstnice, reprezentând un atribut esenţial al calităţii vieţii.

Îngrijirea la domiciliu poate fi definită ca gama de servicii şi facilităţi acordate în comunitate persoanelor dependente pentru ca acestea să trăiască, pe cât de independent posibil, în propriile case.

În general, îngrijirea la domiciliu reprezintă *viaţa acasă*, fiind o alternativă preferabilă *îngrijirii în instituţii.* Aceasta înseamnă să ajuţi oamenii să fie integraţi pe termen lung în comunitatea lor mai curând decât să-i izolezi într-un spital sau azil.

2. Beneficiarii serviciilor de îngrijire la domiciliu

Beneficiarii pot avea vârste diferite: de la copii la bătrâni; pot să aibă o boală fie fizică, fie psihică şi, din această cauză, nu pot să se descurce cu viaţa de zi cu zi fie pe o perioadă limitată de timp, fie toată viaţa.

În general, ***grupurile de beneficiari*** ai acestor servicii sunt următoarele:

- bătrânii dependenţi;
- convalescenţii după anumite boli: fracturi de col femural, paralizii, intervenţii chirurgicale mari;
- persoane care prezintă boli terminale (cancere, ciroze);
- persoane cu dizabilități fizice.

3. Furnizorii serviciilor de îngrijire la domiciliu

Serviciile de îngrijire la domiciliu sunt furnizate de două categorii de reţele:

1) reţeaua informală constituită din *rude, vecini, prieteni;*

2) reţeaua formală constituită din *profesionişti* care pot aparţine unor organizaţii de stat, neguvernamentale sau private:

- ***servicii medicale*** (medicii generalişti, asistente medicale, îngrijitorii la domiciliu);
- ***servicii sociale*** (asistenţii sociali, etc.).

Reţeaua informală

Cea mai mare parte a îngrijirilor comunitare, adică mai mult de 90%, este furnizată de familie, prieteni şi vecini. Deseori persoana dependentă are nevoi complexe şi multiple. Câteodată aceste nevoi nu pot fi satisfăcute de către reţeaua informală sau există cazuri care nu dispun în anturajul lor de niciun ajutor neoficial (rude, prieteni, vecinii, care să-i poată ajuta). De multe ori această reţea informală de ajutor nu poate să rezolve, mai ales, cazurile complexe, grave.

Reţeaua formală

1. ***Serviciile medicale*** sunt furnizate de ***medicii generalişti*** şi ***asistentele medicale comunitare*** (asistentele medicale de teren cu diverse specializări în pediatrie, geriatrie, psihiatrie).

2. ***Serviciile sociale*** sunt furnizate în principal de ***asistenţi sociali*** şi de ***îngrijitori la domiciliu.***

Efortul tuturor acestor categorii de profesionişti este integrat în ***echipe multidisciplinare*** **–** un grup de practicieni de profesii diferite, angajaţi de una sau mai multe organizaţii, care se întâlnesc periodic pentru a-şi coordona activitatea privind furnizarea de servicii unuia sau mai multor clienţi într-o zonă geografică delimitată. De exemplu, echipa formată din medic generalist, asistent social, asistent medical şi îngrijitor la domiciliu este o echipă multidisciplinară.

4. Organizarea serviciilor de îngrijire la domiciliu a vârstnicilor

Pentru organizarea unor astfel de servicii la domiciliu este necesară:

1. ***crearea*** (prin selecţie şi formare) ***a unei echipe multidisciplinare*** formată din medici generalişti, asistente medicale, asistenţi sociali şi îngrijitori la domiciliu;

2. ***identificarea*** şi ***evaluarea*** nevoilor persoanelor în vârstă;

3. ***furnizarea efectivă a serviciilor de îngrijire*** la domiciliu a acestor persoane; acestea constau, în principal, în: a) îngrijiri personale de tip infirmier; b) mobilizare; c) supravegherea nutriţiei; d) supravegherea şi administrarea tratamentului medicamentos; e) suportul moral pentru beneficiar şi familia sa; f) mobilizarea resurselor de mediu şi încurajarea suportului informal.

În realizarea evaluării nevoilor vârstnicilor trebuie să se ţină seama de *nevoile generale* ale categoriei date de populaţie: nevoie de hrană, de mişcare, de comunicare, de afecţiune, de apreciere, de înţelegere, de recunoaştere ca personalitate aparte, nevoia accentuată de repaus şi de odihnă. Pe lângă aceste nevoi ce caracterizează vârsta a treia în marea ei majoritate, subcategoria vârstnicilor nedeplasabili sau greu deplasabili are o serie de *nevoi specifice,* şi anume nevoia de a i se face toaleta generală, nevoia de a fi hrăniţi, nevoia de a îndeplini în locul lor anumite treburi gospodăreşti, nevoia de a-i însoţi pe parcursul demersurilor lor la anumite instituţii publice.

În scopul de a avea o imagine cât mai clară a acestor nevoi este elaborată o *fişă de evaluare a persoanei vârstnice.*

Selectarea vârstnicilor se face pe baza fişei de luare în evidenţă cu ocazia deplasării pe teren şi după completarea fişei de evaluare a persoanei vârstnice. Criteriile fundamentale ale includerii/neincluderii în programul de asistenţă socială la domiciliu sunt: *1) mobilitatea persoanei* (deplasabili, nedeplasabili, greu deplasabili); *2) antecedentele familiale* (au sau nu au aparţinători valizi care îi îngrijesc); *3) condiţiile de locuit.*

5. Drepturile beneficiarilor de servicii

Indiferent de vârsta sau de dizabilitatea cu care confruntă, beneficiarii au dreptul fundamental la autodeterminare şi individualitate. Persoanele dependente care beneficiază de serviciile de îngrijire la domiciliu au un şir de drepturi ca:

- *dreptul de a rămâne în propria casă*;
- *dreptul de a-şi păstra stilul de viaţă ales;*
- *dreptul de a fi bine informat despre opţiunile avantajoase ale fiecărui serviciu concomitent cu dreptul de a alege dintre acestea;*
- *dreptul de a lua decizii şi de a fi parte activă la procesul de îngrijire*;
- *dreptul de a primi îngrijiri adecvate propriilor nevoi*;
- *dreptul la intimitate (confidenţialitate)*;
- *dreptul de a controla serviciile pe care le primesc.*

6. Membrii echipei furnizoare de servicii de îngrijire la domiciliu

Echipa de profesionişti este în relaţie directă cu beneficiarii şi este formată din următoarele categorii profesionale: a) asistente medicale de teren specializate în nursing comunitar; b) îngrijitori la domiciliu; c) asistenţi sociali; d) medici generalişti.

Aceasta este echipa de bază în care pot fi incluşi, în funcţie de nevoile clienţilor, şi alţi profesionişti: kinetoterapeut, maseur, psiholog, logoped.

Îngrijitorul la domiciliu oferă servicii de îngrijire de tip infirmier.

Nursa comunitară oferă servicii de îngrijire şi de coordonare a procesului pentru îngrijire la domiciliu.

Asistentul social este implicat în evaluarea socială a cazurilor, elaborarea planurilor de îngrijire, suportul şi consilierea clienţilor.

Medicul generalist (medicul de familie) este medicul în raza căruia (sau pe lista căruia) este beneficiarul serviciilor date; echipa nu are un alt medic care să dubleze serviciile.

Asistentul social este persoana aptă să acorde asistenţă de tip social persoanelor aflate în dificultate pe o perioadă de timp.

Responsabilităţile generale:

1. determină nevoile clientului şi obiectivele specifice relevante pentru câmpul său de intervenţie;
2. aplică regulile deontologice prevăzute de profesie, respectă normele şi valorile clientului;
3. participă la elaborarea planului de îngrijire;
4. evaluează realizarea obiectivelor;
5. sensibilizează pe toţi cei care intervin în îngrijiri în legătură cu consecinţele sociale ale bolii, ale unui handicap sau ale bătrâneţii.

Responsabilităţile specifice:

7. fac evaluarea nevoilor din punct de vedere social ale clientului şi ale anturajului său (probleme legate de relaţii familiare defectuoase, stare socială, economico-financiară, etc.), identificând nevoile în materie de reinserţie şi prevenţie pe plan social, profesional şi familial;

8. informează clientul despre alternativele de îngrijire corespunzătoare nevoilor sale, sugerând, la nevoie, recurgerea la servicii instituţionalizate;

9. elaborează un plan social de intervenţie în funcţie de nevoile specifice ale clientului;

10. asigură prestaţiile în conformitate cu planul de îngrijire, ţinând cont de resursele clientului şi cele de mediu;

11. oferă informaţii, ajutor şi consiliere clientului în probleme sociale;

12. oferă consiliere şi suport persoanelor aflate în anturajul clientului şi colaborează cu ele, având rol de mediator între client şi familie, indivizi şi alte grupuri;

13. asigură legătura cu alte servicii, instituţii, apărând drepturile şi interesele sociale ale clientului şi reprezentarea clientului în diverse situaţii de ordin social;

14. încurajează şi susţine voluntariatul în acţiunea medico-socială.

Asistenta medicală are anumite responsabilităţi specifice ca:

1. determină nevoile specifice ale clienţilor privind serviciile de îngrijire;
2. organizează şi asigură serviciile de îngrijire (administrarea tratamentului prescris de medic, recoltarea şi transportul probelor biologice/patologice pentru analize la laborator, pansamente, îngrijirea escarelor, urmărirea funcţiilor vitale, etc.) în conformitate cu planul stabilit, ţinând cont de resursele şi priorităţile clientului şi ale medicului;
3. efectuează îngrijiri igienice şi prestează activităţi care duc la creşterea confortului clientului aflat în situaţii deosebite (criză);
4. aplică, la indicaţia medicului, îngrijire terapeutică şi participă la supravegherea tratamentului;
5. colaborează cu medicul şi îi transmite informaţiile necesare pentru urmărirea stării de sănătate a clientului;
6. participă la selecţia noului personal cu calificare asemănătoare;
7. propune măsuri de educare pentru sănătatea clientului şi a anturajului său.

Îngrijitorul la domiciliu asigură îngrijirile de tip infirmier (de bază) şi îndeplineşte sarcini specifice delegate de către asistenta medicală și medic:

1. asigură îngrijiri personale de bază: toaleta completă/parţială, toaleta intimă, îngrijirea pielii, toaleta bucală, îngrijirea mâinilor şi a picioarelor, îngrijirea părului (pieptănat, spălat), baie/duş;
2. ajută clientul imobilizat parţial sau total să-şi satisfacă nevoile fiziologice (îl ajută să meargă la WC sau îi pune plosca (urinarul pe care le spală după utilizare);
3. ajută clientul la schimbarea lingeriei de corp (îmbrăcare/dezbrăcare) şi a lingeriei de pat;
4. asistă şi ajută la hrănirea clientului imobilizat, eventual face unele cumpărături strict legate de nutriţia acesteia;
5. asigură mobilizarea clientului (întoarce în diverse poziţii în pat, transferul din pat în fotoliu sau cărucior cu rotile) şi îl ajută să-şi păstreze mobilitatea, pe cât posibil, antrenându-l în activităţile de îngrijire şi de prevenire a escarelor;
6. contribuie la educarea familiei şi a celorlalţi din anturajul clientului cu privire la îngrijirea bolnavului imobilizat la pat (efectuarea toaletei, mobilizare, hrană);
7. supraveghează administrarea medicamentelor recomandate de către medic, cu excepţia tratamentelor parenterale şi efectuează alte îngrijiri simple delegate de către asistenta medicală;

8. transmite asistentei medicale/medicului observaţii privind starea generală a clientului (starea emoţională, comportament, starea fizică: puls, temperatură, respiraţie dureri, pofta de mâncare, etc.);
9. anunţă echipa medico-socială la cel mai mic semn de boală sau modificare a stării generale;
10. face propuneri care se referă la reducerea riscurilor sesizate în mediul ambiant al clientului şi să le reducă sau elimine în măsura posibilităţilor;
11. este o sursă de suport emoţional pentru client şi anturajul acestuia;
12. respectă confidenţialitatea clienţilor pe care îi îngrijeşte faţă de persoanele care nu sunt implicate în îngrijirea lor.

7. Profilul îngrijitorului

Pentru a îndeplini cu succes rolul complex care îi revine, în raport cu beneficiarul, îngrijitorul trebuie să dispună de cunoştinţe complexe şi de calităţi specifice. Îndeplinirea eficientă a rolului de îngrijitor nu poate fi rezultatul excluziv al însuşirii de cunoştinţe şi deprinderi. Această misiune solicită calităţi specifice care trebuie cultivate în mod constant. Calităţile necesare sunt punctualitate; rigurozitate; perseverenţă; înţelegere; răbdare; afectivitate; comunicativitate.

8. Relaţia interpersonală îngrijitor -beneficiar

Între îngrijitor şi beneficiar se stabileşte în mod inevitabil o relaţie interpersonală directă, care poate influenţa pozitiv sau negativ atingerea obiectivelor profesionale.

Pentru ca această relaţie să acţioneze ca un factor cu consecinţe benefice asupra persoanei ocrotite, îngrijitorul trebuie să ia în considerare unele elemente de principiu.

Stilul interpersonal participativ – persoanele asistate au nevoie de angajare, implicare, participare. Trebuie evitate atitudinea caracterizată prin neimplicare, dezinteres, nepăsare. Stilul interpersonal optim este caracterizat prin dialog, cooperare, parteneriat între îngrijitor şi beneficiar.

Climatul de încredere şi siguranţă – este indicat ca îngrijitorul să convingă beneficiarul de competenţa sa profesională, să folosească persuasiunea, să fie atentă la cererile sale, să încurajeze exprimarea dorinţelor şi să respecte aceste dorinţe.

Respectul faţă de modelul cultural – în virtutea faptului că reprezintă sprijinul său cotidian şi prietenul său de zi cu zi, îngrijitorul intră în relaţii afective cu această persoană, află relaţii despre viaţa sa personală. Din această poziţie ea trebuie să manifeste discreţie; să nu se amestece în domenii personale care nu sunt de competenţa sa; să rămână neutră în raport cu confidenţele beneficiarului; să respecte modelul cultural al acestei persoane.

9. Procesul de furnizare a serviciilor de îngrijire la domiciliu

Managementul îngrijirilor este procesul prin care serviciile de îngrijire sunt organizate şi furnizate după nevoile fiecărui individ. Organizarea procesului de îngrijire se face numai după o prealabilă evaluare a nevoilor.

Cele ***7 etape*** ale întregului proces de management al îngrijirilor sunt:

1. Informarea populaţiei

O organizaţie care oferă servicii trebuie să-şi informeze potenţialii beneficiarii despre: a) ce tipuri de servicii sunt furnizate; b) în cât timp pot fi acestea oferite; c) care sunt criteriile prin care clienţii pot fi eligibili pentru un serviciu sau altul; d) dacă serviciile sunt plătite sau nu; e) cine e responsabil de caz din partea organizaţiei furnizoare şi care este modalitatea prin care se poate ajunge la serviciile complementare are unei alte organizaţii.

2. Evaluarea iniţială

E nevoie să fie explicate celor care solicită ajutor că organizaţia furnizează, cel puţin în stadiul actual, doar anumite servicii la domiciliu (deoarece serviciile la domiciliu sunt destul de puţin cunoscute). După ce beneficiarii au înţeles ce servicii sunt furnizate, trebuie să fie completată rapid o fişă de luare în evidenţă.

3. Evaluarea nevoilor

Procesul de evaluare al nevoilor e bine să aibă loc la domiciliul clienţilor pentru a avea o imagine completă asupra mediului în care trăiesc aceştia şi a descoperi alte nevoi sau a afla mai multe despre viitorul client.

Evaluarea este un proces-cheie de care depinde oferirea serviciilor pe viitor; o evaluare corectă va avea ca rezultat un plan de îngrijire corespunzător.

4. Planul de îngrijiri

Acest plan variază în funcţie de complexitatea nevoilor fiecărei persoane. După ce au fost identificate nevoile se întocmeşte planul de îngrijiri, care înseamnă să definească exact ce servicii sunt necesare pentru a rezolva aceste nevoi.

Tipuri de servicii furnizate în îngrijirile la domiciliu:

a) îngrijiri de bază:

- ajutor la efectuarea toaletei, îmbrăcare/dezbrăcare;
- prevenirea şi îngrijirea escarelor;
- ajutor la prepararea hranei şi alimentaţiei;
- mobilizarea activă şi pasivă;
- menţinerea mediului ambiant în limite acceptabile (căldură, aerisire);
- menţinerea tonusului psihic.

b) îngrijiri complementare:

- servicii menajere strict legate de procesul de îngrijire;
- gimnastica recuperatorie;

- educaţie pentru sănătate;
- consultaţii medicale şi administrarea tratamentului prescris de medic;
- recoltări de probe biologice şi patologice pentru efectuarea probelor de laborator;
- informare, consiliere, apărarea drepturilor şi reprezentarea intereselor clientului.

5. Implementarea planului de îngrijiri

Este procesul prin care planul de îngrijire este pus în practică de către unul sau mai mulţi profesionişti şi sunt furnizate efectiv serviciile de îngrijire.

Serviciile oferite după evaluarea nevoilor şi definirea unui plan de îngrijire vor fi alocate de o manieră prin care să ofere un suport minim necesar pentru a asigura oamenilor o maximă dependenţă.

6. Monitorizarea

Este o formă de supraveghere proactivă a implementării şi constă în asigurarea implementării obiectivelor propuse şi adaptării planului de îngrijiri nevoilor mereu în schimbare ale clienţilor. Monitorizarea se face prin:

- vizite la domiciliu;
- telefoane/scrisori;
- consultaţii între agenţi/organizaţii.

Monitorizarea va urmări dacă:

a) obiectivele propuse în planul de îngrijiri sunt îndeplinite de o manieră eficientă;

b) există o coordonare între îngrijitorii formali şi informali pentru a asigura o continuitate în îngrijiri;

c) se înregistrează fiecare modificare, chiar minoră, în starea clienţilor sau a celor care pot contribui la planul de îngrijiri şi să se ţină cont de ea la bilanţ.

7. Bilanţul

Ca şi evaluarea, bilanţul se bazează pe analiza nevoilor, iar aceasta va fi făcută nu pe serviciile oferite, ci pe nevoile, preferinţele şi eficacitatea serviciilor de a rezolva aceste nevoi.

La un bilanţ se analizează:

- dacă obiectivele de îndeplinit iniţiale au fost realiste şi dacă mai sunt relevante în continuare;

- dacă au avut succes sau nu şi de ce; analiza rezultatelor, mai ales a celor în care nu au avut succes;

- dacă persoana îngrijită devine independentă şi va trebui să fie redus programul, să se explice clientului de ce; nevoile sunt în continuă schimbare, iar furnizorii de servicii vor trebui să se concentreze pe nevoile actuale, şi nu pe cele

iniţiale; drept urmare, va trebui să fie adaptat şi serviciul la nevoile noi ale clienţilor, dezvoltând un nou plan de îngrijire;

- analiza costului şi calităţii serviciilor;
- data următoarei vizite pentru o nouă evaluare de etapă.

Serviciile de îngrijire la domiciliu sunt ca o alternativă la instituţionalizare datorită mai ales costurilor mai reduse pe care acestea le implică. Categoria principală de beneficiari ai acestor servicii o reprezintă cei care au un ajutor redus, dar continuu, pot să rămână la domiciliu, astfel, să degreveze spitalele (sau alte instituţii) de cheltuieli foarte mari. Un alt aspect important este faptul că, pentru beneficiarii acestor servicii, nu se poate face o delimitare strictă între problematica socială şi cea medicală. Soluţia ar fi ca responsabilii de politici sociale să elaboreze cu cei din domeniul medical, iar serviciile să fie furnizate în mod integrat de către o echipă multidisciplinară.

10. Serviciul de îngrijire socială la domiciliu (creat în subordinea Structurii Teritoriale de Asistență Socială sau Direcțiilor de Asistență Socială)

Serviciul de îngrijire socială la domiciliu reprezintă un serviciu social primar public (creat în subordinea Structurii Teritoriale de Asistență Socială) sau privat (creat de către fundații, instituții private fără scop lucrativ, înregistrate în conformitate cu legislația, având domeniul de activitate în sfera socială).

Serviciul este acreditat în conformitate cu prevederile Legii nr. 129/2012 privind acreditarea prestatorilor de servicii sociale.

Serviciul își desfășoară activitatea în conformitate cu Regulamentul, Standardele minime de calitate, dispoziția autorității publice locale de nivelul al doilea, precum și cu prevederile legislației în vigoare.

Scopul serviciului este prestarea calitativă a serviciilor de îngrijire la domiciliu, pentru îmbunătățirea calității vieții beneficiarilor.

Serviciul își desfășoară activitatea în baza următoarelor ***principii:***

1. accesibilitate și disponibilitate;
2. informare;
3. abordare individualizată;
4. parteneriat;
5. participare;
6. confidențialitate;
7. nondiscriminare.

Obiectivele serviciului sunt următoarele:

1. asigurarea prestării serviciilor calitative de îngrijire la domiciliu pentru facilitarea integrării sociale a beneficiarilor, în conformitate cu necesitățile speciale și cu particularitățile de dezvoltare individuală, precum și pentru activizarea eforturilor proprii;
2. prevenirea instituționalizării prin menținerea persoanelor în mediul familial și comunitar;
3. încurajarea beneficiarilor să ducă un mod de viață independent, pe cât este posibil, în familie și comunitate;
4. sensibilizarea opiniei publice privind problemele cu care se confruntă persoanele vârstnice și cele cu dizabilități;
5. mobilizarea comunității pentru soluționarea necesităților cu implicarea voluntarilor;
6. asigurarea evidenței centralizate a potențialilor beneficiari care locuiesc în raza unității teritorial-administrative.

Tipurile de servicii prestate în cadrul serviciului sunt următoarele:

1. consiliere;
2. suport pentru următoarele activități:

   a) procurarea, din mijloacele financiare ale beneficiarului, a produselor alimentare, a mărfurilor de uz casnic și a medicamentelor;

   b) prepararea hranei, hrănirea, livrarea prânzurilor calde (după caz);

   c) plata, din mijloacele financiare ale beneficiarului, a unor servicii comunale;

   d) îngrijirea locuinței și a gospodăriei;

   e) predarea și ridicarea obiectelor de uz casnic și a hainelor la/de la spălătorie, curățătorie chimică sau reparație;

   f) realizarea igienei personale;

   g) organizarea procesului de adaptare a locuinței la nevoile persoanei;

   h) antrenarea beneficiarului în activități sociale și culturale;

   i) menținerea/facilitarea comunicării cu rudele și prietenii;

   j) organizarea procesului de procurare și transportare, din mijloacele financiare ale beneficiarului, a combustibilului la domiciliu;

   k) după caz, încălzirea sobelor.

Dreptul la servicii de îngrijire la domiciliu se stabileşte în temeiul cererii de luare în evidenţă, depusă de solicitant sau reprezentantul legal al acestuia, corespunderii criteriilor de eligibilitate şi a rezultatelor evaluării necesităţilor.

De *serviciile gratuite* beneficiază următoarele grupuri de persoane:

1) persoanele vârstnice care au atins vârsta standard de pensionare și persoanele cu dizabilități adulte, care nu au copii sau au copii majori inapți de

muncă sau locuiesc separat de copiii majori apți de muncă obligați, conform legislației, să-i întrețină și să-i îngrijească, dar care, din anumite considerente justificate, nu-și pot realiza obligațiile;

2) persoanele vârstnice care au atins vârsta standard de pensionare și persoanele cu dizabilități adulte, care cad sub incidența art. 2 alin. (1) din Legea nr. 274/2011 privind integrarea străinilor în Republica Moldova, care nu au copii sau copiii au copii majori inapți de muncă sau locuiesc separat de copiii majori apți de muncă obligați, conform legislației, să-i întrețină și să-i îngrijească, dar care, din anumite considerente justificate, nu-și pot realiza obligațiile.

De *serviciile contra plată* beneficiază următoarele grupuri de persoane:

1) persoanele vârstnice care au atins vârsta standard de pensionare şi persoanele cu dizabilităţi, ai căror copii sunt obligaţi, conform legislaţiei, să-i întreţină, dar din considerente justificate nu-şi pot realiza obligaţiile;

2) persoanele vârstnice care au atins vârsta standard de pensionare şi cad sub incidenţa art. 2 alin. (1) din Legea nr. 274 din 27 decembrie 2011 privind integrarea străinilor în Republica Moldova, ai căror copii sunt obligaţi, conform legislaţiei, să-i întreţină, dar din considerente justificate nu-şi pot realiza obligaţiile;

3) persoanele cu vârsta de peste 18 ani care, după spitalizare, necesită îngrijire temporară în vederea recuperării stării de sănătate şi nu au suport pentru îngrijire la domiciliu: persoanele care se externează din spital după intervenţii chirurgicale; convalescenţii după accidente vasculare cerebrale, fracturi de col femural, paralizii;

4) bolnavii în fază terminală (cancer şi ciroze);

5) persoanele care necesită îngrijire de lungă durată: bolnavii cronici (cu excepţia bolilor infecţioase) care, din cauza bolii, nu sunt capabili să-şi desfăşoare activităţile cotidiene (alimentare, igienă personală etc.), fiind imobilizaţi la pat şi necesitând ajutor permanent.

Beneficiarii Serviciului de îngrijire la domiciliu au următoarele ***drepturi:***

1) să fie informaţi asupra prevederilor legale privind funcţionarea Serviciului;
2) să îşi exprime acordul referitor la serviciile prestate;
3) să înainteze şi să depună plângeri, în condiţiile legii, referitor la calitatea serviciilor prestate, la atitudinea şi tratamentul personalului;
4) să fie asistaţi şi ajutaţi de către personalul serviciului la realizarea obiectivelor planului individualizat de îngrijire;
5) să li se păstreze şi să li se utilizeze datele cu caracter personal conform legislaţiei;
6) să solicite suspendarea sau sistarea prestării serviciilor conform acordului sau contractului de prestare servicii încheiat cu prestatorul;

7) să fie trataţi cu respect şi demnitate de către personalul serviciului;
8) să participe la procesul de luare a deciziilor referitoare la acordarea serviciilor.

Admiterea beneficiarului în serviciu. Pentru a beneficia de servicii, solicitantul sau reprezentantul legal al acestuia depune o cerere scrisă la prestator, conform anexei nr. 1 din Regulament, sau apelează la mecanismul de referire aplicat de unitatea de asistență socială. Prestatorul înregistrează cererea în registrul de evidență a solicitanților.

Dreptul la servicii de îngrijire la domiciliu se stabilește în baza criteriilor de eligibilitate ale Serviciului, conform anexei nr. 2 din Regulament, a rezultatelor obținute în urma evaluării necesităților de îngrijire a solicitantului și a recomandărilor echipei multidisciplinare.

Evaluarea necesităților se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii cererii sau a preluării cazului în urma referirii, în baza *fișei de evaluare a necesităților de îngrijire la domiciliu,* conform anexei nr. 3 din Regulament. Evaluarea se realizează de către prestator, în colaborare cu echipa multidisciplinară din comunitate.

Prestatorul de servicii, în termen de 10 zile lucrătoare de la realizarea evaluării necesităților solicitantului, emite o decizie privind admiterea sau neadmiterea în serviciu, stabilind și dacă solicitantul va beneficia de servicii gratuit sau contra plată. Decizia se aduce la cunoștința solicitantului în scris, în termen de 5 zile lucrătoare de la emiterea acesteia.

Dosarul beneficiarului se întocmește conform anexei nr. 4 din Regulament.

Planul individualizat de îngrijire este completat cu participarea beneficiarului sau, după caz, a reprezentantului său legal, în cadrul ședinței de planificare a îngrijirii.

La ședință sunt examinate rezultatele evaluării necesităților de îngrijire și recomandările formulate de echipa multidisciplinară.

Planul individualizat de îngrijire conține informații detaliate despre volumul serviciilor oferite, numărul de ore de îngrijire repartizate pe zi/săptămână, timpul și locul prestării acestora. Ținând cont de planul individualizat de îngrijire, se elaborează lunar graficul de vizite la domiciliu, care reflectă periodicitatea vizitelor lucrătorului social la domiciliul beneficiarului.

Responsabilitatea coordonării serviciilor incluse în planul individualizat de îngrijire revine șefului serviciului.

Planul individualizat de îngrijire este revizuit o dată la 3 luni, apoi la 6 luni, iar ulterior ori de câte ori este necesar, în funcție de nevoile individuale ale beneficiarului, cu implicarea, după caz, a echipei multidisciplinare.

La sfârșitul vizitei la domiciliul beneficiarului, lucrătorul social completează, împreună cu acesta, *fișa de îngrijire zilnică*, care conține rubrici privind data prestării serviciilor, tipurile de servicii prestate și timpul real alocat.

Șeful serviciului monitorizează prestarea serviciilor de îngrijire la domiciliu în conformitate cu planul individualizat, efectuând vizite la domiciliul beneficiarului:

1. o dată la 3 luni, în cazul beneficiarilor noi;
2. o dată la 6 luni și, după caz, ori de câte ori este necesar.

După fiecare vizită efectuată, șeful serviciului întocmește un raport de monitorizare, care se anexează la dosarul beneficiarului.

Prestarea serviciilor poate fi suspendată, pentru o perioadă de maximum 4 luni, în unul dintre următoarele cazuri:

1. la cererea beneficiarului sau, după caz, a reprezentantului său legal;
2. la plasarea temporară a beneficiarului într-un serviciu rezidențial;
3. la plasarea temporară a beneficiarului într-o instituție medicală pentru tratament/reabilitare.

Șeful Serviciului se numește și se eliberează din funcție prin ordinul fondatorului serviciului. *Funcția de șef al Serviciului* se instituie pentru un număr de *30 de unități de personal*.

Angajarea personalului se efectuează prin încheierea unui contract individual de muncă în formă scrisă și se oficializează prin ordinul (dispoziția, decizia, hotărârea) fondatorului serviciului, emis în baza contractului.

Unui *lucrător social* îi revin în medie *8–10 beneficiari în localitățile rurale* și *10–12 beneficiari în localitățile urbane*. Norma de lucru pentru lucrătorul social se stabilește în funcție de severitatea stării solicitanților, dar nu mai puțin de 8 beneficiari în mediul rural și 10 beneficiari în mediul urban.

Numărul de vizite planificate pentru îngrijirea beneficiarilor la domiciliu se stabilește în funcție de necesitățile acestora, atestate în urma evaluării, reieșind din numărul de *40 de ore lucrătoare pe săptămână* pentru lucrătorii sociali angajați cu normă întreagă (de luni până vineri), dar nu mai puțin de *2–3 vizite pe săptămână la beneficiar*.

Serviciile se acordă conform unui program flexibil, în funcție de necesitățile beneficiarului și de planul individualizat de îngrijire.

Serviciul este finanțat din contul fondatorului, al bugetelor unităților administrativ-teritoriale, al granturilor, al donațiilor oferite de persoane fizice și juridice, al contribuțiilor beneficiarilor, precum și din alte surse, conform legislației.

Sarcini pentru activitatea individuală:

1. Analizați un management de caz al unui beneficiar vârstnic al Serviciului de îngrijire socială la domiciliu.
2. Scrieți un eseu de o pagină despre provocările îngrijirii la domiciliu și modul în care se poate îmbunătăți relația îngrijitor-beneficiar pentru creșterea calității vieții vârstnicului.
3. Alcătuiți un tabel în care să identificați: comportamente pozitive ale îngrijitorului care stimulează cooperarea și implicarea beneficiarului; comportamente negative sau care reduc încrederea și participarea beneficiarului; impactul fiecărui comportament asupra stării și autonomiei beneficiarului.

SURSE BIBLIOGRAFICE:

1. Beju V. Asigurarea şi protecţia socială. Tîrgu Mureş: Ed. Dimitrie Cantemir, 2003.
2. Buzducea D. Asistenţa socială a grupurilor de risc. Iaşi: Polirom, 2010.
3. Cerneavschi V. Problemele sociale cu care se confruntă persoanele vârstnice din Republica Moldova. Conferinţa ştiinţifică internaţională jubiliară „Asistenţa psihologică, psihopedagogică şi socială ca factor al dezvoltării societăţii", UPSC, cu prilejul a 40 de ani ai Facultăţii de Psihologie şi Psihopedagogie Specială, 2010.
4. Enăchescu D., Marcu M.G. Sănătate publică și management sanitar. București. Ed. ALL, 1995.
5. Gal D. Asistenţa socială a persoanelor vârstnice. Aspecte metodologice. Cluj-Napoca, 2003.
6. Hotărârea de Guvern nr. 1034 din 31-12-2024 cu privire la aprobarea Regulamentului- cadru al Serviciului de îngrijire socială la domiciliu și a Standardelor minime de calitate. Publicat: 16-01-2015 în Monitorul Oficial nr. 1-10 art.1.
7. Hotărârea de Guvern nr. 314 din 23-05-2012 cu privire la aprobarea Regulamentului- cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Asistență socială personală" și a Standardelor minime de calitate. Publicat:01-06-2012 în Monitorul Oficial nr. 104-108 art.366.
8. Hotărârea de Guvern nr. 323 din 30-05-2013 cu privire la aprobarea Regulamentului- cadru privind organizarea și funcționarea Centrului de plasament pentru persoane vârstnice și a Standardelor minime de calitate. Publicat: 14-06-20213 în Monitorul Oficial nr. 125-129 art.403.
9. Hotărârea de Guvern nr. 539 din 26-07-2023 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului de protezare și ortopedie și a standardelor minime de calitate. Publicat: 11-08-2023 în Monitorul Oficial Nr. 302-305 art. 701.
10. Hotărârea de Guvern nr. 716 din 18-07-2018 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social de suport monetar adresat familiilor/persoanelor defavorizate. Publicat: 27-07-2018 în Monitorul Oficial Nr. 2777-284 art. 775.
11. Hotărârea de Guvern nr. 722 din 22-09-2011 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Echipă Mobilă" și a standardelor minime de calitate. Publicat: 30-09-2011 în Monitorul Oficial Nr. 160-163 art. 794

12. Hotărârea de Guvern nr. 75 din 03-02-2024 cu privire la aprobarea Regulamentului- cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Plasament familial pentru adulți” și a Standardelor minime de calitate. Publicat: 07-02-20214 în Monitorul Oficial nr. 27-34 art.89.
13. Legea Asistenţei sociale nr. 547-XV din 25.12.2003. Publicat: 12-03-2004 în Monitorul Oficial Nr. 42-44 art. 249.
14. Legea nr. 123 din 18.06.2010 cu privire la serviciile sociale. Publicat: 03-09-2010 în Monitorul Oficial Nr. 155-158 art. 541.
15. Legea privind cantinele de ajutor social nr.81-XV, 28 februarie 2003. Publicat: 11-04-2003 în Monitorul Oficial Nr. 67-69 art. 283.
16. Luca C., Gîrleanu-Șoitu D. Metodologie de lucru în asistența psiho-socio-juridică a persoanelor vârstnice. Iași, 2012.
17. Mardare M. Ce cunosc oamenii în etate din Moldova despre drepturile lor. Chişinău, 2005.
18. Marshall M. Asistenţa socială pentru bătrâni. Ediţia a II-a. Bucureşti: Alternative, 1993.
19. Mănoiu F. Asistenţa socială în România. Bucureşti: All, 1996.
20. Mândrilă C.-G. Procesul de îmbătrânire din perspectiva asistenței sociale. Iași: Universității “Alexandru Ioan Cuza”, 2008.
21. Miftode V. Dimensiuni ale Asistenţei sociale. Botoşani: Eidos, 1995.
22. Miftode V. Sociologia populaţiilor vulnerabile. Teorie și metodă. Iaşi: Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, 2004.
23. Neamţu G. Tratat de asistenţă socială. Ed. a 2-a. Iaşi: Polirom, 2011.
24. Neamţu G. Tratat de asistenţă socială. Iaşi: Polirom, 2003.
25. Programul național privind îmbătrânirea activă și sănătoasă pentru anii 2023-2027. Ministerul Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova.
26. Racu A. ș.a Analiza serviciului de îngrijiri la domiciliu în Republica Moldova. Chișinău: Pontos, 2022.
27. Regulamentul privind organizarea și funcționarea Centrului de plasament pentru persoane vârstnice și persoane cu dizabilități din com. Cocieri, raionul Dubăsari, 2020. Disponibil: https://www.anas.md/wp-content/uploads/2021/11/Regulamentul-privind-organizarea-si-functionarea-Centrului-de-plasament-pentru-persoane-varstnice-si-persoane-cu-dizabilitati-com.-Cocieri.pdf.
28. Roth M., Popescu L. Asistenţa Socială ca activitate de mediere în societate. Cluj-Napoca, 1995.
29. Spînu M. Întroducere în Asistenţă Socială a familiei şi protecţia copilului. Chişinău: Tehnică, 1998.

30. Zapodeanu M. Terapii familiale şi asistenţa socială a familiei. Iaşi: Lumen, 2008.
31. https://statistica.gov.md/ro/varstnicii-in-republica-moldova-in-anul-2024-9578_62003.html.
32. http://www.esanatos.com/ghid-medical/geriatrie/crizele-de-adaptare-la-batrane93725.php.
33. https://gov.md/sites/default/files/media/documents/sedinte-de-guvern/2025-11/870-MMPS-2025.pdf
34. https://crepor.org/ro/despre.
35. https://www.anas.md/harta-serviciilor-sociale/servicii-de-plasament-adulti/.
36. https://proiecte.chisinau.md/ro/sub-6-100-asistenta-sociala.
37. https://daspf.il.md/serviciul-asistenta-sociala-comunitara/.
38. https://social.gov.md/wp-content/uploads/2024/06/Lista-institutiilor-publice-in-care-Ministerul-Muncii-si-Protectiei-Sociale-are-calitatea-de-fondator.pdf.