STRATEGIA DE DEZVOLTARE A SERVICIILOR SOCIALE LA NIVELUL MUNICIPIULUI TIMIȘOARA 2017 -2022

Anexa nr. 1 la HCL nr. _____ din _____

CUPRINS

CONSIDERAȚII GENERALE ……2

Prezentarea generală a Municipiului Timișoara ……2
Rolul serviciilor sociale și modalități de organizare a lor ……..2
Furnizori publici și privați de servicii sociale în Municipiul Timișoara ……..6

CONTEXT EUROPEAN, NAȚIONAL ȘI LOCAL ……..7

VALORI ŞI PRINCIPII ……..15

SCOP ……..16

OBIECTIVE TRANSVERSALE ȘI OBIECTIVE ORIZONTALE ……17

Obiective transversale …….. 17
Serviciul public de asistență socială ……17
Accesul grupurilor vulnerabile la educație …… 20
Accesul grupurilor vulnerabile pe piața muncii …… 21
Obiective orizontale ……... 22
Copiii și familiile lor ……....22
Persoanele vârstnice ……..29
Persoane cu dizabilități ……..35
Persoane care suferă de tulburări ale stării de sănătate mintală ……41
Persoane singure și familii care trăiesc în sărăcie ……44
Persoane fără adăpost ……47
Tinerii care părăsesc sistemul de protecție a copilului ……....52
Grupuri vulnerabile fără acces la locuință ……55
Persoane dependente de consum de substanțe ……58
Victime ale traficului de ființe umane ……60
Persoane private de libertate ……..……62
Victime ale violenței domestice ……...64
Persoane infectate cu virusul HIV/SIDA ……....66

FINANȚAREA SERVICIILOR SOCIALE ……..……67

IMPLEMENTARE, MONITORIZARE ȘI EVALUARE ……...……..67

CONSIDERAȚII GENERALE

Prezentarea generală a Municipiului Timișoara

Municipiul Timişoara, reşedinţa Judeţului Timiş, este cel mai mare oraş din partea de vest a României, cu o populaţie stabilă, la 01.01.2014, de **333.650 locuitori** (insse.ro, 2015), reprezentând 45,06% din populaţia Judeţului Timiş, 18,43% din populaţia Regiunii Vest şi 1,68% din populaţia totală a ţării
Datele recensământului din 2011 relevă prezenţa, în municipiul Timişoara, a 21 de etnii şi 18 religii nominalizate, cu 81,36% din totalul populaţiei de etnie română şi 9,66% aparţinând altor etnii (maghiari, sârbi, germani, romi etc.). 8,98% din locuitorii oraşului au ales să nu-şi declare etnia.

Din punct de vedere economic, Timişoara polarizează în prezent peste 80% din cifra de afaceri a judeţului şi peste 30% din cea a regiunii. În Timişoara sunt concentrate instituţiile culturale mari (teatre, opera, filarmonica, muzee, galerii), dar şi opt universităţi renumite (peste 50.000 studenţi). Există zone construite compacte, dar acestea sunt discontinue ca structură urbană, iar infrastructura tehnico-edilitară şi dotările socio-economice sunt nesatisfăcătoare. La nivel de Comisie Europeană au fost efectuate mai multe studii privind dezvoltarea policentrică a Europei (ESPON – European Spatial Planning Observation Network), iar acestea confirmă potenţialul de polarizare socio-economică al Timişoarei asupra jumătăţii de vest a României, a părţii de sud-est a Ungariei şi a celei de nord-est a Serbiei. Studiul ESPON 1.1.1, a introdus şi definit mai multe concepte cheie la nivelul UE, printre care și pe cel de zone urbane funcţionale (ZUF) care sunt definite ca „având un centru urban de cel puţin 15.000 de locuitori şi o populaţie totală de peste 50.000 de locuitori”. Primele 76 de zone urbane funcţionale au fost desemnate ca zone metropolitane de creştere europeană. Există patru categorii de zone metropolitane de creştere europeană, în funcţie de următoarele criterii: masă, competitivitate, conectivitate şi cunoştinţe. Bucureştiul şi Timişoara sunt singurele zone metropolitane de creştere europeană din România.

Rolul serviciilor sociale și modalități de organizare a lor

Sistemul de asistenţă socială, reglementat prin legea asistenţei sociale nr. 292/2011, intervine subsidiar sau, după caz, complementar sistemelor de asigurări sociale şi se compune din sistemul de beneficii de asistenţă socială şi sistemul de servicii sociale. Asistenţa socială, prin măsurile şi acţiunile specifice, are drept scop dezvoltarea capacităţilor individuale, de grup sau collective pentru asigurarea nevoilor sociale, creşterea calităţii vieţii şi promovarea principiilor de coeziune şi incluziune socială.

Serviciile sociale reprezintă conform prevederilor art. 27, alin (1) din Legea 292/2011 a asistenței sociale ”… activitatea sau ansamblul de activităţi realizate pentru a răspunde nevoilor sociale, precum şi celor speciale, individuale, familiale sau de grup, în vederea

depăşirii situaţiilor de dificultate, prevenirii şi combaterii riscului de excluziune socială, promovării incluziunii sociale şi creşterii calităţii vieţii". În cadrul art. 30 din Legea 292/2011 se face o clasificare a serviciilor sociale, după cum urmează:

- (1) După scopul lor, serviciile sociale pot fi clasificate în: servicii de asistenţă şi suport pentru asigurarea nevoilor de bază ale persoanei, servicii de îngrijire personală, de recuperare/reabilitare, de inserţie/reinserţie socială etc.
- (2) După categoriile de beneficiari, serviciile sociale pot fi clasificate în servicii sociale destinate copilului şi/sau familiei, persoanelor cu dizabilităţi, persoanelor vârstnice, victimelor violenţei în familie, persoanelor fără adăpost, persoanelor cu diferite adicţii, respectiv consum de alcool, droguri, alte substanţe toxice, internet, jocuri de noroc etc., victimelor traficului de persoane, persoanelor private de libertate, persoanelor sancţionate cu măsură educativă sau pedeapsă neprivativă de libertate aflate în supravegherea serviciilor de probaţiune, persoanelor cu afecţiuni psihice, persoanelor din comunităţi izolate, şomerilor de lungă durată, precum şi servicii sociale de suport pentru aparţinătorii beneficiarilor.
- (3) După regimul de asistare, serviciile sociale se clasifică în:
  a) servicii cu cazare, pe perioadă determinată sau nedeterminată: centre rezidenţiale, locuinţe protejate, adăposturi de noapte etc.;
  b) servicii fără cazare: centre de zi, centre şi/sau unităţi de îngrijire la domiciliu, cantine sociale, servicii mobile de acordare a hranei, ambulanţa socială etc.
- (4) După locul de acordare, serviciile sociale se asigură:
  a) la domiciliul beneficiarului;
  b) în centre de zi;
  c) în centre rezidenţiale;
  d) la domiciliul persoanei care acordă serviciul;
  e) în comunitate.
- (5) După regimul juridic al furnizorului, serviciile sociale pot fi organizate ca structuri publice sau private.
- (6) După regimul de acordare serviciile se acordă în regim normal şi regim special:
  a) servicii acordate în regim de accesare, contractare şi documentare uzuale;
  b) servicii acordate în regim special cu eligibilitate şi accesibilitate extinsă, care vizează măsurile preventive care se oferă în regim de birocraţie redusă şi un set de servicii sociale, care vor fi accesate de beneficiari doar în condiţiile păstrării anonimatului, respectiv de persoane dependente de droguri, alcool, prostituate, victimele violenţei în familie etc. Serviciile acordate în regim special pot fi furnizate fără a încheia contract cu beneficiarii;
  c) categoria serviciilor acordate în regim special este reglementată prin lege specială.

În lucrarea *Serviciile sociale în România, Rolul actorilor economiei sociale*, Gabriela Dima (coordonator), Institutul de economie socială, București 2013 se identifică la nivel european o serie de similarităţi în utilizarea termenului de „servicii sociale":

• Sunt *furnizate de organisme guvernamentale, neguvernamentale (ONG-uri sau organizaţii non profit) şi societăţi comerciale*. Chiar şi aşa, în cea mai mare parte, asistenţa socială continuă să fie furnizată informal de către familie, prieteni, vecini, voluntari neplătiţi. Cine ar trebui să fie responsabil de asigurarea asistenţei sociale a grupurilor vulnerabile şi cât de mult trebuie să se implice rămâne în continuare o problemă

morală, politică şi economică de importanţă majoră în dezbaterile curente privind viitorul serviciilor sociale şi al politicilor publice europene.

• Serviciile sociale *pot fi organizate şi furnizate separat sau ca parte a altor servicii conexe*, precum prestaţii sociale, servicii de sănătate şi educaţie. Există diferenţe la nivel european în ceea ce priveşte numărul şi tipul de utilizatori ai serviciilor sociale. În cea mai mare parte a țărilor, serviciile sociale se adresează persoanelor vârstnice, copiilor şi familiei, persoanelor cu dizabilităţi (fizice şi mentale). Pot de asemenea să includă consumatori de droguri, refugiaţi, persoane fără adăpost, victime ale violenţei domestice, şomeri de lungă durată etc.

• *Pot fi furnizate la domiciliu, în centre de zi, în sistem rezidenţial sau instituţii*. La nivel european există tendinţa de reducere a serviciilor oferite în sistem rezidenţial şi orientarea spre servicii oferite la domiciul, în mediul obişnuit de viaţă al utilizatorilor.

• Serviciile sociale *sunt oferite de asistenţi sociali, dar şi de către alţi angajaţi din domeniul social* (îngrijitori la domiciliu, animatori sociali, lucrători sociali, psihologi, psihoterepueţi, kinetoterapeuţi, sociologi). Munca voluntară reprezintă o resursă importantă în cele mai multe ţări.

La nivel european există patru sectoare ale asistenței sociale, care de cele mai multe ori se întrepătrund:

a) **Sectorul informal**. Asistenţa socială este furnizată gratuit, dar nu întotdeauna şi benevol, de către familie, prieteni, vecini, colegi. Deşi este dificil de cuantificat, aceasta continuă să rămână principala sursă de asistenţă socială în toate ţările.

b) **Sectorul voluntar non profit**. Aici sunt incluse grupurile de suport (pentru alcoolici, văduve etc.), organizaţiile neguvernamentale, munca voluntară.

c) **Sectorul public**. Acesta include serviciile furnizate de autorităţile publice centrale, regionale şi locale. Serviciile sociale pot fi oferite de instituţii special organizate sau de departamente ale unor foruri mai mari: sănătate, educaţie, protecţie socială.

d) **Sectorul pro profit/ agenți economici**. Acesta a crescut pentru o perioada ca dimensiune şi importanţă în unele state, precum Regatul Unit al Marii Britanii (UK). Diferenţa dintre acesta şi sectorul non profit este dată de modul în care este folosit excedentul la finalul anului. În acest caz profitul este distribuit către acţionari, în sectorul non profit nu se face distribuţia profitului sau este limitată, excedentul fiind reinvestit în susţinerea serviciilor. În prezent, această tendinţă înregistrează un recul pe fondul rezultatelor nemulţumitoare, cel puţin din perspectiva cost –eficienţă, a introducerii furnizorilor privaţi pro-profit pe această piaţă.

În perioada de dinainte de 1989, în ţările comuniste exista şi un al cincilea sector numit *„work–place social services”* – servicii sociale la locul de muncă. Era un lucru obişnuit ca întreprinderile de stat să ofere servicii pentru copii sau pentru pensionari. Dar, după căderea regimului comunist, în principal din raţiuni economice, acest sistem a fost distrus. Chiar dacă continuă să existe, chiar şi în anumite ţări din Europa de Vest, nu are o pondere semnificativă astfel încât să fie privit ca un sector distinct.

În funcţie de mixul celor patru sectoare, întâlnim la nivel european *patru modele de servicii sociale*:

1**. Modelul scandinav** pe care îl regăsim în Suedia, Danemarca, Norvegia şi Finlanda, bazat pe principiul universalităţii. Acces la servicii pentru toate grupurile vulnerabile, plătite din taxele şi impozitele generale. Autorităţile publice joacă un rol major, contribuţia sectorului non profit sau a organizaţiilor pro-profit fiind minimă. Acest sistem este extrem de avantajos pentru utilizatorii de servicii: o gamă largă de servicii de calitate, focalizare

pe drepturile beneficiarilor. În ultimii ani, datorită schimbărilor politice şi economice au apărut o serie de modificări: universalitatea nu mai este atât de uşor acceptată şi creşte rolul sectorului neguvernamental.

2. **Modelul îngrijirii de tip familial** (“family care model”) întâlnit în ţările mediteraneene precum Grecia, Spania, Italia, Portugalia, Cipru şi Malta. Implicarea statului este mai limitată, fiind accentuată responsabilitatea pe care o are familia în asumarea îngrijirii persoanelor vulnerabile, în tradiţia catolică, dar şi rolul organizaţiilor neguvernamentale în furnizarea de servicii sociale. Într-un astfel de sistem persoanele cu venituri ridicate tind să apeleze la servicii plătite. Acest sistem a fost criticat pentru că limitează rolul femeii în societate deoarece aceasta trebuie să îşi asume grija persoanelor aflate în dificultate: copii, persoane cu dizabilităţi, persoane vârstnice.

3. **Modelul testării mijloacelor** întâlnit mai ales în UK şi Irlanda. Statul se retrage din postura sa de principal furnizor de servicii sociale, contractează serviciile unor furnizori din alte sectoare şi îşi focalizează intervenţia pe situaţiile problemă: persoanele cele mai dependente de servicii sociale şi cu venituri reduse. Furnizorii din zona pro-profit, precum şi ONG-urile joacă un rol extrem de important. Vorbim de o privatizare a pieţei serviciilor sociale.

4. **Modelul subsidiar nord european** din Germania, Austria, Olanda şi mai puţin Franţa sau Belgia. Principiul subsidiarităţii este extrem de puternic în Germania şi Olanda unde serviciile sunt furnizate în special de sectorul neguveramental şi cultele religioase. Statul joacă un rol major în finanţarea organizaţiilor neguvernamentale. Familia are de asemenea o responsabilitate majora. Chiar şi aşa există diferenţe în interiorul aceleaşi ţări, ca de exemplu în Franţa unde statul se implică mai mult în îngrijirea copiilor şi mai puţin în cea a bătrânilor.

În anul 2010 a fost întocmit Raportul de sinteză ”Atingerea exclenței în cadrul furnizării de servicii sociale”, de Flip Maas de la Centrul European pentru Politica şi Cercetarea în Domeniul Bunăstării Sociale, printr-un program PROGRESS susținut de Comisia Europeană și administrat de Departamentul de Ocuparea forței de muncă, afaceri sociale și incluziune. Printre concluzii se numără:

- Furnizorii ar trebui să se concentreze în principal pe plasarea beneficiarului şi a bunăstării acestuia în centrul dezvoltărilor serviciilor sociale de calitate;
- Delegarea responsabilităţilor către organele administrative locale trebuie să aibă loc acolo unde este posibil deoarece cu cât furnizorul este mai apropiat de beneficiar cu atât crește accesul și există şanse mai mari ca nevoile acestuia să fie satisfăcute;
- Primul pas în vederea atingerii excelenţei este asigurarea calităţii prin standarde minime. Totuși Standardele care se concentrează pe furnizarea infrastructurii de bază şi care consideră furnizorii responsabili de aceasta nu reprezintă nicio garanţie a unor îmbunătăţiri continue în privinţa calităţii. Este necesar să se acorde atenție și formării adecvate a managementului şi a personalului, iar inspecţiile, care au drept scop principal controlul, ar trebui extinse pentru a facilita continuarea dezvoltărilor în privinţa calităţii
- Din cauza îmbătrânirii populaţiilor, a schimbărilor din sociatate şi a impactului crizei economice, cererea pentru servicii sociale va continua să crească

În România, de-a lungul timpului, parteneriatul dintre autorități și furnizorii privați de servicii sociale a evoluat spre implicarea reală a autorităţilor în asigurarea sustenabilităţii

serviciilor prin cofinanţarea acestora în baza unui acord de parteneriat sau prin acordarea de subvenţii în baza legii 34/1998. Totuși nu putem vorbi de o piaţă liberă a serviciilor sociale. Deşi se discută foarte mult de necesitatea schimbării mecanismelor de finanţare pentru a asigura sustenabilitatea acestora pe termen lung, în fapt iniţiativele de contractare a serviciilor sociale către furnizorii privaţi sunt puține datorită unor piedici, printre care: lipsa legislaţiei specifice care să permit contractarea serviciilor sociale şi numărul insuficient de furnizori privaţi care să acopere nevoile de pe piaţă.

Furnizori publici și privați de servicii sociale în Municipiul Timișoara

Conform legislației actuale, furnizorii de servicii sociale trebuie să respecte anumite condiții generale și o serie de standarde de calitate specifice tipului de serviciu social furnizat. Dovada respectării acestora se face prin obținerea, de la Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, a acreditării ca furnizor de serviciu sociale și prin obținerea licențierii pentru fiecare tip de serviciu social furnizat. Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice are obligația să publice pe site-ul propriu lista cu toți furnizorii de servicii sociale acreditați și cu toate serviciile sociale care au primit licență de funcționare. La nivelul Municipiului Timișoara, în luna aprilie 2016, avem un număr de 43 de furnizori de servicii sociale acreditați și un număr de 41 de servicii sociale cu licență de funcționare. Anexate la strategie (anexa A și anexa B) se află tabelele cu furnizorii acreditați de servicii sociale din municipiul Timișoara.

CONTEXT EUROPEAN, NAȚIONAL ȘI LOCAL

La nivel european, Comisia Europeană a aprobat la data de 03.03.2010 documentul numit **EUROPA 2020** O strategie europeană pentru o creștere inteligentă, ecologică și favorabilă incluziunii.

Europa 2020 propune **trei priorităţi** care se susțin reciproc:
– *creștere inteligentă*: dezvoltarea unei economii bazate pe cunoaștere și inovare;
– *creștere durabilă*: promovarea unei economii mai eficiente din punctul de vedere al utilizării resurselor, mai ecologice și mai competitive;
– *creștere favorabilă incluziunii*: promovarea unei economii cu o rată ridicată a ocupării forței de muncă, care să asigure coeziunea socială și teritorială.

Comisia propune următoarele **obiective principale** pentru UE:
– 75% din populația cu vârsta cuprinsă între 20 și 64 de ani ar trebui să aibă un **loc de muncă**;
– 3% din PIB-ul UE ar trebui investit în cercetare-dezvoltare (C-D);
– obiectivele „20/20/20” în materie de climă/energie ar trebui îndeplinite (inclusiv o reducere a emisiilor majorată la 30%, dacă există condiții favorabile în acest sens);
– rata **abandonului școlar timpuriu** ar trebui redusă sub nivelul de 10% și cel puțin 40% din generația tânără ar trebui să aibă studii superioare;
– numărul **persoanelor amenințate de sărăcie** ar trebui redus cu 20 de milioane.

Comisia prezintă șapte **inițiative emblematice** pentru a stimula realizarea de progrese în cadrul fiecărei teme prioritare:
- ”O Uniune a inovării” pentru a îmbunătăți condițiile-cadru și accesul la finanțările pentru cercetare și inovare, astfel încât să se garanteze posibilitatea transformării ideilor inovatoare în produse și servicii care creează creștere și locuri de muncă;

– „Tineretul în mișcare” pentru a consolida performanța sistemelor de educație și pentru a facilita intrarea tinerilor pe piața muncii;
– „O agendă digitală pentru Europa” pentru a accelera dezvoltarea serviciilor de internet de mare viteză și pentru a valorifica beneficiile pe care le oferă o piață digitală unică gospodăriilor și întreprinderilor;
– „O Europă eficientă din punctul de vedere al utilizării resurselor” pentru a permite decuplarea creșterii economice de utilizarea resurselor, pentru a sprijini trecerea la o economie cu emisii scăzute de carbon, pentru a crește utilizarea surselor regenerabile de energie, pentru a moderniza sectorul transporturilor și a promova eficiența energetică;
– „O politică industrială adaptată erei globalizării” pentru a îmbunătăți mediul de afaceri, în special pentru IMM-uri, și a sprijini dezvoltarea unei baze industriale solide și durabile în măsură să facă față concurenței la nivel mondial;

– „O agendă pentru noi competențe și noi locuri de muncă” pentru a moderniza piețele muncii și a oferi mai multă autonomie cetățenilor, prin dezvoltarea competențelor acestora pe tot parcursul vieții în vederea creșterii ratei de participare pe piața muncii și a unei mai bune corelări a cererii și a ofertei în materie de forță de muncă, inclusiv prin mobilitatea profesională;
– „**Platforma europeană de combatere a sărăciei**” pentru a garanta coeziunea socială și teritorială, astfel încât beneficiile creșterii și locurile de muncă să fie distribuite echitabil, iar persoanelor care se confruntă cu sărăcia și excluziunea socială să li se acorde posibilitatea de a duce o viață demnă și de a juca un rol activ în societate.

Pentru o ***Creștere favorabilă incluziunii – o economie cu o rată ridicată a ocupării forței de muncă, asigurând coeziunea economică, socială și teritorială,*** Europa trebuie să acționeze în următoarele domenii:
– ocuparea forței de muncă: din cauza schimbărilor demografice, forța de muncă de care dispunem este în scădere. Numai două treimi din populația noastră activă are în prezent un loc de muncă, în comparație cu peste 70% în SUA și în Japonia. Rata ocupării forței de muncă este scăzută în special în rândul femeilor și al lucrătorilor în vârstă. Tinerii au fost grav afectați de criză, cunoscând o rată a șomajului de peste 21%. Se întrevede un risc ridicat ca persoanele neintegrate în câmpul muncii sau care au legături slabe cu acesta să piardă teren pe piața muncii;
– competențele: aproximativ 80 de milioane de persoane au competențe reduse sau de bază, însă persoanele mai instruite sunt cele care beneficiază, în principal, de posibilitățile oferite de învățarea de-a lungul vieții. Până în 2020, 16 milioane de locuri de muncă vor necesita un nivel înalt de calificare, în timp ce numărul locurilor de muncă pentru care se vor cere competențe reduse va scădea cu 12 milioane. Pentru ca lucrătorii să aibă o viață activă mai îndelungată, este nevoie, de asemenea, să le oferim posibilitatea de a dobândi și de a dezvolta noi competențe pe tot parcursul vieții;
– combaterea sărăciei: înainte de criză, 80 de milioane de persoane erau amenințate de sărăcie. 19 milioane dintre acestea sunt copii. 8% dintre persoanele care au un loc de muncă nu câștigă suficient pentru a ieși din sărăcie. Șomerii sunt, în special, afectați.

Obiectivele României în cadrul Strategiei Europa 2020 sunt următoarele :

1. În domeniul ocupării forţei de muncă:
   - o rată de ocupare a forţei de muncă de 70% (faţă de 75% UE)
2. În domeniul cercetare şi dezvoltare:
   - alocarea a 2% din PIB pentru cercetare şi dezvoltare (3% UE)
3. În domeniul schimbărilor climatice şi utilizării durabile a energiei:
   - reducerea emisiilor de gaze cu efect de seră faţă de nivelurile înregistrate în 2005 (+19%)
   - creşterea ponderii surselor de energie regenerabile până la 24% (20%UE)
   - creşterea eficienţei energetice (la 42,99 mil. t.e.p.)
4. În domeniul educaţiei:
   - Reducerea sub 11,3% (10% UE) a ratei de părăsire timpurie a şcolii
   - creşterea la 26,7% (40% UE) a ponderii absolvenţilor de studii superioare în rândul populaţiei în vârstă de 30-34 de ani
5. În domeniul luptei împotriva sărăciei şi a excluziunii sociale:
   - reducerea numărului persoanelor care suferă sau riscă să sufere de pe urma sărăciei şi a excluziunii sociale (cu 580 mii).

La nivel național avem **Strategia națională privind incluziunea socială şi reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020**. Obiectivul Guvernului României este ca toţi cetăţenii să aibă oportunităţi egale de a participa în societate, să fie apreciaţi şi valorizaţi, să trăiască în demnitate, iar nevoile lor elementare să fie satisfăcute şi diferenţele respectate. În acest context, incluziunea socială a grupurilor vulnerabile și reducerea numărului de persoane expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială cu 580.000, până în anul 2020, față de anul 2008, conform țintei asumate de Romania în vederea îndeplinirii obiectivelor Strategiei Europa 2020, reprezintă rezultatul principal vizat de strategie.

Principalele grupuri vulnerabile din România sunt:

Grupuri vulnerabile	**Sugrupuri**
Persoanele sărace	Copii săraci, mai ales aceia care trăiesc în familii cu mulți copii sau în familii monoparentale
	Persoane sărace angajate, mai ales muncitori subcalificați (în principal din mediul rural); lucrători pe cont propriu atât în agricultură, cât și în alte domenii
	Tineri șomeri și NEET (persoane care nu sunt angajate și nu sunt înscrise în sistemul de învățământ sau de formare profesională
	Persoane cu vârste între 50 și 64 de ani care nu sunt încadrate profesional și care sunt excluse din programele de asistență socială
	Persoane vârstnice sărace, mai ales cele care locuiesc cu membri ai familiei aflați în întreținere și persoane vârstnice singure
Copiii și tinerii lipsiți de îngrijire și sprijin parental	Copii abandonați în unități medicale
	Copii care trăiesc în centre de plasament mari sau de calitate slabă
	Tineri care părăsesc sistemul de protecţie a copilului
	Copii și tineri care trăiesc pe stradă
	Copii cu părinți care lucrează în străinătate, mai ales aceia cu amândoi părinții în străinătate și cei care se confruntă cu separarea pe termen lung de părinții lor
	Copii lipsiți de libertate
	Mame adolescente
Persoanele vârstnice singure sau dependente	Persoane vârstnice care locuiesc singure și/sau sunt dependente şi/sau care au nevoi complexe de îngrijire

Romii	Copii și adulți de etnie romă cu risc de a fi excluși din familii fără a avea un venit sustenabil
Persoanele cu dizabilități	Copii și adulți cu dizabilități, inclusiv persoane invalide și cu o concentrare pe persoanele cu nevoi complexe
Alte grupuri vulnerabile	Persoane care suferă de dependență de alcool, droguri și alte substanțe toxice
	Persoane lipsite de libertate sau aflate sub control judiciar
	Persoane aflate în evidențele serviciilor de probațiune, față de care au fost dispuse măsuri sau sancțiuni neprivative de libertate (persoanele față de care s-a dispus amânarea aplicării pedepsei, suspendarea executării pedepsei sub supraveghere, liberarea condiționată - în cazul în care restul rămas neexecutat din pedeapsă este de 2 ani sau mai mare și persoanele față de care s-a dispus executarea pedepsei amenzii prin prestarea de muncă în folosul comunității)
	Minori aflați în evidențele serviciilor de probațiune (minorii sancționați cu o măsură educativă neprivativă de libertate, față de care s-a dispus înlocuirea măsurii educative privative de liberate sau liberarea din detenție)
	Persoane fără domiciliu
	Victime ale violenței domestice
	Victime ale traficului de ființe umane
	Refugiați și imigranți
Persoanele care trăiesc în comunități marginalizate	Comunitățile rurale sărace
	Comunitățile urbane marginalizate
	Comunități rome sărace și marginalizate

Prin intermediul Strategiei naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei, se propun o serie de **politici orientate către persoane**, dintre care le enumerăm pe cele privitoare la serviciile sociale. Serviciile integrate, care includ servicii de protecție socială, ocupare, educație, sănătate, și alte servicii publice (necesare pentru a oferi suport familiilor și copiilor în sărăcie extremă) sunt extrem de rare. Există o fragmentare și o lipsă de coordonare accentuate în sectorul serviciilor specializate, mai ales în zonele rurale și în privința serviciilor pentru adulți. Evaluarea nevoilor și sistemele de management al informațiilor sunt deficitare în domeniul social și sunt rareori utilizate pentru a sprijini procesul luării deciziilor. **Obiectivul principal al Strategiei**, cu privire la serviciile sociale, este *dezvoltarea unei rețele naționale de servicii sociale de bună calitate, cu acoperire adecvată în teritoriu și accesibile tuturor beneficiarilor la nivel național.* Dezvoltarea

serviciilor sociale a fost un obiectiv strategic al Guvernului începând cu anul 2006 și va rămâne astfel și până în anul 2020.
Dezvoltarea serviciilor sociale trebuie integrată într-o politică coerentă incluzivă și proiectată să sprijine persoanele în cadrul familiilor și al comunităților, cu atât mai mult în contextul procesului de regionalizare și descentralizare administrativă și financiară.
În acest scop, strategia identifică ca **obiective prioritare**:
(1) asigurarea mecanismelor de creștere a responsabilității sociale din serviciile sociale;
(2) îmbunătățirea sistemelor de evaluare a nevoilor și de management al informațiilor, precum și corelarea acestora cu politica și practicile locale de luare a deciziilor;
(3) îmbunătățirea finanțării serviciilor sociale;

Pentru a îmbunătăți acest cadru este încă necesară dezvoltarea în următoarele domenii:

- Completarea și revizuirea mecanismelor și procedurilor de finanțare a serviciilor sociale, în special având în vedere contextul descentralizării. Principalul obiectiv este de a redirecționa mai multe resurse spre serviciile bazate pe comunitate prin focalizarea finanțării către familiile expuse riscurilor și sprijinirea serviciilor de tip familial. În același timp, procedurile pentru instituțiile publice privind colectarea și utilizarea donațiilor și sponsorizărilor trebuie simplificate.

- Coordonarea și armonizarea între mecanismele de finanțare a serviciilor din diferite sectoare precum sănătate, educație, locuire și ocuparea forței de muncă trebuie să fie îmbunătățite pentru a încuraja și sprijini dezvoltarea serviciilor integrate.

- Îmbunătățirea, creșterea transparenței și diseminarea procedurilor naționale pentru contractarea serviciilor sociale către furnizori non-profit sau privați. Cel mai bun model ar fi unul de contractare orientată spre rezultate cu plăți eșalonate făcute în funcție de îndeplinirea de către contractant a unei serii de indicatori de performanță conveniți. Contractarea ar trebui să fie legată de situația specifică la nivel local, identificată pe baza unei evaluări a nevoilor și prioritizare a serviciilor sociale.

- Îmbunătățirea procedurilor pentru stabilirea standardelor de cost a serviciilor sociale. MMFPSPV a elaborat standarde de cost pentru serviciile sociale (HG nr.23/2010). Totuși, furnizorii de servicii sociale, în special ONG-urile dar nu numai, consideră că aceste costuri medii nu sunt exacte și realiste, fiind în mare parte influențate de costurile centrelor rezidențiale mari, fără să fie legate direct de standardele de îngrijire. Din acest motiv, mai ales pentru serviciile sociale pentru adulți și persoanele vârstnice, se consideră necesară dezvoltarea unei metodologii și îmbunătățirea procedurilor pentru stabilirea standardelor de cost, mai ales pentru persoanele adulte și vârstnice.

(4) consolidarea și îmbunătățirea asistenței sociale la nivel de comunitate;
(5) dezvoltarea echipelor comunitare de intervenție integrată, cu precădere pentru comunitățile sărace și marginalizate;

Acțiuni necesare:

- Consolidarea capacității serviciilor publice de asistență socială locale
- Creșterea coordonării orizontale și verticale în vederea integrării serviciilor sociale
- Estimarea riguroasă a costurilor necesare și alocarea unui buget adecvat
- Dezvoltarea metodologiilor, protocoalelor și procedurilor de lucru clare

(6) dezvoltarea serviciilor destinate grupurilor vulnerabile incluzând copiii, persoanele cu dizabilități, persoanele vârstnice și alte grupuri vulnerabile.

Principalele **obiective și acțiuni de dezvoltare** legate de serviciile sociale, organizate în funcție de grupurile vulnerabile, sunt:

- *Dezvoltarea și finanțarea serviciilor adresate copiilor lipsiți de îngrijire parentală în vederea:* (i) reducerii ratei de abandon în unitățile medicale, în principal prin consolidarea mecanismelor de prevenție la nivelul comunității; (ii) reducerii numărului de copii din sistemul de protecție specială, în special prin reconsiderarea căilor și instrumentelor (inclusiv a beneficiilor) de a oferi sprijin pentru familii în vederea prevenirii separării copiilor de familii și prin revizuirea serviciilor existente de protecție a copilului pentru a îmbunătăți calitatea îngrijirii acordate; (iii) reducerii numărului de copii fără adăpost, în principal prin evaluarea și cartografierea situației reale a copiilor

străzii la nivel național și prin dezvoltarea serviciilor preventive și specializate conform nevoilor identificate; (iv) identificării categoriilor de copii cu părinți care lucrează în străinătate aflate în situații de risc social și dezvoltarea serviciilor de asistență pentru aceștia și pentru adulții care îi îngrijesc.

- *Dezvoltarea și finanțarea serviciilor pentru persoanele cu dizabilități*, care, în conformitate cu Strategia națională pentru persoane cu dizabilități 2015-2020, va pune accent pe: (i) stabilirea unui set funcțional și coerent de metodologii pentru armonizarea evaluării persoanelor cu dizabilitate și invaliditate; (ii) extinderea gamei de servicii pentru persoanele cu dizabilități, cu accent pe serviciile de sprijin din comunitate care trebuie să devină mai multe, mai bune și mai accesibile pentru persoanele cu venituri mici; (iii) asigurarea finanțării și a dezvoltării continue a serviciilor de asistență pentru tinerii cu dizabilități care trăiesc în comunități; (iv) accelerarea și creșterea eficienței tranziției de la îngrijirea rezidențială la serviciile bazate pe comunitate pentru adulții cu dizabilități; (v) regândirea îngrijirii pe termen lung și a serviciilor de reabilitare pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală; și (vi) continuarea planului național de accesibilizare a spațiului public.
- *Dezvoltarea și finanțarea unei game de servicii personalizate care să răspundă nevoilor specifice ale persoanelor vârstnice*, în special ale celor cu nevoi complexe, cu accent deosebit pe serviciile de proximitate de îngrijire la domiciliu, în acord cu măsurile prevăzute în Strategia națională privind persoanele vârstnice și îmbătrânirea activă.
- *Reglementarea, acolo unde este cazul, dezvoltarea și finanțarea serviciilor sociale personalizate pentru alte grupuri vulnerabile*, inclusiv mamele adolescente, adulții lipsiți de libertate sau aflați sub control judiciar, persoanele fără adăpost, persoanele dependente de droguri, alcool și alte substanțe nocive, victimele traficului de ființe umane și victimele violenței. În vederea dezvoltării acestor servicii se va colabora cu principalele instituții cu responsabilități în domeniu, inclusiv MDRAP (care este în proces de elaborare a Strategiei naționale pentru locuire), Administrația Națională a Penitenciarelor (Strategia națională de reintegrare socială a persoanelor private de libertate 2014-2018), Agenția Națională Antidrog (Strategia națională antidrog 2013-2010, HG nr.784/2013), Agenția Națională Împotriva Violenței Domestice (Strategia națională pentru prevenirea și combaterea fenomenului violenței în familie pentru perioada 2013-2017, HG nr.1156/2012), Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane (Strategia națională împotriva traficului de persoane pentru perioada 2012-2016, HG nr.1142/2012).

Alte politici orientate către persoane sunt cele referitoare la educație, locuire, participare socială, muncă. În cadrul politicilor propuse pentru educație amintim:

- Creşterea accesului la programul de învăţare şi formare pe tot parcursul vieţii pentru tinerii dezavantajaţi şi populaţia de vârstă active
- Creşterea accesului copiilor din grupuri vulnerabile la educație de calitate prin:
  - *Creşterea accesului copiilor cu nevoi educaţionale speciale*
  - *Creşterea accesului copiilor romi*
  - *Creşterea accesului copiilor din rural și din zonele urbane marginalizate*
- Îmbunătăţirea eficienţei programelor de protecție socială în educaţie

În cee ace privește politicile pentru locuire, amintim:

- Creşterea accesibilităţii şi îmbunătăţirea calităţii locuinţelor, în special pentru populaţia vulnerabilă

- Dezvoltarea sectorului locuirii sociale
- Asigurarea sprijinului de urgenţă și creșterea capacității de prevenție timpurie pentru persoanele fără adăpost

În domeniul Participării sociale se propun:

- Creșterea participării la activități de voluntariat cu și pentru grupurile vulnerabile
- Responsabilizarea şi creşterea implicării în luarea deciziilor care afectează comunităţile sărace şi marginalizate prin participare socială activă

În ceea ce privește politicile pentru muncă amintim:

- Dezvoltarea economiei sociale în vederea creşterii oportunităţilor de angajare pentru grupurile vulnerabile
- Creşterea participării pe piața muncii a categoriilor vulnerabile

La nivel local avem **Strategia pentru Dezvoltare Regională a Regiunii Vest 2014-2020** și **Strategia integrată de dezvoltare a Polului de creştere Timişoara (SIDPCT)**
Axele de dezvoltare propuse la nivelul Regiunii de dezvoltare Vest a României (în cadrul **Strategiei pentru Dezvoltare Regională a Regiunii Vest 2014-2020)** sunt următoarele:
1. Creşterea competitivităţii regionale, prin promovarea inovării şi specilaizării inteligente;
2. Dezvoltarea unei economii dinamice, bazată pe creşterea productivităţii şi antreprenoriat;
3. Îmbunătăţirea accesibilităţii şi mobilităţii într-o regiune conectată intern şi internaţional;
4. Dezvoltarea capitalului uman şi creşterea calităţii în sectoarele educaţie, sănătate şi servicii sociale;
5. Promovarea creşterii sustenabile prin sprijinirea tranziţiei către o economie verde, în vederea adaptării la schimbările climatice, prevenirea şi gestionarea riscurilor;
6. Valorificarea specificului local al comunităţilor urbane şi rurale;
7. Dezvoltarea durabilă a turismului;
8. Întărirea capacităţii administrative.

În ceea ce privește **Strategia integrată de dezvoltare a Polului de creştere Timişoara,** la capitolul destinat analizei de nevoi în ceea ce privește asistența socială se precizează:

NEVOI	PROBLEME SOLUŢII
Spaţii insuficiente destinate cazării şi activităţilor destinate grupurilor vulnerabile şi starea de degradare a spaţiilor existente;	Reabilitarea şi construirea de clădiri destinate grupurilor-ţintă, după o clară evaluare cantitativă şi calitativă a acestora
Nivelul modest al acţiunilor care să vizeze integrarea social-econimică a persoanelor defavorizate	Încurajarea şi susţinerea dezvoltării economiei de tip social, cu potenţial pentru integrarea persoanelor din grupurile-ţintă
Inexistenţa prestatorilor de servicii sociale în zona de influenţă	Susţinerea proiectelor care vizează înfiinţarea de structuri destinate asistenţei şi integrării persoanelor vulnerabile
- Resurse umane şi materiale insuficiente pentru asigurarea asistenţei şi integrării sociale a grupurilor-ţintă	- Multiplicarea programelor educaţionale ce vizează promovarea şi intesificare voluntariatului şi a iniţiativelor din domeniul social; - încurajarea parteneriatelor de tip public-privat.

Obiectivul general – MISIUNEA – Strategiei Integrate de Dezvoltare a Polului de creştere Timişoara, este: *Creșterea rolului polarizator al Timișoarei, prin dezvoltare inteligentă, promovarea excelenței în afaceri și asigurarea unui spațiu urban de calitate, cu o societate multiculturală, creativă și prosperă, conectată la valorile europene*.

În vederea realizării obiectivului general, au fost identificate **cinci obiective strategice**, printre acestea se numără și **obiectivul strategic 3 : Asigurarea unui mediu social intercultural, coeziv şi dinamic, favorabil progresului şi incluziunii**. Acest obiectiv strategic se va concretiza în programe şi măsuri care vizează patrimoniul, cultura, educaţia, serviciile de sănătate şi serviciile sociale. Pentru atingerea obiectivelor propuse, strategia cuprinde un set de măsuri administrative practice, bazate pe proiecte prioritizate, a căror aplicare va putea fi urmărită prin indicatori cuantificabili.

Obiectiv strategic	Program	Măsuri
3. Asigurarea unui mediu social intercultural, coeziv şi dinamic, favorabil incluziunii și progresului	P.3.2. Promovarea responsabilității locale privind egalitatea de șanse și incluziunea socială	2.1.Reabilitarea, extinderea și înființarea de locuințe sociale și spații destinate asistenței sociale
		2.2. Susținerea proiectelor din sfera educației civice și a voluntariatului ce vizează coeziunea socială
		2.3. Încurajarea integrării socio-economice a persoanelor beneficiare de ajutorul social și a persoanelor din grupuri cu grad ridicat de risc
	P.3.3. Ameliorarea stării de sănătate a populației, prin prevenție și acces echitabil la servicii de sănătate performante	3. Construcția/amenajarea de centre comunitare socio-medicale integrate în arealele izolate/dezavantajate și sprijinirea lor financiară și logistică

VALORI ŞI PRINCIPII

La baza elaborării Strategiei de dezvoltare a serviciilor sociale la nivelul Municipiului Timișoara au stat următoarele valori și principii:
a) solidaritatea socială, potrivit căreia întreaga comunitate participă la sprijinirea persoanelor vulnerabile care necesită suport şi măsuri de protecţie socială pentru depăşirea sau limitarea unor situaţii de dificultate, în scopul asigurării incluziunii sociale a acestei categorii de populaţie;
b) universalitatea, potrivit căreia fiecare persoană are dreptul la asistenţă socială, în condiţiile prevăzute de lege;
c) respectarea demnităţii umane, potrivit căreia fiecărei persoane îi este garantată dezvoltarea liberă şi deplină a personalităţii, îi sunt respectate statutul individual şi social şi dreptul la intimitate şi protecţie împotriva oricărui abuz fizic, psihic, intelectual, politic sau economic;
d) abordarea individuală, potrivit căreia măsurile de asistenţă socială trebuie adaptate situaţiei particulare de viaţă a fiecărui individ;
e) parteneriatul, potrivit căruia autorităţile publice centrale şi locale, instituţiile publice şi private, organizaţiile neguvernamentale, instituţiile de cult recunoscute de lege, precum şi membrii comunităţii stabilesc obiective comune, conlucrează şi mobilizează toate resursele necesare pentru asigurarea unor condiţii de viaţă decente şi demne pentru persoanele vulnerabile;
f) participarea beneficiarilor, potrivit căreia beneficiarii participă la formularea şi implementarea politicilor cu impact direct asupra lor, la realizarea programelor individualizate de suport social şi se implică activ în viaţa comunităţii, prin intermediul formelor de asociere sau direct, prin activităţi voluntare desfăşurate în folosul persoanelor vulnerabile;
g) transparenţa, potrivit căreia se asigură creşterea gradului de responsabilitate a administraţiei publice centrale şi locale faţă de cetăţean, precum şi stimularea participării active a beneficiarilor la procesul de luare a deciziilor;
h) nediscriminarea, potrivit căreia persoanele vulnerabile beneficiază de măsuri şi acţiuni de protecţie socială fără restricţie sau preferinţă faţă de rasă, naţionalitate, origine etnică, limbă, religie, categorie socială, opinie, sex ori orientare sexuală, vârstă, apartenenţă

politică, dizabilitate, boală cronică necontagioasă, infectare HIV sau apartenenţă la o categorie defavorizată;
i) eficienţa, potrivit căreia utilizarea resurselor publice are la bază respectarea celui mai bun raport cost-beneficiu;
j) proximitatea, potrivit căreia serviciile sunt organizate cât mai aproape de beneficiar, pentru facilitarea accesului şi menţinerea persoanei cât mai mult posibil în propriul mediu de viaţă;
k) complementaritatea şi abordarea integrată, potrivit cărora, pentru asigurarea întregului potenţial de funcţionare socială a persoanei ca membru deplin al familiei, comunităţii şi societăţii, serviciile sociale trebuie corelate cu toate nevoile beneficiarului şi acordate integrat cu o gamă largă de măsuri şi servicii din domeniul economic, educaţional, de sănătate, cultural etc.;
l) concurenţa şi competitivitatea, potrivit cărora furnizorii de servicii sociale publici şi privaţi trebuie să se preocupe permanent de creşterea calităţii serviciilor acordate şi să beneficieze de tratament egal pe piaţa serviciilor sociale;
m) egalitatea de şanse, potrivit căreia beneficiarii, fără niciun fel de discriminare, au acces în mod egal la oportunităţile de împlinire şi dezvoltare personală, dar şi la măsurile şi acțiunile de protecție socială
n) confidenţialitatea, potrivit căreia, pentru respectarea vieţii private, beneficiarii au dreptul la păstrarea confidenţialităţii asupra datelor personale şi informaţiilor referitoare la viaţa privată şi situaţia de dificultate în care se află;

SCOP

Scopul Strategiei este ca prin intermediul serviciilor sociale să prevină excluziunea socială şi sărăcia şi să asigure sprijin suplimentar pentru incluziune şi participare socială pentru acele persoane care se confruntă cu dificultăţi în viaţa lor cotidiană. Investirea în servicii de bază şi infrastructură socială, şi evaluarea nevoilor reale ale populaţiei şi prioritizarea acestora, vor contribui la o dezvoltare semnificativă a comunităţii şi condiţiilor de trai pentru cele mai excluse sau vulnerabile persoane sau grupuri.

OBIECTIVE TRANSVERSALE ȘI OBIECTIVE ORIZONTALE

OBIECTIVE TRANSVERSALE

Aceste obiective se referă la intervenții care vizează și se aplică mai multor grupuri țintă și pentru îndeplinirea cărora este nevoie de implicarea serviciului public de asistență socială, alături de furnizori publici și privați de servicii sociale, organizații reprezentative ale beneficiarilor, instituții cu activitate conexă domeniului social, mediul academic și economic.

Serviciul public de asistență socială

Conform Legii 292/2011- Legea asistenței sociale Art. 112, alin (1) ”Pentru asigurarea aplicării politicilor sociale în domeniul protecţiei copilului, familiei, persoanelor vârstnice, persoanelor cu dizabilităţi, precum şi altor persoane, grupuri sau comunităţi aflate în nevoie socială, autorităţile administraţiei publice locale au atribuţii privind administrarea şi acordarea beneficiilor de asistenţă socială şi a serviciilor sociale”. Conform art. 112, alin (3) ”În domeniul organizării, administrării şi acordării serviciilor sociale, autorităţile administraţiei publice locale au următoarele atribuţii principale:

a) elaborează, în concordanţă cu strategiile naţionale şi nevoile locale identificate, strategia judeţeană, respectiv locală de dezvoltare a serviciilor sociale, pe termen mediu şi lung, după consultarea furnizorilor publici şi privaţi, a asociaţiilor profesionale şi a organizaţiilor reprezentative ale beneficiarilor şi răspund de aplicarea acesteia;

b) în urma consultării furnizorilor publici şi privaţi, a asociaţiilor profesionale şi a organizaţiilor reprezentative ale beneficiarilor elaborează planurile anuale de acţiune privind serviciile sociale administrate şi finanţate din bugetul consiliului judeţean/consiliului local/Consiliului General al Municipiului Bucureşti, care cuprind date detaliate privind numărul şi categoriile de beneficiari, serviciile sociale existente, serviciile sociale propuse pentru a fi înfiinţate, programul de contractare a serviciilor din fonduri publice, bugetul estimat şi sursele de finanţare;

c) iniţiază, coordonează şi aplică măsurile de prevenire şi combatere a situaţiilor de marginalizare şi excludere socială în care se pot afla anumite grupuri sau comunităţi;

d) identifică familiile şi persoanele aflate în dificultate, precum şi cauzele care au generat situaţiile de risc de excluziune socială;

e) realizează atribuţiile prevăzute de lege în procesul de acordare a serviciilor sociale;

f) încheie, în condiţiile legii, contracte de parteneriat public-public şi public-privat pentru sprijinirea financiară şi tehnică a autorităţilor administraţiei publice locale de la nivelul judeţului, pentru susţinerea dezvoltării serviciilor sociale;

g) propun înfiinţarea serviciilor sociale de interes judeţean sau local;
h) colectează, prelucrează şi administrează datele şi informaţiile privind beneficiarii, furnizorii publici şi privaţi şi serviciile administrate de aceştia;
i) monitorizează şi evaluează serviciile sociale;
j) elaborează şi implementează proiecte cu finanţare naţională şi internaţională în domeniul serviciilor sociale;
k) elaborează proiectul de buget anual pentru susţinerea serviciilor sociale în conformitate cu planul anual de acţiune şi asigură finanţarea/cofinanţarea acestora;
l) asigură informarea şi consilierea beneficiarilor, precum şi informarea populaţiei privind drepturile sociale şi serviciile sociale disponibile;
m) furnizează, administrează sau, după caz, contractează serviciile sociale adresate copilului, familiei, persoanelor cu dizabilităţi, persoanelor vârstnice, precum şi tuturor categoriilor de beneficiari prevăzute de lege, fiind responsabile de calitatea serviciilor prestate;
n) planifică şi realizează activităţile de informare, formare şi îndrumare metodologică, în vederea creşterii performanţei personalului care administrează şi acordă servicii sociale;
o) colaborează permanent cu organizaţiile societăţii civile care reprezintă interesele diferitelor categorii de beneficiari;
p) organizează şi realizează activităţile specifice contractării serviciilor sociale acordate de furnizorii publici şi privaţi;
q) încheie, în condiţiile legii, contracte şi convenţii de parteneriat, contracte de finanţare, contracte de subvenţionare pentru înfiinţarea, administrarea, finanţarea şi cofinanţarea de servicii sociale;
r) monitorizează financiar şi tehnic contractele prevăzute la lit. q);
s) îndeplinesc orice alte atribuţii prevăzute de reglementările legale în vigoare.”

Atribuțiile autorității publice locale de la nivelul municipiului Timișoara, în ceea ce privește asistența socială, sunt aduse la îndeplinire prin intermediului serviciului public de asistență socială, organizat ca instituție publică cu personalitate juridică sub numele de Direcția de Asistență Socială Comunitară a Municipiului Timișoara.

În vederea realizării Strategiei de dezvoltare a serviciilor sociale la nivelul municipiului Timișoara, Direcția de Asistență Socială Comunitară a organizat un amplu proces de colectarea de date privind furnizorii de servicii sociale, categoriile de beneficiari deservite, numărul beneficiarilor, timpul mediu de așteptare pentru a beneficia de un serviciu social, surse de finanțare ale serviciului social, nevoia de noi servicii sociale, nevoile furnizorilor de servicii sociale și dificultățile cu care se confruntă în furnizarea acestui tip de serviciu. Toate aceste date au fost colectate cu ajutorul unui instrument numit ”Fișa de colectare a datelor” transmisă fiecărui furnizor de servicii sociale din Timișoara, acreditat și licențiat. S-au luat în considerare toate datele transmise de către furnizorii de servicii sociale. Acolo unde nu s-au transmis fișe de colectare ale datelor completate, s-au luat în considerare date din rapoartele de activitate publicate ale furnizorilor de servicii sociale. Pentru a completa profilul persoanelor vulnerabile din comunitate, au fost colectate date (prin studierea rapoartelor de activitate făcute publice sau prin transmiterea unor adrese punctuale) și de la alte instituții publice: Agenția Județeană de Plăți și Inspecție Socială, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, Institutul Național de Statistică – Direcția Regională de Statistică Timiș, Casa Județeană de Pensii Timiș, Inspectoratul Școlar General Timiș, Spitalul Clinic Municipal de Urgență, Spitalul Clinic Județean de Urgență ”Pius Brânzeu”, Spitalul de Copii ”Louis Țurcanu”, Spitalul de

Pneumoftiziologie și Boli Infecțioase ”Victor Babeș”, Agenția Județeană pentru Ocupare a Forței de Muncă Timiș.

Primele obiective strategice fac referire la serviciul public de asistență socială de la nivel local, ținând cont de rolul și atribuțiile acestuia, de necesitatea ca politicile publice și strategiile de la nivel local să fie însoțite de date bine fundamentate și de nevoia ca serviciile sociale publice să fie acordate la cele mai înalte standarde de către un personal competent.

OBIECTIV GENERAL I: Creșterea capacității serviciului public de asistență socială de a identifica și evalua nevoile și situațiile care impun furnizarea de servicii sociale și programe de intervenție specifice.

Obiective specifice:

1. Crearea unui sistem de înregistrare a datelor privind nevoile și situațiile care impun furnizarea de servicii sociale;
2. Instituirea unui mecanism formal de consultare și colaborare cu furnizorii publici și privați de servicii sociale, cu organizații reprezentative ale beneficiarilor, cu instituții a căror activitate este conexă domeniului social, reprezentanți ai mediului academic și alte instituții/persoane interesate;
3. Realizarea unei diagnoze sociale anuale care să fundamenteze elaborarea Planului anual de acțiune privind serviciile sociale administrate și finanțate din bugetul local.

OBIECTIV GENERAL II: Îmbunătăţirea funcţionalităţii serviciilor sociale furnizate la nivel local.

Obiective specifice:

1. Respectarea standardelor de calitate pentru serviciile sociale furnizate;
2. Dezvoltarea procedurilor de lucru pentru serviciile sociale furnizate
3. Dezvoltarea capacităţii serviciului public de asistență socială pentru o mai bună planificare şi gestionare a serviciilor comunitare integrate
4. Introducerea unor mecanisme de asigurare a managementului calității pentru serviciile furnizate de către serviciul public de asistență socială
5. Evaluarea necesarului de servicii sociale în comunitate și identificarea modalităților de finanțare a acestor servicii

OBIECTIV GENERAL III: Creșterea gradului de responsabilizare al serviciului public de asistență socială în furnizarea serviciilor sociale

Obiective specifice:

1. Asigurarea continuării raportării publice regulate privind activitatea serviciului public de asistență socială;
2. Îmbunătăţirea comunicării privind disponibilitatea serviciilor, cu o atenție specială pe informarea celor mai vulnerabili beneficiari potenţiali, inclusiv persoanele de etnie roma și persoanele cu dizabilități;
3. Mai bună documentare şi diseminare prin canale mass-media şi instrumente TIC a serviciilor sociale furnizate în Timișoara;
4. Identificarea oportunităților pentru includerea reprezentanţilor grupurilor vulnerabile, inclusiv persoanele de etnie roma, în comitetele şi organele decizionale locale (atât formale cât şi informale) în vederea exercitării rolului lor în cadrul comunităţilor;

5. Asigurarea includerii unor mecanisme deschise şi receptive pentru reclamaţii şi plângeri în configuraţia instituţională a serviciilor sociale;
6. Conceperea şi implementarea unor campanii susţinute educative şi de sporire a conştientizării diversităţii (incluzând diverse categorii de grupuri marginalizate sau discriminate) ca o completare a altor acţiuni, în abordarea stigmatului şi discriminării;
7. Promovarea unei societăți inclusive în comunitate și a unei culturi organizaționale non-discriminatorii în rândul angajaților, în vederea creșterii calității interacțiunii cu beneficiarii.

OBIECTIV GENERAL IV. Asigurarea resurselor umane, dezvoltarea competențelor și abilităților profesionale ale personalului din cadrul serviciului public de asistență socială.

Obiective specifice:

1. Recrutarea și asigurarea resurselor umane în mod rațional și eficient, necesare funcționării serviciului public de asistență socială;
2. Realizarea unei analize a nevoilor de formare a personalului din cadrul serviciului public de asistență socială;
3. Asigurarea implementării programelor de formare/perfecționare/supervizare continuă a personalului, conform specificului activităților desfășurate.

Accesul grupurilor vulnerabile la educație

Conform datelor transmise de către Inspectoratul Școlar Județean Timiș, situația efectivelor de elevi în municipiul Timișoara este următoarea:

Ciclu școlar	2013-2014	2014-2015	2015-2016
preșcolar	7812	7885	7106
primar	11161	11755	12009
gimnazial	8638	8824	8965
liceal	13217	12725	11560
profesional	342	729	872
Total:	**41170**	**41918**	**40512**

Se observă o creștere importantă a elevilor care frecventează învățământul profesional, de la 0,83% în anul 2014 la 2,15% în anul 2016.

În ceea ce privește situația abandonului școlar, situația se regăsește mai jos:

Nr. elevi cu abandon școlar	2013-2014	2014-2015	2015-2016
	41	149	92

În anul școlar 2015-2016 numărul elevilor care au abandonat școala este mai mult decât dublu față de anul școlar 2013-2014.

Elevii cu cerințe educaționale speciale sunt integrație fie în învățământul de masă (mai puțini), fie în școli speciale și centre de educație incluzivă.

Tip unitate școlară	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Învățământ de masă	468	451	409

Școală specială sau centru de educație incluzivă	1253	1244	1231
Total	1721	1695	1640

În anul 2015, elevii cu cerințe educaționale speciale au reprezentat 4,04% din totalul elevilor.

Pentru ca și elevii provenind din familii cu posibilități materiale reduse să poată frecventa școala, Guvernul a venit în sprijinul loc cu două programe: programul de acordare a rechizitelor școlare și programul ”Bani de liceu”. Situația lor, în municipiul Timișoara, este prezentată mai jos:

Tip program	Beneficiari 2013-2014	Beneficiari 2014-2015	Beneficiari 2015-2016
Rechizite școlare	2789	1045	516
Bani de liceu	459	386	282

Accesul la educație este o componentă cheie a furnizării serviciilor sociale în regim integrat și constituie o prioritate conform Strategiei naționale privind incluziunea socială şi reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020.
Având în vedere cele de mai sus, se formulează următoarele obiective strategice în ceea ce privește accesul grupurilor vulnerabile la educație.

OBIECTIV GENERAL V: Creșterea capacității serviciilor sociale pentru asigurarea accesului tuturor la educație primară, secundară de calitate și la servicii de alfabetizare

Obiective specifice:

1. Conceperea şi implementarea unui program local de suport axat pe copiii cu risc de abandon (inclusiv de etnie roma) din ciclul de educaţie primară şi secundară;
2. Creșterea colaborării cu școlile pentru dezvoltarea unui sistem de avertizare rapidă pentru elevii cu risc de abandon, care poate ajuta la iniţierea unor măsuri eficiente înainte să aibă loc abandonul şcolar;
3. Diversificarea serviciilor sociale de suport pentru diminuarea abandonului școlar a copiilor provenind din grupuri vulnerabile, inclusiv etnia roma;
4. Creșterea accesului persoanelor adulte, nealfabetizate sau care nu au finalizat ciclul școlar primar sau gimnazial, la servicii educaționale de tip ”A doua șansă”, inclusiv a persoanelor de etnie roma;

Accesul grupurilor vulnerabile pe piața muncii

Există două legi care propun masuri de sprijin pentru persoanele care provin din grupurile vulnerabile: Legea nr.76/2002 privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă și Legea nr.219/ 2015 privind Economia Sociala cu normele de aplicare.
Masurile de stimulare a forței de munca așa cum sunt ele prevăzute in Legea nr.76/2002 fac trimitere la următoare categorii vulnerabile: tinerii cu risc de marginalizare sociala, persoanele care au vârsta de peste 45 ani sau persoanele care mai au 5 ani pana la pensie, au rămas fără loc de munca și sunt în risc de marginalizare sociala. Pentru a veni în sprijinul acestor grupuri vulnerabile, serviciul public de asistență socială le poate identifica în comunitate, evalua în scopul identificării nevoilor lor și direcționa către Agenția Județeană de Ocupare a Forței de Muncă.

În ceea ce privește economia socială, serviciul public de asistență socială are rolul de a identifica și evalua (prin intermediul anchetei sociale) persoane din grupuri vulnerabile, dar și, alături de alți furnizori de servicii sociale, de a oferi măsuri de acompaniament pentru persoanele din grupuri vulnerabile încadrate în întreprinderi de inserție socială.

Având în vedere cele de mai sus, se formulează următoarele obiective strategice în ceea ce privește accesul grupurilor vulnerabile pe piața muncii:

OBIECTIV GENERAL VI: Creșterea capacității serviciilor sociale pentru sprijinirea măsurilor de ocupare a forței de muncă și a măsurilor privind economia socială în rândul grupurilor vulnerabile

Obiective specifice:

1. Creșterea accesului persoanelor tinere și adulte, provenind din grupuri vulnerabile, inclusiv a persoanelor de etnie roma și a persoanelor cu dizabilități, la măsurile de ocupare a forței de muncă
2. Dezvoltarea capacității serviciului public de asistență socială de a identifica persoane din grupuri vulnerabile, inclusiv de etnie roma și persoane cu dizabilități, care sunt eligibili pentru a fi încadrați într-o întreprindere de economie socială
3. Dezvoltarea capacității serviciilor sociale de a oferi măsuri de acompaniere persoanelor din grupuri vulnerabile încadrate în întreprinderi de economie socială
4. Dezvoltarea de parteneriate cu alte instituții/organizații din comunitate, în vederea creșterii accesului grupurilor vulnerabile pe piața muncii

OBIECTIVE ORIZONTALE

Obiectivele orizontale se referă la acțiuni țintite, care vin direct în sprijinul grupurilor vulnerabile identificate în comunitate.

Copiii și familiile lor

Situația privind numărul copiilor cu domiciliul în municipiul Timișoara, la data de 01.07.2015, este prezentată în tabelul de mai jos, conform datelor furnizate de către Institutul Național de Statistică - Direcția Regională de Statistica Timiș:

	Total 0-6 ani	Total 7-19 ani	Total copii
România	1 469 500	2 964 665	4 434 165
Județul Timiș	48 478	89 118	137 596
Municipiul Timișoara	**20 627**	**31 656**	**52 286**

Copiii reprezintă **15,67%** dintre locuitorii municipiului Timișoara.

Conform datelor furnizate de Direcția de Evidență a Persoanelor – Serviciu Stare Civilă situația privind nașterile înregistrate în municipiul Timișoara este următoarea:

	2013	**2014**	**2015**	**01.01.-11.07.2016**
Nr. total înregistrări (cu adopții)	7054	7238	7653	4110
Total înregistrări fără adopții	7039	7210	7615	4088
Total fete	3426	3465	3764	1963
Total băieți	3613	3745	3851	2125

Adopții	15	30	42	22
Transcrise	464	510	840	519
Tardive	83	52	62	37
Copii abandonați	7	2	0	1
Copii născuți morți	24	44	29	19

Se observă o creștere a numărului nașterilor înregistrate în municipiul Timișoara, crește numărul de adopții, scade numărul copiilor abandonați.

În ceea ce privește nașterile și copiii din spitale, sunt disponibile următoarele date, pe anul 2015:

Mame minore	Număr în anul 2015
Spitalului Clinic Municipal De Urgență Timișoara	110
Spitalul Clinic Județean de Urgență ”Pius Brânzeu” Timișoara	77
Total	**187**

Număr nașteri	Număr total de copii născuți în anul 2015	Număr copii născuți prematur
Spitalului Clinic Municipal De Urgență Timișoara	3022	640
Spitalul Clinic Județean de Urgență ”Pius Brânzeu” Timișoara	2534	897
Total	**5556**	**1537 (27,6%)**

Dintre mamele care au născut 3,36% au fost minore, iar 27,6% dintre copii s-au născut prematur (ceea ce crește riscul ca acești copii să dezvolte probleme de sănătate).

Alte date oferite de spitale:

- La Spitalului Clinic Municipal De Urgență Timișoara – Clinica De Neonatologie:
  - Număr cazuri mame aflate în adicție de substanţe:0
  - Număr copii lăsați în spital de către mame: 1
  - Număr copii născuți morți: 13
  - Număr copii decedați: 20
- La Spitalul Clinic Județean de Urgență ”Pius Brânzeu” Timișoara:
  - Numărul copiilor decedați (la naștere sau după naștere): 21
- La Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii ”Louis Țurcanu”:

- nr. copii fără adăpost: 3
- nr. mame minore: 35

- nr. cazuri de copii aflați în adicție de substanțe: 20
- nr. copii lăsați în spital de către mame (perioadă determinată sau nedeterminată): 95
- nr. copii decedați: 71

În ceea ce privește serviciile publice de asistență socială, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Timiș a furnizat următoarele date:

Anul	**Numărul de copii care au săvârșit fapte penale și nu răspund penal**	**Numărul total de copii încadrați în grad de handicap (noi și reevaluați)**	**Numărul de copii pentru care s-a instituit măsura de protecție**
2013	6	775	20
2014	2	805	54
2015	3	832	34

Apare o creștere a numărului de copii cu dizabilități, o creștere ușoară a numărului de copii pentru care s-a instituit măsura de protecție și o scădere a numărului de copii care au săvârșit fapte penale și nu răspund penal.

Direcția de Asistență Socială Comunitară a Municipiului Timișoara prin intermediul Serviciului pentru Protecția Copilului și Familiei al municipiului Timișoara, a desfășurat următoarele activități:

	2015	**2014**	**2013**
• planuri de servicii	80	86	42
• cazuri referite către alte instituții	9	28	26
• monitorizări post-reintegrare (lunar, pe o perioadă de 6 luni în urma reintegrării copilului în familie)	36	33	30
• anchete sociale solicitate de Tribunalul Timiș	8	5	4
• cazuri de înregistrare tardivă a nașterii	14	2	4
• cazuri de plasamente	24	16	13
• solicitări de acordare a dovezii privind notificarea de către părinți asupra intenției de a lucra în străinătate conform H.G nr.683/2006	10	16	31
• cazuri de copii identificați cu părinți care sunt plecați la lucru în străinătate (legea 219/2006)	10	18	51
• monitorizări de cazuri de copii ai căror părinți sunt plecați la lucru în străinătate	104	112	132
• monitorizări planuri de servicii	224	103	342
• monitorizarea situației copilului, conform Legii nr.272/2004 art.106, lit. a	200	100	71
• demersuri de obținere a Dispoziției Primarului de nume și prenume în cazul copilului părăsit în maternitate	2	2	0
• cazuri de informare-consiliere	79	88	128
• cazuri consiliere violenta (domestică) – reorientare către DGASPC Timiș	1	0	1
• sesizări portalul DASC direcționate către serviciul nostru (pe problematica copilului și familiei sale)	11	0	0

• monitorizarea copiilor în risc de exploatare prin muncă	0	0	38
• monitorizarea relațiilor personale	11	1	3
• anchete sociale privind sprijinul financiar în cadrul Programului național "Bani de liceu"	33	46	57
• anchete sociale pentru orientarea școlară (CES)	29	50	7

În cadrul Centrului de zi ”Sf. Nicolae” au fost oferite servicii sociale, între anii 2012 -2015 unui număr în creștere de beneficiari:

	Beneficiari	Grupe
2012	36	2
2013	34	2
2014	49	4
2015	51	4

În cadrul Centrului de Consiliere și Sprijin pentru Părinți și Copii au fost oferite servicii sociale, între anii 2012 -2015, în întâlniri individuale sau de grup, unui număr în creștere de beneficiari :

	Beneficiari	Întâlniri individuale sau de grup
2012	37	61
2013	28	92
2014	37	97
2015	61	201

Familiile cu venituri reduse sunt sprijinite prin acordarea, prin intermediul Direcției de Asistență Socială Comunitară, a unor beneficii sociale și anume venitul minim garantat (ajutor social) și alocația de sprijin pentru familie. În municipiul Timișoara, conform datelor furnizate de Direcția de Asistență Socială Comunitară, avem în luna iunie 2016 un număr de 638 persoane beneficiare de venit minim garantat, dintre care **323 copii** (0,61% din totalul copiilor din Timișoara) și un număr de 247 de dosare de alocație de sprijin pentru familie dintre care **537 copii** (1,02% din totalul copiilor din oraș) beneficiari ai acestei forme de sprijin.

În ceea ce privește serviciile sociale acordate în municipiul Timișoara de furnizori publici și privați acreditați și numărul de beneficiari, situația se regăsește în tabelul de mai jos:

Nume instituție/organizație Nume serviciu social	**Categorie/categorii de beneficiari deserviți**	**Număr beneficiari**			
Servicii rezidențiale					
Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului - Centrul de Primire în Regim de Urgență Timișoara 8790CR-C-II	Copii părăsiţi, abuzaţi, exploataţi, ai căror părinţi nu pot asigura îngrijirea acestora	Iunie 2016	2015	2014	2013
		16	33	30	32
Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului -	Copiii străzii	2	11	40	71

Centrul de Primire în Regim de Urgență Timișoara 8790CR-C-III					
Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Centrul de Primire în Regim de Urgenţă Timişoara – Centrul Maternal 8790CR-MC-I	Gravide aflate în ultimul trimestru de sarcină, mame cu unu sau doi copii	5	11	16	17
Asociaţia Mana – Casa de fete Osana 8790CR-C-I	Fete cu vârsta cuprinsă între 13-19 ani în condiţiile legii	6	6	7	7
Asociaţia Mana – Casa de băieţi Caleb 8790CR-C-I	Băieţi cu vârsta cuprinsă între 12-19 ani în condiţiile legii	2	0	0	0
Federaţia Caritas a Diecezei Timişoara – Centrul rezidenţial pentru copii „ Casa Mama – Copil” Timişoara 8790CR-C-I	Copii separaţi, temporar sau definitiv, de părinţii săi, ca urmare a stabilirii plasamentului	17	6	8	11
Asociaţia Evanghelistică şi de Caritate „Isus Speranţa României” - Serviciul de îngrijire de tip familial pentru copii 8790CR-C-I	Copii separaţi, temporar sau definitiv, de părinţii lor, ca urmare a stabilirii măsurii de plasament, copii pentru care a fost dispus plasamentul în regim de urgenţă	24	24	23	22
Kinderzukunft – Fundaţia Rudolf Walther Filiala din Timişoara – Serviciul Rezidenţial Satul de Copii Rudolf Walther 8790CR-C-I	Copii/ tineri cu măsură de protecţie specială	124	63	48	48
Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Centru de recuperare şi reabilitare neuropsihiatrica pentru copii Timişoara - Serviciul de îngrijire de tip rezidenţial pentru copilul cu dizabilităţi 8790CR-C-I	Copii cu dizabilităţi	54	54	54	55
Asociaţia „Darul Vieţii” – Casa Mater Misericordiae 8790CRIA-MC	Femei însărcinate Mame care au născut	3	-	-	-
Total beneficiari		**253**	**208**	**226**	**263**
Centre de zi					
D.A.S.C. Timişoara – Serviciul Centrul de Zi pentru Copii cu Dizabilităţi „Podul Lung” 8891CZ-C-III	Copii cu dizabilităţi	58	54	48	51

Asociaţia Casa Faenza - Centrul de zi pentru copii autişti 8891CZ-C-III	Copii cu tulburare spectru autist şi familiile acestora	89	104	117	114
DASC - Serviciul pentru Protecţia Copilului şi Familiei Timişoara - Centrul de zi „Sf.Nicolae” 8891CZ-C-II	Copii în situaţie de risc de separare	44	51	49	34
Fundaţia Umanitară Chosen România - Centrul de zi Casa Olarului 8899CZ-F	Copii din familii în dificultate şi familiile acestora	35	32	28	22
Arhiepiscopia Timişoarei - Centru de zi pentru copii ANTIMIS 8899CZ-C-VI	Copii 7-14 ani aflaţi in risc de abandon şi eşec şcolar	25	25	25	25
Kinder – Fundaţia Rudolf Walter Filiala din Timişoara - Centrul de suport şi asistenţă pentru familiile şi copiii aflaţi în dificultate – serviciu desfiinţat	Copii in risc de abandon şcolar sau de separare de familie	0	0	48	48
Total beneficiari		**251**	**266**	**315**	**294**
Alte tipuri de servicii pentru copil și familie					
Serviciul pentru Protecţia Copilului şi Familiei Timişoara - Centrul de Consiliere şi Sprijin pentru Părinţi şi Copii 8899CZ-F-I	Consiliere psihosocială pentru familie şi copil	46	61	37	28
Fundaţia Serviciilor Sociale Bethany - Centrul de Consiliere şi Sprijin pentru Părinţi şi Copii 8899CZ-F-I	Copii abandonaţi/ separaţi de părinţi, aflaţi în situaţie de abuz sau neglijare, familii vulnerabile aflate în situaţii de risc de dezintegrare, aflate în situaţii conflictuale, adolescenţi şi tineri	23	25	30	12
Asociaţia Creştină For Help - Centrul de Consiliere şi Sprijin pentru Părinţi şi Copii 8899CZ-F-I	Copii cu risc de abandon şcolar şi familial (familii în dificultate)	70	60	50	50
Total beneficiari		**139**	**146**	**117**	**90**
Total beneficiari de servicii sociale		643	620	658	647

Observăm că în anul 2016 (până în luna iunie), avem un număr total de 643 de copii beneficiari a diverse tipuri de servicii sociale. Aceștia reprezintă **1,22%** dintre copiii din Timișoara.

La Asociația Casa Faenza – Centrul de zi pentru copii cu autism un număr de 5 copii sunt pe lista de așteptare. Motivele pentru care nu au fost admiși beneficiari în diverse servicii sociale sunt: solicitantul nu s-a potrivit cu profilul serviciului (Asociația Mana – Casa de băieți Caleb), solicitantul nu are domiciliul în municipiul Timișoara și nevoile solicitanților nu pot fi îndeplinite prin oferirea serviciului social (Fundația Umanitară Chosen, Asociația for Help), locuiri indisponibile (Asociația Casa Faenza).

Din analiza serviciilor sociale în funcție de tipurile de finanțare reiese că:

- un număr de 7 servicii sociale sunt finanțate numai din surse publice
- un număr de 8 servicii sociale sunt finanțate din fonduri publice și private
- un număr de 4 servicii sociale se auto-susțin în totalitate din fonduri proprii, donații și sponsorizări private
- un număr de 1 servicii sociale solicită și contribuție de la beneficiari/aparținători

Furnizorii de servicii sociale pentru copii și familiile acestora consideră că ar trebui înființate următoarele tipuri de servicii sociale: centre de tip respiro/centre de criză, centre de prevenție și intervenție timpurie pentru copii cu dizabilități, centre de consiliere/dezvoltare a abilităților pentru adolescenți, centre de consiliere pentru familii tinere în situații de risc (foști beneficiari de servicii sociale), centre specializate (de zi și rezidențiale) pentru tineri/adolescenți dependenți de substanțe, centre rezidențiale de tip comunitate terapeutică pentru persoane dependente, locuințe sociale pentru tineri defavorizați/tineri care părăsesc sistemul de protecție a copilului, centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu, centru de zi pentru pregătirea și sprijinirea reintegrării în familie, servicii de recuperare și consiliere pentru copiii/tinerii cu dizabilități psihice/mentale, centre de zi și rezidențiale, serviciu de monitorizare a tinerilor dezinstituționalizați, centru social multifuncțional pentru copii cu dizabilități.
Principalele nevoi ale furnizorilor de servicii sociale sunt: calificare mai bună a personalului, formare/perfecționare profesională sau schimburi de experiență, supervizare profesională externă, mai mult personal calificat (logoped, psihopedagog, psiholog, infirmieră, instructor de educație, profesor de sprijin, asistent social, psihoterapeut, consilier vocațional), buget mai mare pentru diverse activități, dotări adecvate, spațiu corespunzător.

La nivel național există mai multe strategii care se referă la copii.

- Strategia Națională pentru Protecția si Promovarea Drepturilor Copilului 2014-2020 are următoarele obiective generale:

1. Îmbunătățirea accesului copiilor la servicii de calitate
2. Respectarea drepturilor și promovarea incluziunii sociale a copiilor aflați în situații vulnerabile
3. Prevenirea și combaterea oricăror forme de violență
4. Încurajarea participării copiilor la luarea deciziilor care îi privesc

- Strategia Națională pentru Sănătatea Mintală a Copilului și Adolescentului 2015 – 2020 are următoarele obiective:

o Promovarea sănătății mintale a copilului și adolescentului
o Dezvoltarea serviciilor de identificare timpurie adresate copiilor şi adolescenților cu risc de a dezvolta tulburări de sănătate mintală, serviciilor de identificare timpurie a dificultăților socio-emoționale și comportamentale și a serviciilor de intervenție timpurie

- Dezvoltarea serviciilor de tratament și intervenții specializate, educaționale și psihologice, adresate copiilor și părinților cu tulburări de sănătate mintală
- Dezvoltarea serviciilor specializate în intervenția în situații de criză în cadrul secțiilor și în unitățile de deținere pentru delincvenții juvenili/servicii de probațiune

La nivel județean în cadrul Strategiei Județului Timiș privind Dezvoltarea Serviciilor Sociale (2014 – 2020)

1. Îmbunătățirea accesului tuturor copiilor la servicii de protecție socială
2. Respectarea drepturilor și promovarea incluziunii sociale a copiilor aflați în situații de risc
3. Prevenirea și combaterea oricăror forme de abuz asupra copilului
4. Încurajarea participării copiilor la luarea deciziilor care îi privesc

Având în vedere cele de mai sus, se formulează următoarele obiective strategice în ceea ce privește copii:

OBIECTIV GENERAL VII: Creșterea gradului de prevenire și evaluare a riscului de abuz asupra copilului în familie

Obiective specifice

1. Inițierea unor propuneri în vederea realizării, în parteneriat cu ONG-urile și instituțiile publice, a unei analize și evaluări pentru identificarea cauzelor care duc la abuz asupra copilului și a nevoilor de asistență a copilului în familie;
2. Adoptarea unei metodologii consensuale unificate (convenită de toate părțile interesate, respectiv DASCT, DGASPC, școli, autorități locale, ONG-uri etc.) pentru a permite identificarea și intervenția rapidă în situații de abuz asupra copilului în familie;

OBIECTIV GENERAL VIII: Creșterea capacității familiei pentru a preveni separarea copilului de familie și pentru ca familia să poată asigura nevoile copilului

Obiective specifice

1. Creșterea capacității serviciilor de suport a familiei și copilului;
2. Facilitarea accesului la mijloacele de asigurare a sprijinului (servicii și beneficii sociale) pentru familii, inclusiv de etine roma;
3. Dezvoltarea și consolidarea serviciilor de asistenta sociala la nivel comunitar astfel încât sa asigure consiliere, grupuri de suport, sprijin pentru toate procedurile administrative;
4. Dezvoltarea și adoptarea unor proceduri pentru toate activitățile de prevenire a separării copilului de familia sa;
5. Construirea unei intervenții prioritare în domeniul prevenției și a intervenției timpurii pentru copiii cu dizabilități;
6. Consolidarea serviciilor de asistență în comunitate a copiilor cu dizabilități.

OBIECTIV GENERAL IX: Identificarea și furnizarea de sprijin pentru copiii cu părinți plecați la muncă în străinătate

Obiective specifice

1. Lansarea unei analize și evaluări detaliate pentru trasarea situației reale a copiilor;
2. Creșterea capacitații serviciilor de suport a copiilor și a persoanelor care au în îngrijire copilul cu părinți plecați la munca în străinătate;

3. Adoptarea unei metodologii consensuale unificate pentru monitorizarea copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate pentru a permite identificarea, monitorizarea și intervenția rapidă în situații care necesită sprijin.

Persoanele vârstnice

România se confruntă cu o transformare socio-economică profundă, datorată schimbărilor demografice fără precedent. Se estimează că ponderea populației cu vârsta mai mare sau egală cu 65 de ani se va dubla, de la 15% la 30%, până în anul 2060, existând posibilitatea de a exercita o presiune puternică asupra costurilor privind pensiile, serviciile medicale și serviciilor de îngrijire de lungă durată. Îmbătrânirea populației este determinată de trei fenomene separate: creșterea speranței de viață, scăderea ratelor de fertilitate și emigrația. Persoanele vârstnice singure sunt expuse unui risc social mai mare decât alte tipuri de persoane (1,2 milioane de persoane cu vârsta egală sau mai mare de 65 de ani) trăiesc singure. Din totalul persoanelor singure 25% trăiesc în sărăcie.

Conform Institutului Național de Statistică - Direcția Regională de Statistică Timiș numărul persoanelor vârstnice (peste 65 de ani) cu domiciliul în Timișoara se prezintă astfel:

Grupa de vârstă	Anul 2013	Anul 2014	Anul 2015
65-69 ani	13 531	14 951	16 580
70-74 ani	11 441	11 101	10 953
75-79 ani	8 561	8 894	9 213
80-84 ani	6 206	6 199	6 115
85 ani și peste	4 375	4 635	4 915
Total persoane vârstnice	**44 114**	**45 780**	**47 776**

Persoanele vârstnice reprezintă **14,31%** dintre locuitorii Timișoarei. Se observă o creștere a numărului de persoane vârstnice (mai mult cu 3.662 persoane vârstnice în 2015 față de 2013).

Numărul persoanelor vârstnice (care au peste 65 de ani), cu domiciliul în municipiul Timișoara, aflate în evidențele Casei județene de Pensii Timiș, este detaliat în tabelul de mai jos:

Anul	Număr pensionari
2013	39 157

2014	40 812
2015	42 592

Se observă o creștere anuală a numărului de persoane care se pensionează, ceea ce determină presiuni asupra cheltuielilor din bugetul de stat si a celui din sănătate.

În Timișoara furnizori de servicii sociale publici și privați, acreditați pentru servicii sociale destinate persoanelor vârstnice sunt:

Îngrijire la domiciliu cod conform Nomenclatorului serviciilor sociale-HG 867/2015 - 88101D-II

Denumire Centru	Beneficiari 2013	Beneficiari 2014	Beneficiari 2015	Beneficiari iunie 2016
DASC- Serviciul pentru Protecția Socială a Persoanelor Vârstnice	68	68	64	54
Serviciul de Ajutor Maltez	50	50	50	54
Federația Caritas	54	58	54	20
Centrul de îngrijiri la domiciliu – Comunitatea Evreilor (Yad be yad)	20	30	30	33
Total	**192**	**206**	**198**	**161**

Pe liste de așteptare sunt un număr redus de vârstnici, în general datorită lipsei personalului de îngrijire (infirmiere) sau pentru că nu au îndeplinit condițiile de admitere în programe de îngrijire la domiciliu (persoane cu gr I de handicap, deținerea contractelor de întreținere sau cu aparținători în Timișoara).

O scădere a numărului de beneficiari la Federației Caritas apare la începutul anului 2016, datorită modificării procedurii de lucru, a preluării în programul de îngrijire la domiciliu numai a persoanelor peste 65 de ani.

Furnizorii de servicii sociale apreciază că pentru a îmbunătății calitatea serviciilor de îngrijire la domiciliu este necesară angajarea unui număr mai mare de personal (infirmiere, asistent social, psiholog, kinetoterapeut, asistenți medicali), dotări adecvate, cursuri de perfecționare/formare profesională. Aceștia consideră că ar fi nevoie de: tele-

asistență la domiciliu, cantină mobilă, echipe mobile (asistent medical și infirmier), servicii socio-medicale de îngrijire la domiciliu, personal calificat în îngrijiri de tip nursing.

Cămine pentru persoane vârstnice, acreditați conform Nomenclatorului serviciilor sociale 8730 CR-V-I în Timișoara sunt:

Denumire cămin	Anul 2013	Anul 2014	Anul 2015	Iunie 2016
Direcția de Asistență Socială Comunitară - Cămin pentru persoane vârstnice Timișoara	72	65	68	75
Cămin pentru persoane vârstnice ,, Sf Ioan,, Ajutorul Maltez	19	18	19	19
Căminul pentru persoane vârstnice Casa Fabian	24	45	45	45
Cămin de bătrâni Adam Muller Guttenbrunn	80	78	75	74
Total	**195**	**206**	**207**	**213**

Există listă de așteptare pentru solicitări de internare în cămine, numărul cel mai mare de solicitări existând la Căminul A. M Guttenbrunn (100) iar acest fapt se datorează numărului insuficient de locuri disponibile.

Furnizorii de servicii sociale rezidențiale consideră că sunt necesare dezvoltarea serviciilor existente, dar si înființarea de: servicii de consiliere și informare, centre de zi, centre sociale de asistență si îngrijire, centre de tip respiro, centru rezidențial pentru bolnavii de boala Alzheimer.

Pentru îmbunătățirea calității serviciilor acordate în cămine, furnizorii de servicii sociale consideră că este nevoie de un număr mai mare de personal (infirmiere, medic, asistente medicale, îngrijitoare), dotări adecvate, participarea la cursuri de perfecționare/formare, supervizare profesională a personalului, salarizare corespunzătoare a celor ce lucrează în acest domeniu. Cadrul legislativ de salarizare care să motiveze personalul, constituie o dificultate cu care se confruntă serviciile sociale.

Centre de zi pentru persoane vârstnice:

Denumire centru	Anul 2013	Anul 2014	Anul 2015	Iunie 2016
Direcția de Asistență Socială Comunitară -	70	70	49	47

Centrul de zi pentru persoane vârstnice ,,Sf. Arhangheli Mihail și Gavril,, (8810CZ-V-II)				
Direcția de Asistență Socială Comunitară – Centrul de zi pentru persoane aflate în dificultate (**8899 CZ-PN-IV)**	-	-	25	28
Total	70	70	74	75

Beneficiarii Centrului de zi Alzheimer, aflați în evidența centrului de zi ,,Sf. Arh. Mihail și Gavril, au fost preluați de Centrul de zi pentru persoane aflate în dificultate, nou înființat la începutul anului 2015.

În total, un număr de 449 persoane vârstnice au beneficiat de diverse tipuri de servicii sociale, reprezentând aproximativ **1%** din totalul persoanelor vârstnice din municipiul Timișoara.

Tipuri de finanțare ale serviciilor sociale acreditate acordate în municipiul Timișoara:

Denumire serviciul social	Tipul de serviciu social	Finanțat din bugetul local	Subvenția din bugete publice	Contribuția beneficiarilor	Donații/ Sponsorizări	Fonduri proprii
Cămin pentru persoane vârstnice DASC	public	X		X		
Cămin pentru persoane vârstnice ,,Sf. Ioan,, SAMR	ONG		X	X		X
Cămin pentru persoane vârstnice Casa Fabian	ONG.			X	X	
Cămin pentru bătrâni A. M. Guttenbrunn	ONG		X	X		X
Centrul de zi pentru persoane vârstnice Sf. Arh. Mihail și Gavril DASC	public	X				
Serviciul de îngrijire la	public	X				

domiciliu DASC						
Serviciul de Îngrijire la domiciliu SAMR	ONG		X			X
Serviciu de Îngrijire la domiciliu Federația Caritas	ONG		X	X	X	
Centrul de îngrijiri la domiciliu de la Comunitatea Evreilor (Yad be yad)	ONG					X

- În prezent există 4 cămine pentru persoane vârstnice acreditate din care unul public și 3 private unde pot fi internate persoanele vârstnice;
- 1 centru de zi pentru persoane vârstnice acreditat- public;
- 4 servicii sociale de îngrijire la domiciliu acreditate, din care 1 public și 3 private.

În ceea ce privește persoanele vârstnice internate în spitalele din municipiul Timișoara, pe baza datelor transmise de unitățile spitalicești, situația se prezintă astfel:

Denumire spital	Anul		
	2013	2014	2015
Spitalul Clinic de urgență Pius Brânzeu - Clinica Psihiatrică Eduard Pamfil	79	114	90
Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie Dr. Victor Babeș	189	195	189
Spitalul Clinic Municipal de Urgență	4132	4144	4030
Spitalul Clinic Militar de Urgență Dr. Victor Popescu	-	-	150
Total	4400	4453	4459

Persoanele vârstnice fac parte din grupurile vulnerabil menționate în Strategia Națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020.

În cadrul Strategiei pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice 2015-2020, au fost stabilite obiective strategice în domeniul îmbătrânirii active:

de a îmbunătății calitatea vieții persoanelor vârstnice prin promovarea participării sociale active și obținerea unui grad mai ridicat de independență și siguranță pentru persoanele cu nevoi de îngrijire de lungă durată.

În cadrul Strategiei județului Timiș privind dezvoltarea serviciilor sociale (2014-2020) printre Obiectivele generale şi specifice pentru perioada 2014-2020 se numără și Obiectivul General III: Furnizarea serviciilor sociale destinate altor categorii de persoane aflate în dificultate, litera B. persoane vârstnice având obiectivul specific: 1. Îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice și măsurile: 1.1. Promovarea unei vieți sănătoase, active, sigure, împlinite, decente şi demne; 1.2. Promovarea unui sistem coerent, coordonat și integrat de asistenta socială; 1.3. Întărirea cadrului administrativ şi instituțional la nivel local; 1.4. Susținerea implicării active a persoanelor vârstnice în viața societății.

Având în vedere cele de mai sus, se formulează următoarele obiective strategice în ceea ce privește persoanele vârstnice:

OBIECTIV GENERAL X: Diversificarea serviciilor de suport și menținerea activă a persoanelor vârstnice pentru creșterea calității vieții acestora.
Obiectiv specifice:
1. Dezvoltarea și diversificarea tipurilor disponibile de îngrijire și creșterea numărului de persoane beneficiare a serviciilor sociale;
2. Susținerea implicării active a persoanelor vârstnice în viața societății

Persoane cu dizabilități

Dizabilitatea este o dimensiune universală, inevitabilă, a diversității umane. Omenirea a evoluat în modul în care a privit persoanele cu dizabilități, de la obiect al caritității în sarcina societății, la persoane deținătoare de drepturi, active și respectate în societate, pentru care este obligatorie atât recunoașterea drepturilor și libertăților fundamentale, cât și luarea măsurilor de asistență și suport, pentru a asigura exercitarea deplină a acestor drepturi.

Direcția de Asistență Socială Comunitară a Municipiului Timișoara prin intermediul Serviciului pentru Protecția Persoanelor cu Handicap Timișoara, a desfășurat următoarele activități destinate persoanelor cu handicap:

Denumire activitate	Număr beneficiari		
	2015	**2014**	**2013**
Evaluarea inițială a statutului și contextului social în care trăiesc persoanele cu dizabilitate	1.421	1.625	1.066
Reevaluarea statutului și contextului social în care trăiesc persoanele cu diazabilitate	943	476	1.213
Stabilirea statutului și contextului social în care persoana trăiește și eliberarea unei dovezi prin care se atestă faptul că persoanei nu i s-a putut asigura protecție și îngrijire la	32	59	42

domiciliu sau în cadrul altor servicii din comunitate - județene			
Evaluarea statutului și contextului social în care trăiesc rudele, până la gradul IV, ale persoanelor instituționalizate în centre rezidențiale din Județul Timiș și din alte județe	40	66	38
Evaluarea nevoilor individuale în funcție de tipul și gradul de handicap a persoanelor cu handicap care solicită beneficii de asistență socială – indemnizație lunară	503	445	252
Evaluarea nevoilor individuale și a situației personale a fiecărei persoane cu handicap în vederea realizării activităților de bază, pentru persoanele cu handicap grav ce solicită servicii sociale de îngrijire la domiciliu – asistent personal	302	285	111
Verificare/monitorizare persoane cu handicap grav beneficiare de indemnizație lunară	101	120	208
Verificare/ monitorizare activitate asistenți personali	254	370	485
Informarea și consilierea persoanelor cu handicap și a familiilor acestora prvind drepturile și obligațiile pe care le au conform legislației în domeniu	308	680	1.066
Elaborare programe individualizate de îngrijire/grile de identificare a nevoii de îngrijire a persoanelor cu handicap grav	805	730	264
Comunicări/ informări beneficiari	2.364	680	706

Conform datelor transmise de Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Timiș, situația privind persoanele încadrate în grad de handicap, pe grupe de vârstă, este următoarea, la nivelul municipiul Timișoara:

Anul	Nr. total al persoanelor încadrate în grad de handicap	Cu vârste cuprinse între 0-18 ani	Cu vârste între 19-59 ani femei și bărbați	Cu vârste peste 60 ani femei și bărbați
2013	10.538	731	5.208	4.675
2014	10.805	736	4.979	5.090
2015	11.240	753	4.795	5.692

Din totalul populației Municipiului Timișoara de 333.650 la data de 01.01.2014, numărul persoanelor încadrate în grad de handicap reprezintă 3,16 % în 2013; 3,24 % în 2014 și **3,37%**în 2015, observându-se, de la an la an, o tendință de creștere a numărului persoanelor cu dizabilități. Se observă o tendință ușoară de creștere și a numărului persoanelor încadrate în grad de handicap cu vârste cuprinse între 0-18 ani.
Raportat la populația activă a Municipiului Timișoara de 153.477 persoane, conform recensământului de la finele anului 2011, ponderea persoanelor încadrate în grad de handicap femei și bărbați cu vârste cuprinse între 19 – 59 de ani are un trend ușor descrescător, reprezentând: 3,40% în 2013; 3,25% în 2014 și 3,13% în 2015. A crescut an de an numărul persoanelor cu handicap cu vârste peste 60 ani.

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Timiș a furnizat și informații privind persoanele încadrate în grad de handicap neinstituționalizate cu domiciliul/reședința pe raza Municipiului Timișoara, pe grade de handicap:

Anul	Categoria de persoane		Total persoane încadrate in grad de handicap	Din care încadrare în grad de handicap							
				ușor		mediu		accentuat		grav	
	Adulți	Mi-nori									
1	2	3	4 = 2 + 3	Adulți	Mi-nori	Adulți	Mi-nori	**Adulți**	Mi-nori	Adulți	Mi-nori
2013	9.716	709	10.425	109	0	606	140	**5.667**	179	3.334	390
2014	9.974	704	10.678	123	0	679	122	**5.754**	171	3.418	411
2015	10.380	700	11.080	125	0	833	145	**5.866**	159	3.556	396

În anul 2015, raportat la populația stabilă a Municipiului Timișoara din data de 01.01.2014 - **1,76%** dintre locuitorii adulți ai municipiului Timișoara sunt încadrați în grad de handicap accentuat; **1,07%** în grad de handicap grav; **0,25%** în grad de handicap mediu și **0,04%** în grad ușor.
Din numărul total de 3.956 persoane încadrate în grad de handicap grav minore și adulte, în anul 2015: 15,77% au solicitat acordarea de servicii de îngrijire la domiciliu prin asistent personal și 33,53% au solicitat acordarea de beneficii de asistență socială sub forma de indemnizație lunară, de la serviciul public de asistență socială de la nivel local.

Analizând situația privind încadrarea în grad de handicap, pe coduri de boală:

Anul	Total persoane încadrate în grad de handicap, neinstituționalizate, în Municipiul Timișoara din care		Încadrare în cod de boala													
	Adulți (A)	Minori (M)	fizic	Somatic	auditiv	vizual	mental		Neuro-psihic		asociat		HIV /SIDA	Boli rare		Alte-le (aso-ci-ate)
			A+M	A+M	A+M	A+M	A	M	A	M	A	M	A	A	M	A
2013	9.716	709	2.137	1.946	614	2.284	1.410	209	957	180	465	69	41	92	17	4
2014	9.974	704	2.290	1.946	611	2.209	1.472	204	968	167	558	84	50	94	21	4
2015	10.380	700	**2.481**	**2.027**	609	2.147	**1.560**	220	**960**	154	669	84	53	91	21	4

În ultimii 2 ani se observă că primele locuri sunt ocupate de personale cu handicap fizic, urmate de persoanele cu handicap vizual (minore și adulte), somatic, mental,

neuropsihicetc.Numărul mare al persoanelor cu handicap fizic și vizual necesită măsuri speciale pentru a facilita accesul neîngrădit al persoanelor cu dizabilități: la transportul urban, în clădirile de utilitate publică, în clădirile de locuit construite din fonduri publice, în clădirile de patrimoniu, în incinta spațiilor recreative și sportive, etc.

Pentru prevenirea excluziunii sociale, îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu handicap grav și prevenirea instituționalizării acestora, Serviciul pentru Protecția Persoanelor cu Handicap Timișoara acordă persoanelor cu handicap grav adulte/ reprezentanților legali ai minorului sau adultului cu handicap grav, pe baza opțiunii, beneficii de asistență socială - indemnizația lunară de persoană cu handicap grav echivalentă cu salariu net al asistentului social debutant din unitățile de asistență socială din sectorul bugetar, altele decât cele cu paturi. În acest caz îngrijirea persoanei cu handicap va fi asigurată la domiciliu de către membrii familiei/ rude/prieteni/ apropiați etc.

Pe perioada concediului de odihnă al asistentului personal, persoana cu handicap grav beneficiază de o indemnizație echivalentă cu salariu net al asistentului personal sau găzduirea într-un centru de tip respiro. Până în prezent nu s-a acordat găzduirea persoanelor cu handicap grav într-un centru de tip respiro datorită lipsei sau numărului insuficient de centre iar acestea ar trebui să corespundă nevoilor beneficiarilor: persoane minore/adulte și al tipului de afecțiune.

Beneficiile de asistență socială acordate persoanelor cu handicap grav:

Furnizor	Tip beneficiu social-Categoriile cărora li se adresează	Număr de beneficiari			
		Semestrul I 2016	2015	2014	2013
DASC – Serviciul pentru Protecția Persoanelor cu Handicap Timișoara SPPH	Indemnizații lunare pentru persoanele cu handicap grav – persoanelor cu handicap grav minore și adulte	1.404	1.325	1.227	1.160
DASC – SPPH	Indemnizații acordate persoanelor cu handicap grav pe perioada concediului de odihnă al asistentului personal	366	580	528	539

Alte servicii asigurate la nivel local sunt cele privitoare la transport:

Furnizor	Tip beneficiu social-Categoriile cărora li se adresează	Număr de beneficiari			
		Semestrul I 2016	2015	2014	2013
DASC – SPPH	Transport adaptat pentru persoanele cu handicap grav minore/adulte utilizatoare de cărucioare mobile sau alte dispozitive de mers	60	59	59	60
DASC – SPPH	Transport gratuit cu mijloacele de transport urban de suprafață pentru persoanele cu handicap grav și accentuat minore și adulte cu domiciliul sau reședința pe raza municipiului Timișoara	1.552	1.681	2.788	2.788

În ceea ce privește îngrijirea în regim rezidențial, conform datelor furnizate de către Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Timiș, se observă o creștere a numărului persoanelor instituționalizate în regim rezidențial de către DGASPC Timiș:

Anul	Total	Adulți		Minori	
		femei	bărbați	fete	băieți
2013	61	18	21	6	16
2014	75	22	22	10	21
2015	**111**	32	26	19	34

În ceea ce privește situația persoanele cu handicap instituționalizate în regim nerezidențial-privat, conform datelor furnizate de către Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Timiș și prezentată mai jos, se observă că acest tip de serviciu este furnizat cu precădere pentru persoane adulte:

Anul	Total	Adulți		Minori	
		femei	bărbați	fete	băieți
2013	52	29	23	0	0
2014	52	27	24	1	0
2015	49	25	24	0	0

Numărul mare de persoane încadrate în grad de handicap grav reprezintă un semnal de alarmă și necesită măsuri destinate creșterii și diversificării serviciilor sociale oferite de comunitatea locală. La nivelul Municipiului Timișoara furnizori de servicii sociale publice destinate persoanelor cu handicap sunt:

Furnizor	Categoria de servicii sociale	Grup țintă	Număr beneficiari			
Direcția de Asistență Socială Comunitară – Serviciul pentru Protecția Persoanelor cu Handicap Timișoara	Îngrijire la domiciliu prin asistent personal (conform Nomenclatorului serviciilor sociale – HG 867/2015) 8810 ID - IV;	Persoanelor cu handicap grav minore și adulte	Iunie 2016	2015	2014	2013
			635	623	578	579
Direcția de Asistență Socială Comunitară – Centrul de zi pentru persoane aflate în dificultate	"Centru de zi pentru persoane în dificultate", cod serviciu social 8899 CZ-PN-IV	Persoane aflate în dificultate, inclusiv persoane cu dizabilități	36	25	-	-
Total			671	648	578	579

Apare tendința de creștere a numărului de persoane cu handicap grav care solicită îngrijire la domiciliu prin asistent personal.

În Municipiul Timișoara există și servicii sociale acreditate acordate de către furnizori privați care primesc, în completarea fondurilor proprii, subvenții de la bugetul local conform Legii 34/1998.

Denumire furnizor	Categoria de servicii sociale	Grup țintă	Număr beneficiari			
FUNDAȚIA,,PENTRU VOI ” Centre de zi	Centru de zi (conform Nomenclatorului serviciilor sociale – HG 867/2015) 8899 CZ - D-I	Persoane adulte cu dizabilități (intelectuale)	Iunie 2016	2015	2014	2013
			167	170	152	167
FUNDAȚIA,,PENTRU VOI ” Centre rezidențiale cu cazare – Centru Respiro	Servicii rezidențiale cu cazare (conform Nomenclatorului serviciilor sociale – HG 867/2015) 8790 CR-D-VI	Persoane adulte cu dizabilități (intelectuale)	5	5	5	5
FUNDAȚIA ,,PENTRU VOI ” Centre rezidențiale cu cazare – Locuințe protejate	Servicii rezidențiale cu cazare – Locuințe protejate (conform Nomenclatorului serviciilor sociale – HG 867/2015) 8790 CR-D-VII;	Persoane adulte cu dizabilități (intelectuale)	22	22	22	22
Asociația CRIS-DU Areopagus	Centru de zi pentru persoane cu dizabilități, cod 8899CZ-D-I	Persoane adulte seropozitive	20	20	-	
Total beneficiari			214	217	179	194

În anul 2015 avem un număr de **1.134** persoane cu handicap care primesc diverse tipuri de servicii sociale, reprezentând **10,09%** din totalul persoanelor cu handicap. Ținând cont de nevoile complexe ale persoanelor cu handicap acesta reprezintă un procent destul de *mic.*

Datorită numărului limitat de locuri disponibile există liste de așteptare pentru Centrele de zi ale furnizorilor privați (în număr de 6 solicitări) și pentru locuințele protejate (21 de solicitări). Timpul mediu de așteptare pentru a intra în centrul de zi este de opt luni, iar pentru a fi beneficiar al serviciului de locuințe protejate se așteaptă, în medie, cinci ani. Furnizorii privați de servicii sociale pentru persoane cu dizabilități consideră că este nevoie de locuinţe protejate pentru adulţi cu dizabilităţi, servicii pentru adulti cu dizabilităţi (cu afectare a stării de sănătate mentală), servicii de sprijin la domiciliu şi în comunitate pentru adulti cu dizabilităţi. Pentru îmbunătățirea serviciilor furnizate ar avea nevoie de mai mult personal specializat pentru a lucra cu persoane adulte cu dizabilităţi: psihologi, lucrător social, un buget mai mare folosit pentru reparaţii, angajare de mai mult personal, diversificarea activităților și calificare mai bună a personalului. Principalele dificultăți cu care furnizorii privați se confruntă sunt: finanțarea serviciilor sociale, lipsa personalului calificat, fluctuația personalului, comportamentul foarte provocator al unora dintre beneficiari.

Din rapoartele depuse la Serviciul pentru Protecția Persoanelor cu Handicap de către asistenții personali ai persoanelor cu dizabilități și din chestionarele aplicate persoanelor cu dizabilități au fost identificate următoarele nevoi: mai multe servicii de suport oferite în comunitate în perioada în care asistentul personal se află în concediu de odihnă sau incapacitate temporară de muncă prin înființarea unor centre tip respiro adaptate tipului și

vârstei persoanei cu dizabilități; locuințe protejate pentru persoanele cu dizabilități care sunt lipsite de locuință; centre de criză pentru găzduirea temporară a persoanelor cu dizabilități singure; sprijin în achiziționarea unor dispozitive de mers; echipă mobilă de acordarea unor servicii medicale urgente pentru persoanele cu dizabilități nedeplasabile; accesibilizarea mijloacelor de transport; condiții mai bune de locuit, etc.

În ceea ce privește strategiile de la nivel local, județean și național grupul persoanelor cu dizabilități este cuprins în mai multe astfel de strategii. Persoanele cu dizabilități fac parte din grupurile vulnerabil menționate în Strategia Națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020.

În Strategia Județului Timiș privind Dezvoltarea serviciilor sociale (2014-2020) Cap. II Furnizarea serviciilor sociale destinate persoanelor adulte, se enumeră ca și obiective generale:

● Obiectivul General 1. Asigurarea accesului neîngrădit la resursele comunității pentru persoanele cu dizabilități, adaptat nevoilor specifice;

● Obiectivul General 2. Asigurarea exercitării depline a drepturilor de către persoanele cu dizabilități în vederea participării și incluziunii sociale;

● Obiectivul General 3. Asigurarea accesului neîngrădit al persoanelor cu dizabilități la viața publică și politică;

● Obiectivul General 4. Asigurarea accesului la muncă a unui număr cât mai mare de persoane cu dizabilități pe piața liberă a muncii;

● Obiectivul General 5. Promovarea unor condiții decente de viață pentru persoanele cu dizabilități;

● Obiectivul General 6. Creșterea calității, eficienței și sustenabilității serviciilor de protecție socială.

Strategia naționala "O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități", în perioada 2015 – 2020, își propune să asigure implementarea Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități, ratificate de România prin Legea nr.221/2010 respectiv Legea nr. 8/2016 privind înființarea mecanismelor prevăzute de Convenție, prin seturi de măsuri coerente, integrate și interinstituționale. Obiectivele și prioritățile pentru asigurarea drepturilor și libertăților persoanelor cu dizabilități se focalizează pe 8 mari direcții de acțiune:

- accesibilitatea:
- participarea;
- egalitatea;
- ocuparea forței de muncă;
- educație și formare profesională;
- protecția socială;
- sănătate și statistici;
- colectarea datelor.

Având în vedere cele de mai sus, se formulează următoarele obiective strategice în ceea ce privește persoanele cu dizabilități:

OBIECTIV GENERAL XI: Diversificarea serviciilor oferite de/în comunitate pentru persoanele cu dizabilități și oferirea de asistență familiei, în scopul păstrării persoanelor cu dizabilități în comunitate.

Obiective specifice:

1. Construirea unei intervenții prioritare în domeniul prevenirii instituționalizării și

pentru asistența persoanei cu dizabilități;
2. Consolidarea serviciilor de asistență în comunitate a persoanei cu dizabilități;

Persoane care suferă de tulburări ale stării de sănătate mintală

Raportul ”Starea de sănătate la nivelul populației din Județul Timiș în anul 2014” publicat de Direcția de Sănătate Publică Județeană Timiș consemnează că, în județul nostru, **bolile psihice sunt pe locul trei ca și cauză de îmbolnăvire** (3703,92%000 loc.), precedate doar de bolile cardiovasculare și diabetul zaharat. Se observă o creștere a acestora față de nivelul anului 2013 (3621,09%000 loc.) și cu valori crescute, în special în mediul urban (5159,70%000 loc. față de 1373,54%000 loc. mediul rural). În cazul bolnavilor dispensarizați de medicul de familie, în 2014 și 2013, au fost consemnate ca prime 4 cauze de îmbolnăvire: bolile hipertensive (8862,35%000 loc.), diabetul zaharat (5172,36%000 loc.), cardiopatia ischemică (4531,15%000 loc.) și tulburările mentale și de comportament (2626,02%000 loc.). Astfel și în asistența medicală primară, bolile cardiovasculare ocupă primul loc, urmate de diabetul zaharat și tulburările mentale și de comportament.

Situația internărilor în unitățile spitalicești specializate a persoanelor cu probleme de sănătate mintală, cu domiciliul în municipiul Timișoara, este prezentată în tabelul de mai jos, conform datelor furnizate de către spitale. Se menționează și numărul persoanelor care au beneficiat de serviciile asistenților sociali, angajați ai unității spitalicești.

Nume spital		Număr internări/an			Persoane care au beneficiat de serviciile asistentului social/an		
		2013	2014	2015	2013	2014	2015
Spitalul Clinic de Urgență ”Pius Brânzeu” Timișoara – Clinica Psihiatrică ”Eduard Pamfil”	Psihiatrie I	458	513	490	493	504	578
	Psihiatrie II	226	244	206	235	184	157
Spitalul de Psihiatrie Gătaia		823	670	515	72	66	48
Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel		134	209	185	90% dintre persoanele internate	90% dintre persoanele internate	90% dintre persoanele internate

În Timișoara funcționează Centrul de Sănătate Mintală 1 și Centrul de Sănătate Mintală 2. Acestea au fost înființate conform legislației de specialitate, și anume Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice 487/2002, Ordinul ministrului sănătății nr. 375 /2006 privind înființarea, organizarea si funcționarea Centrelor de Sănătate Mintală. CSM1 asigura asistenta psihiatrica comunitara pentru un sector de

150.000 locuitori ai județului Timiș. Serviciile oferite sunt: evaluare diagnostică, recomandări terapeutice, evaluare a terapiei, management de caz, îngrijiri complexe in regim semiambulator in Staționarul de Zi, psihodiagnostic, psihoterapii individuale si de grup, consiliere suportivă, consilieri vocaționale, reinserție profesională (locuri de munca protejate), intervenție în criză, consiliere psihopedagogică pentru pacienți si pentru familie/ aparținători, reevaluarea necesară pentru comisiile de expertiză a capacității de muncă sau a persoanelor cu handicap, evaluare psihosocială, evaluare a capacității de muncă, recomandări pentru activități de reabilitare, activități de club, cenaclu literar, artterapie, sport, terapii ocupaționale (in cadrul Programului National de Profilaxie in patologia psihiatrica si psihosociala, monitorizare a persoanelor încadrate in Cod Penal 109, expertize pentru Comisiile Medico-Legale. Cheltuielile de funcționare sunt asigurate din fondurile repartizate de la Casa de Asigurări de Sănătate. Conform Planului de Management al Centrului de Sănătate Mintală nr. 1, în anul 2014 au fost internate în cadrul Staționarului de zi un număr de **281** de persoane, iar în anul 2015 un număr de **213** persoane. În anul 2015 s-au acordat un număr de 3286 de consultații pentru bolnavii cronici și au fost luate în evidență 417 cazuri noi. Un număr de 43 de pacienți s-au aflat sub incidența Codului Penal.

În ceea ce privește serviciile sociale pentru persoane cu probleme de sănătate mintală, un furnizor de servicii sociale acreditat, care acordă servicii sociale licențiate unde pot fi incluse și persoane cu probleme de sănătate mintală, este Direcția de Asistență Socială Comunitară prin Centrul de zi pentru persoane aflate în dificultate (cod 8899CZ-PN-IV). Dintre beneficiarii Centrului de zi pentru persoane aflate în dificultate, **15** suferă de boala Alzheimer și **17** de diferite probleme de sănătate mintală (schizofrenie, tulburări de comportament, tulburare schizo-afectivă, psihoză depresivă, psihoză organică, tulburare depresivă majoră, tulburare mixtă anxios-depresivă). Serviciul social funcționează din anul 2015, într-o clădire reabilitată prin fonduri de la Uniunea Europeană și pe lângă bolnavi de Alzheimer acceptă bolnavi de Parkinson, persoane care se recuperează în urma unui accident vascular cerebral, persoane încadrate în grad de handicap. Centrul de zi pentru persoane în dificultate este finanțat în totalitate de la bugetul local.

Pentru a stabili nevoia de noi servicii menționăm că în cadrul analizei SWOT, aflată în Planului de Management al Centrului de Sănătate Mintală nr. 1, printre punctele slabe identificate se află și imposibilitatea acoperirii întregii patologii cu servicii medico-sociale și lipsa resurselor financiare pentru servicii cazare/ locuințe protejate. Printre amenințări se numără deservire limitata a unui sector de populație și limitarea la cazuri asigurate. Ca dificultăți, Centrul de Sănătate Mintală identifică: acoperire încă insuficientă a nevoilor complexe de îngrijire, sindromul “ușii rotative“ generat de absența alternativelor de îngrijire comunitară, stigmatizare, segregare, întârzierea nepermis de mult în crearea unor noi și performante structuri comunitare de îngrijire. Centrul de zi pentru persoane în dificultate consideră că este nevoie de locuințe protejate în comunitate pentru persoane cu probleme de sănătate mintală încadrate într-un grad de handicap. Ca și nevoi ale furnizorului de servicii sociale, reprezentanții Centrului de zi pentru persoane în dificultate consideră că nu au suficient personal și doresc o calificare mai bună a personalului în acord cu complexitatea cazurilor cu care lucrează.

În ceea ce privește strategiile privind această problematică, la nivel național există o *Strategie Națională de Sănătate 2014-2020* cu Obiectivul General 3 Diminuarea ritmului de creștere a morbidității și mortalității prin boli netransmisibile și reducerea poverii lor în

populație prin programe naționale, regionale și locale de sănătate cu caracter preventiv, cu Obiectivul strategic 3.3. *Îmbunătățirea stării de sănătate mintală a populației*. Politica sectorială a MS are în vedere îmbunătățirea stării de sănătate mintală a populației, dezvoltarea programelor de prevenire a tulburărilor mintale, diagnosticarea și tratamentul adecvat al afecțiunilor psihiatrice la nivel comunitar, creșterea capacității sistemului de sănătate de a oferi servicii de profil accesibile și de calitate, dar și *sprijinirea integrării în societate a indivizilor prin colaborări orizontale cu alte instituții relevante și promovarea modelelor de bună practică*.

Având în vedere cele de mai sus, se formulează următoarele obiective strategice în ceea ce privește persoanele care suferă de tulburări ale stării de sănătate mintală:

OBIECTIV GENERAL XII: Diversificarea serviciilor de suport și de menținere activă a persoanelor care suferă de tulburări ale stării de sănătate mintală.

Obiective specifice:

1. Dezvoltarea de servicii care să ofere sprijin la nivel comunitar persoanelor care suferă de tulburări ale stării de sănătate mintală;
2. Creșterea capacității serviciilor de reabilitare și îngrijire pe termen lung a persoanelor care suferă de tulburări ale stării de sănătate mintală;

Persoane singure și familii care trăiesc în sărăcie

România este una din țările europene cu cele mai înalte niveluri ale sărăciei. Circa 42% din populația României este la risc de sărăcie şi excluziune socială, nivel depășit în UE-27 doar de Bulgaria (Eurostat, AROPE, 2013). Rata sărăciei relative a atins 17,9% în 2011, după o evoluţie relativ stabilă în 2009-2010 (conform datelor statistice disponibile la nivelul MMFPSPV). În perioada de criză a crescut rata sărăciei absolute de la 4,4% în 2009 la 5% din populație în 2011. În anul 2011, 3,81 milioane de români se aflau sub pragul de sărăcie relativă14 şi 1,08 milioane erau afectați de sărăcie severă. Rata sărăciei extreme a scăzut de la 0,9% la 0,6% în intervalul 2010-2011.

La nivel național persoanele fără venituri sau cu venituri reduse primesc beneficii sociale, respectiv ajutor social conform Legii 416/2001 privind venitul minim garantat, alocație pentru susținerea familiei conform Legii 277/2010 și ajutoare pentru încălzirea locuinței. În municipiul Timișoara situație privind beneficiile sociale este următoarea:

Tip beneficiu	Nr. beneficiari / dosare			
	An 2013	An 2014	An 2015	Iunie 2016
Venitul minim garantat	200 dosare	248 dosare	250 dosare	283 dosare
	360 pers.	522 pers.	536 pers.	**638** pers.
Alocație susținerea familiei	107 dosare	86 dosare	112 dosare	247 dosare
	339 copii	317 copii	422 copii	**537** copii
Ajutor încălzire (sistem centralizat)	8 822	3 420	2 629	2 600
Ajutor încălzire gaz	1148	533	447	445
Ajutor încălzire combustibili solizi	471	174	447	323

sau petrolieri				
Ajutor încălzire electricitate	-	31	36	29

Se observă o creștere a numărului beneficiarilor venitului minim garantat (de la 0,10% dintre locuitorii orașului în 2013 la 0,19% în 2016) și alocației de sprijin pentru familii și o scădere a numărului beneficiarilor de ajutoare de încălzire.

Persoanele fără venituri sau cu venituri mici beneficiază de ajutoare alimentare conform dispozițiilor Hotărârii Guvernului nr. 799/2014 privind implementarea Programului operațional Ajutorarea persoanelor defavorizate. Conform legislației categoriile de persoane cele mai defavorizate care beneficiază de ajutoare alimentare distribuite în cadrul POAD sunt beneficiarii de venit minim garantat, de alocație de sprijin pentru familie, șomerii cu ajutor de șomaj până la 450 lei și șomerii înregistrați, care nu primesc indemnizație, pensionarii cu pensii până la 450 lei, invalizii, veteranii și văduvele de război, persoanele cu handicap grav și accentuat, persoanele fără venituri sau cu venituri de până la 450 lei. De acest program au beneficiat, în municipiul Timișoara, în anul 2013 un număr de 8.500 persoane, în anul 2014 un număr de 9.700 persoane. Datele pe 2015 nu sunt disponibile deoarece programul de distribuire a alimentelor pentru anul 2015 este încă în desfășurare la data de 30 iunie 2016.

Un alt serviciu destinat persoanelor cu venituri mici sau fără venituri este cel de cantină de ajutor social. Conform Legii nr. 208/1997 privind cantinele de ajutor social acestea sunt unităţi publice de asistenţă socială care prestează servicii sociale gratuite sau contra cost persoanelor aflate în situaţii economico-sociale sau medicale deosebite. De serviciile cantinelor sociale pot beneficia: copiii în vârstă de până la 18 ani, aflaţi în întreţinerea acelor familii al căror venit net mediu lunar pe o persoană în întreţinere este sub nivelul venitului net lunar, pentru o persoană singură, luat în calcul la stabilirea ajutorului social, tinerii care urmează cursuri de zi la instituţiile de învăţământ ce funcţionează în condiţiile legii, până la terminarea acestora, dar fără a depăşi vârsta de 25 de ani, respectiv 26 de ani în cazul celor care urmează studii superioare cu o durată mai mare de 5 ani, care se află în situaţia prevăzută anterior, persoanele care beneficiază de ajutor social sau de alte ajutoare băneşti acordate în condiţiile legii şi al căror venit este de până la nivelul venitului net lunar pentru o persoană singură, luat în calcul la stabilirea ajutorului social, pensionarii, persoanele care au împlinit vârsta de pensionare, aflate într-una dintre următoarele situaţii: sunt izolate social, nu au susţinători legali, sunt lipsite de venituri, invalizii şi bolnavii cronici, orice persoană care, temporar, nu realizează venituri. Conform legii consiliile locale pot acorda subvenţii de la bugetele proprii asociaţiilor şi fundaţiilor avizate de Ministerul Muncii şi Protecţiei Sociale şi care au ca obiect de activitate organizarea de cantine de ajutor social.
În Timișoara funcționează următoarele cantine sociale:

Denumire furnizor	Nr. beneficiari				Formă de finanțare
	2013	2014	2015	Iunie 2016	
Centrul Social de Urgență pentru Persoane fără Adăpost cu Cantina Socială	556	637	616	570	Publică Contribuție beneficiari
Serviciul de	100	94	76	72	Privată și

Ajutor Maltez					subvenție publică Contribuție beneficiari
Federația Caritas a Diecezei Timișoara	128	130	126	90	Privată și subvenție publică Contribuție beneficiari
Asociația Evanghelistică și de Caritate "Isus Speranța României"	52	58	61	61	Privată și subvenție publică Contribuție beneficiari
Total	**836**	**919**	**879**	**793**	

În cazul persoanelor aflate în situații de sărăcie o intervenție recomandată este cea de tip integrat, care ține cont atât de nevoile lor sociale cât și medicale sau educaționale. Rețeaua de sănătate primară și de servicii la nivel comunitar reprezintă cel mai bun cadru pentru implementarea măsurilor propuse de Guvern în Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020. În prezent, în România, rețeaua de servicii de asistență medical primară este ineficientă în furnizarea de servicii de sănătate persoanelor sărace. Resursele umane din sistem sunt insuficiente, infrastructura inegal distribuită, sistemul de referire către servicii specializate este slab, continuitatea îngrijirii nu este asigurată. Utilizarea asistenței medicale primare este una dintre cele mai reduse în Europa, iar îmbunătățirea acestui aspect este obligatorie prin luarea unor măsuri de educare și promovare a sănătății ș a nivel de populație, în special la nivelul grupurilor sărace și/sau vulnerabile. Rolul formării echipelor comunitare de intervenție din care să facă parte și specialiști din domeniul medical, precum adoptarea unei abordări integrate în implementarea serviciilor sociale furnizate familiilor care trăiesc în sărăcie, este o acțiune prioritară în Planul strategic de acțiuni pentru perioada 2015-2020, anexă la H.G.383/2015.

Pe plan local, Direcția de Asistență Socială Comunitară prin Compartimentul de Evaluare și Intervenție Socială oferă servicii de consiliere, informare, îndrumare și reprezentare socială persoanelor cu venituri reduse sau fără niciun venit. Facilitarea accesului la diverse servicii medicale (de bază și de specialitate) este una dintre serviciile sociale furnizate, în funcție de nevoile individuale identificate. Tabelul de mai jos reprezintă numărul beneficiarilor cărora li s-a facilitat accesul la diverse servicii medicale din comunitate, inclusiv reprezentare pentru obținerea actelor medicale necesare încadrării în handicap și a pensiei de invaliditate. Direcția de Asistență Socială Comunitară are încheiat un protocol de colaborare cu un cabinet medical, unde medicul de familie asigură asistență medicală de bază persoanelor fără venituri sau cu venituri reduse.

Intervenție pentru:	Total beneficiari/an			Din care:		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Facilitarea accesului la diverse servicii medicale (de bază și de specialitate)				81	88	107

Consiliere, intervenție și reprezentare pentru obținerea pensiei de invaliditate	372	309	324	63	36	45
Consiliere, intervenție și reprezentare pentru încadrare în grad de handicap				22	46	42

Pe de altă parte, prin serviciile de urgență ale spitalelor din oraș se solicită sprijin și îndrumare în ceea ce privește persoanele care urmează a fi externate din spitale cu diverse probleme socio-medicale (fără acte, fără venit, fără aparținători și mai ales fără a avea asigurată continuitatea îngrijirii). Numărul cazurilor beneficiare a acestui tip de intervenție a crescut de șase ori de la înființarea serviciului (2013) până în anul 2015.

Intervenție pentru:	Din care:		
	2013	2014	2015
Evaluare și efectuare anchete sociale pentru cazuri din spitale	10	17	62

Unii beneficiari nu au putut beneficia de această intervenție datorită birocrației excesive și plăți venite cu întârziere de la Casa de Asigurări de Sănătate, dar și problemelor de comportament ale beneficiarilor cu diverse afecțiuni psihice.
Pentru a sprijini persoanele și familiile aflate în situație de sărăcie, furnizorii de servicii sociale consideră că este nevoie de înființarea următoarelor tipuri de servicii la nivel local: centre comunitare de servicii socio-psiho-medicale integrate, diversificarea programului VMG prin extinderea ariei de intervenție astfel încât să ofere și servicii prin echipe comunitare de intervenție integrată, ambulanță socială, servicii sociale pentru persoane vârstnice cu venituri mici, locuințe sociale, monitorizarea tinerilor dezinstituționalizați, centru social multifuncțional pentru persoane cu dizabilități. Furnizorii de servicii sociale ar avea nevoie de un buget mai mare, mai mult personal, spațiu corespunzător și dotări adecvate.

Pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor acordate furnizorii de servicii sociale se confruntă cu următoarele dificultăți:
- familiile vulnerabile și care trăiesc în sărăcie nu au asigurare medicală drept pentru accesul la servicii de medicină primară le este îngrădit, în afară situațiilor medicale de urgență
- continuitatea serviciilor de îngrijire nu este asigurată
- serviciilor de sănătate primară nu sunt adaptate la nevoile populației sărace și vulnerabile
- nu există o rețea de servicii de sănătate primară extinsă și consolidată
- lipsa echipei de intervenție comunitară de tip asistent medical comunitar și mediator sanitar
- neintegrarea funcțională a serviciilor medicale și sociale ce ar putea fi oferite la nivel comunitar

Având în vedere cele de mai sus, se formulează următoarele obiective strategice în ceea ce privește persoanele singura sau familiile care trăiesc în sărăcie:

OBIECTIV GENERAL XIII: Creșterea capacității și diversificarea serviciilor de

asistență a persoanelor singure și familiilor care trăiesc în sărăcie și risc de excluziune socială.

Obiective specifice:

1. Creșterea calității vieții persoanelor singure și familiilor care trăiesc în sărăcie prin asigurarea accesului la servicii sociale integrate și de calitate (sociale, medicale, educaționale, ocupare);
2. Creșterea calității vieții persoanelor singure și familiilor care trăiesc în sărăcie prin asigurarea accesului la beneficiile sociale pentru care sunt eligibili;
3. Dezvoltarea de servicii socio-medicale care să permită creșterea accesului persoanelor sărace și aflate în risc de excluziune socială, cu afecțiuni cronice, la îngrijiri de specialitate.

Persoane fără adăpost

În 2011, Eurostat publică raportul „Housing Condition in Europe in 2009“ şi precizează că în UE 30 de milioane de cetăţeni suferă datorită spaţiului insuficient şi condiţiilor precare de locuit. Accesul la condiţii decente de locuit, la preţuri accesibile, este o nevoie fundamentală şi un drept. Condiţiile proaste de locuit evidenţiază un anumit risc de sărăcie şi excluziune socială. Persoanele fără adăpost care trăiesc pe stradă reprezintă cea mai vizibilă şi extremă formă de sărăcie şi excluziune. Problema persoanelor fără adăpost poate include şi o serie de alte situaţii, precum persoanele care sunt în adăposturi de urgenţă, temporare sau de tranziţie, persoanele care locuiesc temporar cu familia sau la prieteni, persoanele ameninţate cu evacuarea sau persoanele care au un adăpost inadecvat sau nesigur. Fenomenul persoanelor fără adăpost reprezinta una dintre problemele cele mai importante în societate, cu care se confrunta Strategia de incluziune şi protecţie socială a Uniunii Europene.

Datele sistematice referitoare la dimensiunea fenomenului persoanelor fără adăpost în ţările ex-socialiste sunt rare. Exista o estimare doar la nivelul Bucureştiului – cca. 5 000 persoane fără adăpost - facuta publica de Medici fara frontiere (MSF) in anul 1999, fără a fi adăugat dimensiunea „locuinţă improprie/ inadecvată”. Organizatia Samusocial are inregistrate din anul 1997 si pana in 2011 aproximativ 3800 de fise sociale ale adultilor strazii. În Fișa grupului vulnerabil ”Persoane fără adăpost”[i], realizată de Fundația pentru o Sociaetate Deschisă, este estimat (cu un grad satisfăcător de acurateţe) că numărul persoanelor fără adăpost în România este între 11 000 şi 14 000. Mulţi dintre ei ajung în această situaţie din cauza situatiei socio-economice, a bolilor psihice sau a lipsei programelor de preventie pentru tinerii dezistitutionalizati care trebuie sa parasească Centrele de plasament.

Conform “Studiului Indicatorilor socio-demografici de definesc persoanenele adulte fara adapost” (lot studiat de 1054 subiecţi evaluaţi intr-o perioada de 3 ani [2006 – 2009]), s-a constatat ca:

-73 % (770 de cazuri) dintre subiecţi sunt de sex masculin şi 27 % (284 de cazuri) sunt de sex feminin.

- 52 % din lotul analizat este reprezentat de persoane aflate în intervalul de vârstă 30 – 49 de ani (30-39 de ani - 24 % şi 40-49 de ani – 28 %).

- 65% (680 de cazuri) dintre subiecţi nu deţin acte de identitate, fiind practic în imposibilitatea de a accesa anumite drepturi minime de protecţie socială (cantină socială, venitul minim garantat, îngrijirea sănătăţii).

- Locurile de adăpostire peste noapte se regăsesc pe o plajă largă de variante, cele mai importante fiind: scări de bloc – 19 %, adăposturi improvizate – 18 %, găzduiţi periodic de cunoştinţe – 12 %, gări – 9 %, parcuri – 8 %.
- Principalele surse financiare sunt reprezentate de venitul ocazional (muncă fără forme legale, „la negru"), cerşit – 12 %, pensie – 9 %. Sunt persoane care declară că nu au nici o sursă de venit – 13 %, iar 2 % dintre subiecţi (16 cazuri din 1054) au declarat că sunt angajate legal şi au un salariu lunar.
- 37 % dintre subiecţi au studii gimnaziale şi acelaşi procent îl regăsim şi pentru cei cu studii medii. De asemenea constatăm că 50 % dintre persoanele care alcătuiesc lotul studiat sunt calificate profesional.

Conform aceluiasi studiu, principalele cauze ale „fenomenului adultii strazii" sunt:- conflictele familiale - 29%, divorţul – 15%, vânzarea locuinţei - 12 %, imposibilitatea de a plăti chiria sau cheltuielile de întreţinere - 8%, escrocheriile imobiliare – 7%, detenţia - 4%, provenienţa din Centre de plasament - 4%, pierderea locului de muncă – 3%.

În județul Timiș, conform datelor din Rapoartele de activitate anuale ale DGASPC pentru categoria persoanelor fără adăpost există un Centru de Integrare Socio-Profesională pentru Adulți fără Adăpost, în comuna Bacova. Capacitatea centrului rezidențial este de 16 persoane (femei, bărbați și copiii acestora), iar dinamica beneficiarilor arată în felul următor:

Anul	Număr beneficiari la începutul anului	Total intrări în cursul anului	Total ieșiri în cursul anului
2013	9	5	4
2014	11	0	0
2015	11	0	3

La nivel de municipiu, Direcția Poliția Locală Timișoara depistează și identifică persoanele fără adăpost care se află pe raza municipiului Timișoara si apelează în mod repetat la mila cetățenilor, frecventând zonele centrale și principalele intersecții. În anul 2015 au fost depistate 2138 persoane, dintre care 149 minori. Din total persoane depistate, 1989 au fost încredințate Direcției de Asistență Socială Comunitară Timișoara pentru consiliere, informare și îndrumare socială. Un număr de 49 persoane au fost depistate cu adăposturi improvizate în diverse zone ale orașului.

În ceea ce privește furnizori de servicii sociale acreditați, publici sau privați, care acordă servicii grupului țintă, aceștia sunt prezentați în tabelul de mai jos:

Organisme private și publice acreditate	Nume serviciu social	Cod nomenclator si tip serviciu acordat	Nr. beneficiari admiși			
			2013	2014	2015	Iunie 2016
Federația Caritas a Diacezei Timișoara	Azilul de Noapte "Pater Jordan"	8790PFA-II Adăposturi de noapte	400	366	326	180
Fundația Timișoara 89	Centrul de găzduire temporară a persoanelor fără adăpost	8790PFA-I Centre rezidențiale de asistență și	88	101	110	67

		re/integrare socială				
Centrul Social de Urgență pentru Persoane Fără Adăpost cu Cantina Socială	Centrul Social de Urgență pentru Persoane Fără Adăpost	8790PFA-I Centre rezidențiale de asistență și re/integrare socială	20	20	164	149
Direcția de Asistență Socială Comunitară Timișoara	Compartimentul de Evaluare și Intervenție Socială	8899CZ-PN-V Servicii de asistență comunitară	90	126	123	-
		Consiliere și informare persoane preluate de la Poliția Locală	1137	1701	2575	-
Direcția de Asistență Socială Comunitară și Centrul Social de Urgență pentru Persoane Fără Adăpost cu Cantina Socială	Adăpost de urgență pe timpul iernii	Activitate realizată în sezonul rece, pe perioadă determinată	50	50	50	50
Total:			1695	2238	2811	446

Centrul Social de Urgență pentru Persoane Fără Adăpost cu Cantina Socială a acordat servicii unui număr de 982 de cazuri în anul 2015, dintre care 164 de cazuri au fost admise în centru, iar în anul 2016 (până în luna iunie) a acordat servicii unui număr de 806 cazuri, dintre care 149 au fost admise în centru.

Unii dintre furnizorii de servicii au și liste de așteptare, după cum urmează:

Furnizor	Lista de așteptare
Federația Caritas a Diacezei Timișoara	Nu există
Fundația Timișoara 89	6 persoane pe lista de așteptare
Direcția de Asistență Socială Comunitară Timișoara	Nu există
Centrul Social de Urgență pentru Persoane Fără Adăpost cu Cantina Socială	53 persoane pe lista de așteptare
Adăpostul de Urgență pe timp de iarnă	nu există listă de așteptare

Timpul de așteptare pentru a deveni beneficiari ai serviciilor este de la 2 ore până la 24 ore, în funcție de procedura de admitere a fiecărui tip de serviciu social.

O parte dintre furnizorii de servicii sociale nu au admis beneficiari din următoarele motive:

Organisme private și publice acreditate	Nr. pers. care nu au fost admise	Motiv de neacceptare

Federația Caritas a Diacezei Timișoara	30	boli transmisibile (TBC) stare de ebrietate, persoane lipsite de autonomie
Fundația Timișoara 89	27 8 12	Nu au fost locuri libere Stare gravă de sănătate Stare avansată de ebrietate
Direcția de Asistență Socială Comunitară Timișoara	0	Nu este cazul
Centrul Social de Urgență pentru Persoane Fără Adăpost cu Cantina Socială	657	Lipsă de locuri Probleme grave de sănătate Stare avansată de ebrietate Solicitare servicii doar de un tip: igienizare, medicale, cazare doar pe timp de noapte
Adăpostul de Urgență pe timp de iarnă	2	Manifestare agresivă fizică și verbală Stare avansată de ebrietate și consumarea de substanțe în incită

Furnizorii de servicii sociale pentru persoanele fără adăpost sunt finanțați din următoarele surse:

Organisme private și publice acreditate	Sursa de venit prin care se asigură finanțarea serviciului		
	Subvenții din bugete publice sau private	Din donații si sponsorizări	Din contribuția beneficiarilor
Federația Caritas a Diacezei Timișoara	Da	Ocazional	-
Fundația Timișoara 89	Da	Anual	Lunar
Direcția de Asistență Socială Comunitară Timișoara	Finanțat integral din bugetul local	-	-
Centrul Social de Urgență pentru Persoane Fără Adăpost cu Cantina Socială	Finanțat integral din bugetul local	-	-
Adăpostul de Urgență pe timp de iarnă	Finanțat integral din bugetul local	Ocazional donații de hrană și îmbrăcăminte	-

Furnizorii de servicii consideră că ar trebui înființate următoarele tipuri de servicii la nivel local:

Organisme private și publice acreditate	Propuneri de servicii sociale de înființat
Federația Caritas a Diacezei Timișoara	Construcție de locuințe sociale prin atragere de fonduri nerambursabile Serviciu de monitorizare a tinerilor dezinstituționalizați Găzduirea tinerilor dezinstituționalizați în case sociale Centru social multifuncțional pentru persoane cu handicap

Fundația Timișoara 89	Centru de zi și recuperare pentru tineri cu depresii severe
Directia de Asistență Socială Comunitară Timisoara	Locuințe protejate pentru persoane adulte cu dizabilități Centre de recuperare /reabilitare socială și dezintoxicare Centre rezidențiale de îngrijire și asistență pentru persoane în situații de dependență (boli cronice și în fază terminală) Centre de zi pentru persoanele fără adăpost
Centrul Social de Urgență pentru Persoane Fără Adăpost cu Cantina Socială	Adăpost de noapte Ambulanță socială Locuințe sociale cu ateliere protejate

Pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor acordate, furnizorii au nevoie de:

Organisme private și publice acreditate	Nevoi pentru îmbunătățire servicii și dificultăți cu care se confruntă în furnizarea serviciului
Fundația Timișoara 89	Actualizare legislație privind cheltuielile eligibile din subvenții (în special personalul auxiliar) Un mai bun management al cazurilor care prezintă probleme fizice, psihice, de comportament și adicție
Direcția de Asistență Socială Comunitară Timișoara	Personal supraîncărcat și insuficient Nevoia de supervizare a personalului

La nivel european, național și județean există mai multe strategii în a căror conținut apar și obiective referitoare la persoanele fără adăpost.
Strategia Națională în domeniul politicii de tineret 2014-2020, aprobată prin H.G.24/2015
Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020 și a Planului strategic de acțiuni pentru perioada 2015-2020, anexă la H.G.383/2015.
Strategia Națională pentru ocuparea forței de muncă 2014-2020;
Strategia Națională de Reintegrare Socială a Persoanelor Private de Libertate 2015-2019;
Strategia națională pentru prevenirea si combaterea fenomenului violentei in familie pentru perioada 2013-2017 si Planul operațional pentru implementarea Strategiei naționale
La nivel european *Parlamentul European propune*:

- Nici o persoană să nu mai doarmă sub cerul liber;
- Nici o persoană să nu mai trăiască în adăposturi de urgentă după încetarea situației de
- urgență;
- Nici o persoană să nu mai trăiască în adăposturi provizorii mai mult decât este necesar pentru a se muta în condiții normale;

- Nici o persoană să nu părăsească o instituție de primire fără a avea opțiuni în privința locuinței;
- Nici un tânăr să nu rămână fără adăpost ca urmare a trecerii la o viață independentă.[ii]

Având în vedere cele de mai sus, se formulează următoarele obiective strategice în ceea ce privește persoanele fără adăpost:

OBIECTIV GENERAL XIV: Asigurarea unui sprijin de urgenţă eficient pentru persoane fără adăpost, dezvoltând concomitent capacitatea sistemului pentru reintegrare socială şi prevenire timpurie.

Obiective specifice:

1. Reducerea numărului de persoane fără adăpost prin trecerea graduală de la servicii de urgență la programe de integrare pe termen lung;
2. Reducerea numărului de cazuri noi de persoane care trăiesc pe străzi prin introducerea unor programe de prevenire a pierderii locuinței (în special pentru grupuri extrem de vulnerabile cum ar fi persoanele vârstnice, persoanele cu dizabilități, persoanele cu venituri mici sau fără venituri, dependenții de substanțe);
3. Consolidarea componentei de locuire a intervenţiilor care vizează persoanele care ies din penitenciare, instituţii de îngrijire a copilului, aziluri şi spitale, victime ale violenţei domestice şi dependenţi de droguri;
4. Lansarea unor campanii de promovare şi consiliere legală contra fraudelor şi înşelătoriei;

Tinerii care părăsesc sistemul de protecție a copilului

În județul Timiș, conform datelor din Strategia Județului Timiș privind dezvoltarea serviciilor sociale 2014-2020, la data de 31 decembrie 2013 în sistemul de protecție au fost protejați un număr de 2.487 copii/tineri, din care 434 copii/tineri în centrele rezidențiale ale DGASPC, 322 în centrele rezidențiale OPA (organisme private acreditate), 1104 protejați la asistenți maternali profesioniști și 627 protejați la alte rude, familii sau persoane. În structurile de tip rezidențial din subordinea DGASPC Timiș, dinamica copiilor/tinerilor arată în felul următor:

Anul	Număr beneficiari la începutul anului	Total intrări în cursul anului	Total ieșiri în cursul anului
2013	413	195	176
2014	430	164	205
2015	390	178	190

În municipiul Timișoara, situația tinerilor cu vârstele cuprinse între 15-25 ani care au părăsit sistemul de protecție a copilului și care se regăsesc în diverse centre rezidențiale este prezentată mai jos:

Organisme private și publice	Nume serviciu social	Cod nomenclator si tip serviciu	2013	2014	2015	2016

acreditate		acordat				
Asociația Evanghelistică Isus Speranța României	Centrul de Ocrotire a Tinerilor Dezinstituționalizați ”Casa lui Onisim”	8790CRT-I Centre multifuncționale	18	18	18	18
Fundația Agathos	Servicii Comunitare Agatos	8899 -	9	9	12	10
Kinderzukunf – Fundația Rudolf Walterdin Timisoara	Centrul multifuncțional pentru sprijinirea tinerilor dezinstituționalizați	8790CRT-I Centre multifuncționale	11	9	2	-
Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Timiș	Centrul pentru Sprijinirea Integrării Familiale Profesionale a Tinerilor Timișoara	8790CR-C-I Centre rezidențiale pentru copilul separat temporar sau definitiv de părinții săi	29	28	32	30
Total:			67	64	64	58

Comparând cele două tabele de mai sus, se observă că, în anul 2015, numai **30,5%** dintre tinerii care au părăsit sistemul de protecție a copilului s-au regăsit într-un serviciu social specializat.

În ceea ce privește sursa de finanțare situația se găsește în tabelul de mai jos:

Organisme private și publice acreditate	Sursa de venit prin care se asigură finanțarea serviciului		
	Subvenții din bugete publice	Din donații si sponsorizări	Din contribuția beneficiarilor
Asociația Evanghelistică Isus Speranța României	Da	Ocazional	Lunar
Fundația Agathos	-	Anual	-
Kinderzukunf – Fundația Rudolf Walterdin Timisoara	Da	Ocazional	-
Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Timiș	Finanțat integral din surse publice		-

Furnizorii de servicii sociale consideră că ar trebui înființate următoarele tipuri de servicii la nivel local:

Organisme private și publice acreditate	Propuneri de servicii sociale de înființat
Asociația Evanghelistică Isus Speranța României	- Mai multe servicii pentru tinerii care se confrunta cu risc de marginalizare socială
Fundația Agathos	- Servicii de găzduire a tinerilor peste 18 ani

Kinderzukunf – Fundația Rudolf Walter din Timisoara	- Centre specializate pentru dependenții de substanțe - Locuințe sociale pentru tinerii defavorizați
Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Timiș	- Program social de educare a societății timișene – cu precădere adolescenți și studenți – în materie de abandon, abuz, traume. - Consiliere specializată sau terapie pentru familiile aflate în situații de risc de excluziune socială

Nevoile furnizorilor pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor acordate și dificultățile cu care se confruntă sunt:

Organisme private și publice acreditate	Nevoi cu care se confruntă în furnizarea serviciului
Asociația Evanghelistică Isus Speranța României	- Obținerea unor locuri de muncă pentru beneficiari
Fundația Agathos	- Întocmirea actelor de identitate - Obținerea locuințelor personale după finalizarea furnizării serviciului social
Kinderzukunf – Fundația Rudolf Walter din Timisoara	- Dificultăți datorate legislației în domeniu
Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Timiș	- Supra încărcarea specialiștilor care lucrează cu efectele abandonului și traumele pe care copiii nu le pot gestiona - Imposibilitatea personalului de a întâmpina nevoile emoționale și fizice ale beneficiarilor de acest tip

Există strategii la nivel național și județean care adresează această problemă:
Strategia Naţională în domeniul politicii de tineret 2014-2020, aprobată prin H.G.24/2015
Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020 și a Planului strategic de acțiuni pentru perioada 2015-2020, anexă la H.G.383/2015
Strategia Județului Timiș privind dezvoltarea serviciilor sociale 2014-2020

Având în vedere cele de mai sus, se formulează următoarele obiective strategice în ceea ce privește tinerii care părăsesc sistemul de protecție a copilului:

OBIECTIV GENERAL XV: Creșterea capacității de asistență a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție
Obiective specifice:
1. Plasarea unui accent special pe finanţarea şi dezvoltarea continuă a serviciilor de suport pentru tinerii care părăsesc sistemul de protecție
2. Constituirea unor intervenţii prioritare în domeniul integrării sociale;

Grupuri vulnerabile fără acces la locuință

Rezoluția Parlamentului European din 11 iunie 2013 ”reamintește statelor membre și autorităților locale că subvenționarea sectorului locuințe sociale și accesibile permite o garantare o drepturilor fundamentale (...) și insistă asupra faptului că, locuințele sociale nu ar trebuie considerate costuri care trebuie reduse, ci investiții rentabile pe termen lung, având în vedere efectele de ameliorare a stării de sănătate și creșterii bunăstării sociale, prin acces la piața muncii și prin împuternicirea persoanelor, în special a persoanelor în vârstă, pentru a duce o viață independentă”. Accesul la locuințe reprezintă unul dintre factorii cheie în atingerea obiectivelor Strategiei Europa 2020 cu privire la scăderea numărului de persoane cu risc de sărăcie sau excluziune socială. Lipsa locuinței reprezintă una dintre formele extreme de sărăcie și precaritate, care s-a extins în ultimii ani.

În Timișoara, prin Biroul Locuințe a Direcției Clădiri, Terenuri și Dotări Diverse se asigură activități diverse de analiză, centralizare a cererilor solicitanților, stabilirea criteriilor pentru atribuirea unei locuințe realizate de către Agenția Națională pentru Locuite, destinate tinerilor și familiilor de tineri în vârstă de până la 35 ani și a altor categorii de persoane vulnerabile, defavorizate.

Activități	2013	2014	2015	2016
Persoane înscrise pe lista priorități, pentru atribuire locuințe din fond locativ de stat	6.003[1]	6.078[2]	536[3]	155
Număr locuințe repartizate de Comisia de Locuințe (inlcusiv liste priorități, instuții bugetare, repureni drepturi, beneficiari Lege 42/1990, reparații pt.anexe gospodărești și garaje)	62	174	53	-
Nr.locuințe construite ANL și atribuite cu chirie	12	12	11	-
Nr. prelungiri contracte locuințe ANL	166	231	162	-
Număr prelungiri contracte locuințe sociale (Str. Polona)	-	109	109	-
Nr. prelungire contracte de închiriere locuințe	-	744	-	-
Nr.contracte de închiriere noi pt. locuințe aflate în adminsitarea sau în proprietatea PMT	82	326	98	-
Nr.contracte pentru terenuri aferente imobilelor cu destinație de locuințe dobândite în baza Legii 112	975	425	74	-
Nr. locuințe devenite disponibile din fondul locativ al PMT	-	167	46	-

Se observă că în anul 2015 s-au atribuit locuințe la 9,8% dintre solicitanți.
Scăderea numărului de persoane înscrise pe lista de priorități se datorează schimbării criteriilor de întocmire a listei și procedurii de repartizare a locuințelor din fondul locativ de stat și a locuințelor sociale.

Serviciile oferite de către Biroul Locuințe din cadrul PMT nu este unul social ci unul de natură administrativă. La solicitarea acestora, Compartimentul de Evaluare și Intervenție

[1] Din care: 2745 cazuri sociale, 1861 tineri căsătoriți, 230 pensionari, 831 evacuați, 336 crescuți în instituții de ocrotire a minorilor
[2] Din care: 2.809 cazuri sociale, 1.859 tineri căsătoriți, 230 pensionari. 842 evacuați, 338 crescuți în instituții de ocrotire a minorilor
[3] Nu se mai face diferențierea pe categorii în lista persoanelor înscrise, îndreptățite pentru atribuirea unei locuințe din fondul locativ de stat

Socială din cadrul DASC realizează anchetele sociale și acordă servicii de consiliere și informare privind întocmirea documentației necesare înscrierii pe lista de prioritate.

Organisme private și publice acreditate	Nume serviciu social	Tip de serviciu social acordat	2013	2014	2015	2016
Primăria Municipiului Timișoara	Direcția Clădiri, Terenuri și Dotări Diverse Biroul Locuințe	Anchete sociale intocmite în baza HCLMT 388/2005[4]	21	17	26	-
Directia de Asistență Socială Comunitară Timisoara	Compartimentul de Evaluare și Intervenție Socială	Anchete sociale la solicitarea PMT	-	4	32	22
Total anchete sociale			21	21	58	22

Pentru anul 2015, pe lista de priorități a PMT sunt înscrise 536 persoane îndreptățite spre a le fi atribuite locuințe din fondul localtiv de stat și a celor sociale. Conform art.2 lit.c din Legea locuinței nr.144/1996 republicată, locuința socială este locuința care se atribuie cu chirie subvenționată unor persoane sau familii, a căror situație economică nu le permite accesul la o locuință proprietate sau închirierea unei locuințe în condițiile pieței.

Motivele pentru care nu au fost repartizate locuințe tuturor solicitanților sunt:

- Costuri ridicate de extindere a fondului locativ social existent ca răspuns la cererea locală în creștere continuă;
- Nivel ridicat de restanțe acumulate la chirie și în special la utilitățile publice;
- Fond locativ insuficient aflat în gestionarea sau administrarea autorității publice locale care pot fi închiriate;
- Case naționalizate sau clădiri degradate, de calitate inferioară în care nu s-a investit de ani de zile, aflate în zone greu accesibile și slab dotate;

În ceea ce privește locuințele sociale mai mulți furnizori de servicii sociale au considerat că acestea sunt necesare, după cum se vede în tabelul de mai jos:

Organisme private și publice acreditate	Propuneri de servicii sociale de înființat
Federația Caritas a Diacezei Timișoara	- Construcție de locuințe sociale prin atragere de fonduri nerambursabile
Centrul Social de Urgență pentru Persoane Fără Adăpost cu Cantina Socială	- Locuințe sociale cu ateliere protejate
Kinderzukunf – Fundația Rudolf Walter din Timișoara	- Locuințe sociale pentru tineri defavorizați

Propunerile furnizorilor de servicii sociale au fost

- Construirea de locuințe sociale pentru a asigura nevoia de bază a persoanelor aflate în situație de marginalizare și excluziune socială;

[4] Din anul 2014 acesta s-a modificat prin HCLMT 488/2014

- Evaluarea nevoii de locuințe sociale pentru toate grupurile vulnerabile, (inclusiv tineri care părăsesc sistemul de protecție a copilului, persoane fără adăpost, foști deținuți, victime ale violenței domestice, persoane evacuate din locuințe restituite foștilor proprietari, persoane dependente de droguri) și crearea unei baze de date la nivel de comunitate.

Guvernul, prin Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru 2015-2020, privind locuințele sociale dorește să stabilească:

Perioada	Obiective majore
2015-2020	- un cadru strategic național pentru politica locuințelor sociale, cu implicare intersectorială și cooperare între autoritățile locale și centrale;
	- lărgirea gamei de instrumente în politicile privind locuințele sociale;
	- acodrarea de indemnizații de locuire a persoanelor care au cea mai mare nevoie de ele;
	- creșterea substanială a finanțării sectorului locuirii sociale;
	- evaluarea oportunității de a implica economia socială și entitățile private în prezentarea de programe pentru locuințe sociale;

Având în vedere cele de mai sus, se formulează următoarele obiective strategice în ceea ce privește grupurile vulnerabile care nu au acces la locuință.

OBIECTIV GENERAL XVI: Sporirea accesului grupurilor vulnerabile la servicii de locuire

Obiective specifice:

1. Evaluarea și abordarea complexă a nevoii de locuințe sociale ale tuturor grupurilor vulnerabile: persoane fără adăpost, tineri post-instituționalizați, foști deținuți, victime ale violenței domestice, persoane evacuate din locuințe restituite foștilor proprietari, persoane dependente de droguri și altele;
2. Continuarea asigurării serviciilor de evaluare socială pentru accesul la o locuință socială.

Persoane dependente de consum de substanțe

Pentru a obține date privind consumul de substanțe s-au consultat următoarele documente:

- **”Analiză de situație - Luna națională a informării despre efectele consumului de alcool în România”** realizată de Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate. Conform acestui document în anul 2010, consumul de alcool pur/capita la populația în vârstă de 15 ani și peste a fost de 14,4 l, înregistrând o tendință crescătoare în ultimul deceniu. Din acest consum, 10,4 litri alcool reprezintă consumul înregistrat, iar 4 l reprezintă consumul de alcool neînregistrat, înregistrând o tendință stabilă. (WHO, 2014. Global Status Report on Alcohol and Health, 2014. p.232) Consumul mediu de alcool pur în rândul bărbaților este de 22,6 l, respectiv 6,8l în rândul femeilor. (ibidem) Numai 14,3% din populația de peste 15 ani nu a consumat niciodată alcool. În anul 2010, prevalența episoadelor de consum dăunător de alcool a fost de 18,7 % în rândul bărbaților băutori (13,7 % din populația de sex masculin), respectiv de 2,7 % în rândul femeilor băutoare

(1,7% din populația de sex feminin). Un procent de 14,3 din populație se declară abstinentă, reprezentând doar 7,6% din populația masculină și 29,3% dintre femei. Alcoolul este implicat în producerea a peste 200 entități psihopatologice și somatice diferite, clasificate de ICD-10. Conform unei estimări prezentate de Ministerul Sănătății: „în România mor anual peste 17000 de oameni datorită consumului de alcool, iar peste jumătate dintre aceștia mor în perioada activă a vieții lor (între 20 și 64 de ani). (”Notă referitoare la problematica consumului de alcool ca factor de risc asupra sănătății: situația actuală și obiective”, Ministerul Sănătății, Direcția de Sănătate Publică şi Control în Sănătatea Publică, Cabinet Ministru, 21 martie 2011) *Mortalitatea la vârsta adultă (20-64 de ani), atribuibilă consumului de alcool în România este de trei ori mai mare la bărbați, respectiv de 1,5 ori mai mare la femei, comparativ cu UE 15 (statele membre până în 2004) (ibidem)*.

- ***Raportul național privind situația drogurilor 2015***, Agenţia Națională Antidrog. Datele din cadrul raportului se referă la situația din anul 2014. Conform acestui raport, prevalența consumului de droguri, în rândul populației generale, în cadrul regiunii vest a fost următoarea: canabis **2,9%,** ecstasy 0,4%, cocaină/crack 0,4%, amfetamine 0,6%, heroină și alte opiacee 0,4%, substanțe noi cu proprietăți psiho-active (SNPP) **2,1%.**
- ***Raportul Youth in Europe pe anul 2014 - Consumul de substanțe și factorii sociali***, realizat de Icelandic Centre for Social Research and Analysis în colaborare cu Primăria Municipiului Timișoara. “Tineri în Europa – Un program de prevenire a consumului de droguri” este un program de cercetare, bazat pe o metodologie testată în mai multe țări. În anul 2014 a fost demarată, prin intermediul acestui program, o cercetare în liceele din Timișoara, în rândul elevilor din clasa a X-a, pentru a se vedea care este nivelul consumului de substanțe. Conform acestui studiu, în rândul populației cercetate, se consumă substanțe adictive după cum urmează:

- *Alcool* (o dată sau de mai multe opri pe parcursul vieții) **75,2%** dintre băieți și **71,2%** dintre fete
    - 50,8 % băieți și 38,5 % fete s-au îmbătat o dată sau de mai multe ori pe parcursul vieții
    - 25,8% băieți și 15,2% fete s-au îmbătat în ultimele 30 de zile
- *Narghilea* (o dată sau de mai multe opri pe parcursul vieții) 39,2% dintre băieți și 39,9% dintre fete
    - 17,2% băieți și 9,5% fete au folosit narghileaua în ultimele 30 de zile
- *Fumat zilnic* **22,4%** dintre băieți și **23,1%** dintre fete
- *Canabis* (o dată sau de mai multe opri pe parcursul vieții) 19,9% dintre băieți și 9,1% dintre fete
- *Substanțe inhalante* (o dată sau de mai multe opri pe parcursul vieții) 10,6% dintre băieți și 11,8% dintre fete
- *Amfetamine* (o dată sau de mai multe opri pe parcursul vieții) 5,7% dintre băieți și 2,1% dintre fete
- *Ecstasy* (o dată sau de mai multe opri pe parcursul vieții) 5,5% dintre băieți și 2% dintre fete
- *Somnifere sau tranchilizante* (o dată sau de mai multe opri pe parcursul vieții) 5,2% dintre băieți și 4,6% dintre fete
- *Tutun de mestecat* (o dată sau de mai multe opri pe parcursul vieții) 5% dintre băieți și 1% dintre fete

Analizând datele se poate observa că nivelul de consum al substanțelor, în rândul tinerilor, este foarte ridicat atunci când ne referim la consumul de alcool și tutun, dar și canabis și substanțe inhalante.

Prin Hotărârea de Guvern nr.867 /2015 privind Nomenclatorul serviciilor sociale, sunt stabilite tipurile de servicii care pot fi acordate persoanelor cu diferite adicții: droguri, alcool, alte substanțe toxice, după cum urmează: **Centre rezidențiale de recuperare/reabilitare socială și dezintoxicare** și anume Centre rezidențiale de reabilitare socială pentru adicții - 8720 CR-AD-I **și Centre rezidențiale de tip comunitate terapeutică -** 8720 CR-AD-II**, Centre de zi pentru persoane toxico-dependente, pentru persoane cu diferite adicții: droguri, alcool, alte substanțe toxice etc**. și anume Centre de zi pentru prevenire, evaluare și consiliere antidrog - 8899CZ-AD-I, Centre de zi de integrare-reintegrare socială - 8899CZ-AD-II, Centre de zi pentru asistența integrată a adicţiilor - 8899CZ-AD-III, Centre de zi pentru reducerea riscurilor asociate consumului de droguri - 8899CZ-AD-IV. În municipiul Timișoara nu s-au acreditat furnizori de servicii sociale publici sau privați care să se adreseze acestei categorii de persoane aflate în situație de vulnerabilitate. Persoanele care se confruntă cu această problemă se pot adresa **Centrului de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog Timiş** care este o structură teritorială a **Agenției Naționale Antidrog** şi are ca responsabilitate implementarea politicilor antidrog în judeţul Timiş. Această instituție are componenţă specialişti în domeniul politicilor antidrog, prevenire şi asistenţă. CPECA oferă servicii de prevenire a consumului de tutun, alcool şi droguri și servicii de asistenţă integrată în adicţii. Pentru acordarea de servicii medicale specializate Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel are o secție specială, Secția Psihiatrie VI care se ocupă de problemele de drogodependență.

În cadrul mesei rotunde cu tema ***"Politici publice locale de prevenire a consumului de substanțe în rândul tinerilor din Municipiul Timișoara",*** organizată de către Direcția de Asistență Socială Comunitară a Municipiului Timișoara în data de 26 mai 2016, s-au propus o serie de măsuri pentru a se preveni consumul de substanțe în rândul tinerilor din municipiul Timișoara, dar și pentru a veni în sprijinul tinerilor și familiilor care se confruntă cu acest fenomen, printre care și:

- Dezvoltarea serviciilor post-cură în cadrul comunității, pe o perioadă de 4-6 luni, pentru persoanele care părăsesc mediul spitalicesc;
- Introducerea în cadrul liniilor prioritare de finanțare din fondurile consiliului local (conform Legii 34/1998) a subvențiilor pentru servicii sociale de consiliere a consumatorilor de substanțe și a familiilor lor (organizate ca și centre de zi), atât în cazul consumatorilor adulți, cât și în cazul consumatorilor minori;

În ceea ce privește strategiile de combatere a consumului de substanțe, la nivel național există *Strategia Națională Antidrog 2013 – 2020*, aprobată prin Hotărârea Guvernului 784/2013, iar la nivel județean există *Strategia Județeană Antidrog Timiș pentru perioada 2014-2020*, aprobată prin Hotărârea Consiliului Județean 132/2014. În cadrul Strategiei Naționale Antidrog se regăsesc următoarele direcții de acțiune: Reducerea cererii de droguri (prin prevenirea consumului de droguri și asistența consumatorilor de droguri), Reducerea ofertei de droguri, Coordonare, Cooperare internațională și Cercetare, evaluare, informare. Strategia la nivelul județului Timiș are patru direcții de acțiune: reducerea cererii, reducerea ofertei, cooperarea interinstituțională și formarea/instruirea specialiștilor din domeniu.

Amintim și *Strategia Națională de Sănătate 2014-2020* cu Obiectivul General 3 Diminuarea ritmului de creștere a morbidității și mortalității prin boli netransmisibile și reducerea poverii lor în populație prin programe naționale, regionale și locale de sănătate cu caracter preventiv, cu Obiectivul strategic 3.3. Îmbunătățirea stării de sănătate mintală a populației. În cadrul strategiei se menționează că ”un domeniu important din perspectiva sănătății mintale, dar nu numai, cu un potențial de prevenire încă nevalorificat este consumul abuziv de alcool la adult și adolescent, problemă de sănătate publică ce necesită o atenție sporită și definirea unei strategii/plan de măsuri eficace”. Ca măsuri în strategia amintită se propun:

- Asigurarea accesului consumatorilor de droguri la servicii integrate medicale sociale pentru inserție/re-inserție socială
- Creșterea capacității sistemului de a aborda problematica consumului dăunător de alcool prin elaborarea și implementarea de intervenții specifice pe componente cheie ale sistemului (ex. servicii de consiliere, detoxificare, integrarea socială pentru consumatorii de alcool)

Victime ale traficului de ființe umane

Pentru a se obține date statistice privind traficul de persoane s-au studiat rapoartele realizate de Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane. Conform raportului ”Situația Statistică a victimelor traficului de persoane identificate în anul 2014”, în acest au fost identificate un număr de **25 de victime ale traficului de persoane** provenind din județul Timiș. În anul 2015, conform raportului ”Analiza grafică privind victimele identificate în anul 2015”, numărul persoanelor traficate din județul Timiș se dublează ajungând la 50, ceea ce plasează județul Timiș pe primul loc în țară ca număr de persoane traficate. Tiparul infracțional și profilul socio-demografic al victimelor include: pondere crescută a victimelor de gen feminin, cele mai multe victime exploatate sexual, destinație principală - traficul intern și cea mai vulnerabilă categoria de vârstă la trafic: 18-40 de ani.
Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane este reprezentată la nivelul județului Timiș prin structură teritorială numită Centrul Regional Timișoara. În ceea ce privește cadrul legislativ acesta este stabilit prin Legea nr. 678/2001 privind prevenirea și combaterea traficului de persoane, cu modificările și completările ulterioare și Hotărârea Guvernului nr. 299/2003 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr.678/2001 privind prevenirea și combaterea traficului de persoane. Legislația reglementează prevenirea și combaterea traficului de persoane, precum și protecția și asistența acordată victimelor.
Prin intermediul studiului ”Analiza serviciilor de asistență a victimelor traficului de persoane – Studiu Social Calitativ”, publicat în anul 2015, s-a realizat o evaluare a sistemului național de asistență pentru traficul victimelor conform Standardelor Specifice pentru Serviciile Specializate de Asistență asigurate victimelor traficului prin Hotărârea Guvernului nr. 1238/2007 și prin standardele internaționale și cele mai bune practici. La capitolul Situația centrelor de asistare a victimelor traficului de ființe umane - Centre create conform Legii nr. 678/2001 privind prevenirea și combaterea traficului de ființe umane este descris Centrul de asistență a victimelor traficului de persoane din județul Timiș (Recaș). Acesta este funcțional și administrat de Generație Tânără România (ONG), începând cu anul 2006. După preluare, Generație Tânără a asigurat renovarea clădirii. În prezent, Consiliul Județean Timiș asigură suport în plata utilităților (curent electric, gaz), celelalte costuri fiind suportate de Asociația Generație Tânără. Centrul poate oferi, atât victimelor adulte, cât și victimelor minore, o gamă completă de servicii de asistență:

asistență rezidențială, asistență materială (îmbrăcăminte și încălțăminte, produse de igienă, materiale școlare etc.), asistență în obținerea și refacerea actelor de identitate, asistență psihologică, asistență medicală și juridică, consiliere și orientarea profesională, monitorizarea cazurilor. Serviciile asigurate nu sunt limitate de o serie de factori, cum ar fi județul de domiciliu al victimei, fapt ce duce la referirea victimelor către acest centru de către instituții (publice și private) care își desfășoară activitatea în județele învecinate (există însă cazuri de referire și din partea altor județe, spre exemplu victime cu domiciliu în județe din Moldova). Asistența se desfășoară, de regulă, pe o perioadă îndelungată, de minimum 6 luni sau până la dobândirea independenței. Acest centru este singurul ce asigură întreaga gamă de servicii stabilite prin Legea nr. 678/2001.

În Timișoara AIDROM – Asociația Ecumenică a Bisericilor din România a deschis Centrul de Consiliere a Persoanelor Aflate in Situație de Risc unde se asigură servicii de consiliere și pentru victime ale traficului de persoane. Asociația a desfășurat și campanii de prevenire a acestui fenomen, în colaborare cu Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane.

Prin Hotărârea de Guvern nr.867 /2015 privind Nomenclatorul serviciilor sociale, sunt stabilite tipurile de servicii care pot fi acordate persoanelor victime ale traficului de persoane, după cum urmează: Centre rezidenţiale de îngrijire şi asistenţă pentru persoane victime ale traficului de persoane și anume Centre de asistenţă şi protecţie a victimelor - 8790CR - VTP -I și Locuinţe protejate- 8790CR – VTP -II, Centre de zi pentru victimele traficului de persoane și anume Centre de zi pentru informare și consiliere - 8899CZ –PFA - I, Centre de zi pentru integrare/reintegrare socială - 8899CZ –PFA-II.

Până în prezent, nici un furnizor public sau privat din municipiul Timișoara nu deține licență de funcționare pentru servicii sociale destinate victimelor traficului de persoane, conform metodologiei de acreditare publicată de Ministrul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice. Pe de altă parte, MMFPSPV nu a publicat standarde de calitate pentru serviciile sociale destinate victimelor traficului de persoane și nu a precizat metodologia prin care se pot licenția serviciile sociale pentru care standardele de calitate nu sunt stabilite la nivelul MMFPSPV.

În ceea ce privește strategiile de combatere a traficului de persoane, la nivel național există Strategia naţională împotriva traficului de persoane pentru perioada 2012–2016 şi Planul naţional de acţiune 2012–2014 pentru implementarea Strategiei naţionale împotriva traficului de persoane pentru perioada 2012–2016 aprobată prin Hotărârea de Guvern nr. 1.142/2012. Aceasta are ca și obiective generale: 1. Dinamizarea activităţilor de prevenire şi a participării societăţii civile la derularea acestora 2. Îmbunătăţirea calităţii protecţiei şi asistenţei acordate victimelor traficului de persoane în vederea reintegrării sociale 3. Îmbunătăţirea capacităţii instituţionale de investigare a infracţiunilor de trafic de persoane, cu precădere a cazurilor de trafic de minori, precum şi urmărirea profitului infracţional de către organele de urmărire penală 4. Creşterea capacităţii de colectare şi analiză a datelor privind traficul de persoane 5. Optimizarea şi extinderea procesului de cooperare interinstituţională şi internaţională pentru susţinerea implementării strategiei naţionale împotriva traficului de persoane.

Persoane private de libertate

Conform datelor funizate de Administrația Națională a Penitenciarelor, în România există 19 penitenciare regim semideschis şi deschis; 14 penitenciare regim închis şi maximă siguranţă; 1 penitenciar pentru femei şi 7 secţii pentru femei în alte penitenciare; 2 centre

de detenţie; 2 centre educative; 6 penitenciare spital. În 23 de unităţi există secţii speciale de arest preventive.
Numărul persoanelor aflate în penitenciare în perioada 2008-2015 se regăsește în tabelul de mai jos:

Anul	Deținuți custodiați
2008	26.212
2009	26.716
2010	28.244
2011	30.694
2012	31.817
2013	33.434
2014	30.156
2015	28.334

Ponderea deținuților recidiviști, raportat la efectivul total:

Anul	Ponderea
2010	44,93%
2011	45,87%
2012	45,78%
2013	45,78%
2014	43,00%
2015	40,33%

Unul dintre studiile realizate în cadrul proiectului, „*Opiniile deţinuţilor cu privire la mediul penitenciar românesc*”, derulat pe o perioadă de 3 ani (2009-2011), indică, în etapa de evaluare finală, o creştere a procentului persoanelor private de libertate care afirmă că etichetarea şi prejudecăţile oamenilor reprezintă o dificultate majoră în reintegrarea socială (35% în 2011 faţă de 30,5% în 2010 şi 29% în 2009). Studiul evidenţiază, de asemenea, faptul că, în opinia persoanelor private de libertate, lipsa unui loc de muncă reprezintă unul dintre cele mai importante aspecte problematice cu care se confruntă după liberare/eliberare.
Legislaţia în domeniul execuţional-penal prevede responsabilitatea instituţiei penitenciare, a centrelor educative şi a centrelor de detenţie, de a organiza şi desfăşura activităţi educaţionale, culturale, terapeutice, de consiliere psihologică şi asistenţă socială, instruire şcolară şi formare profesională, pe durata detenţiei, în vederea facilitării reintegrării sociale a persoanelor custodiate.

Raportul de Cercetare din Lombardia, realizat în cadrul proiectului „*Strategia de ocupare şi calificare prin învăţare şi activităţi pentru libertate*”, potrivit cărora, în tabloul general al sistemului penitenciar, factorii care influenţează reintegrarea socio-profesională a persoanelor private de libertate, se referă, în special, la patru aspecte, cu valabilitate şi în contextul actual:

- cultura şi percepţia pe care cei din afară o au despre persoanele private de libertate;
- legislaţia;
- sistemele de sprijinire a reintegrării sociale;
- reţelele sociale.

Furnizori de servicii sociale acreditați, publici sau privați, care acordă servicii grupului țintă:

In conformitate cu Legea asistenţei sociale ART. 64 (1) Persoanele private de libertate, aflate în custodia sistemului penitenciar, în vederea asigurării reintegrării lor sociale beneficiază gratuit de servicii sociale de consiliere educaţională, socială şi psihologică, acordate la nivelul aşezămintelor de deţinere, în sistemintegrat cu activităţile şi programele educative, psihologice şi de asistenţă socială, de instruire şcolară şi formare profesională desfăşurate în cadrul acestora. (2) Furnizarea serviciilor de educaţie, consiliere psihologică şi asistenţă socială în cadrul aşezămintelor de deţinere se realizează de către personalul specializat al acestora, cu participarea consilierilor de probaţiune ori a furnizorilor publici sau privaţi de servicii sociale.
(3) Pe perioada detenţiei, persoana privată de libertate poate beneficia şi de consiliere privind accesarea serviciilor sociale existente în comunitatea în care aceasta îşi va avea domiciliul sau reşedinţa după eliberare

În județul Timiș, conform datelor oferite de Penitenciarul Timișoara, a fost acreditat Serviciul de Educație și Asistență Psihosocială (cod 8899CZ-PN-IV), iar numărul beneficiarilor se regăsește în tabelul de mai jos:

Anul	Număr beneficiari
2013	5393
2014	6820
2015	8468
prezent	938

Obiectivul general al Strategiei naționale de reintegrare socială a persoanelor private de libertate 2015 – 2019 este *Facilitarea asistenței postdetenție la nivel sistemic*
Obiective specifice:

1. Dezvoltarea de parteneriate cu instituţiile publice, asociaţiile şi organizaţiile nonguvernamentale, comunităţile locale şi facilitarea reintegrării sociale a foştilor infractori;
2. Asigurarea continuităţii intervenţiei destinate persoanelor care au executat pedepse privative de libertate;
3. Elaborarea unor proceduri interinstituţionale referitoare la atribuţiile factorilor implicaţi în procesul reintegrării sociale a persoanelor care au executat pedepse privative de libertate;
4. Absenţa unei platforme informaţionale duce la necesitatea creerii unei baze de date care să permită corelarea informaţiilor privind persoanele private de libertate şi persoanele care au executat pedepse privative de libertate, accesul comun al instituţiilor şi autorităţilor publice cu responsabilităţi privind reintegrarea socială, precum şi asigurarea unui flux informaţional optim prin operarea, după caz, actualizarea datelor pentru toate cazurile asistate, aferent etapelor succesive ale procesului de reintegrare socială;

În vederea îndeplinirii obiectivelor specifice, la nivel local ar trebui înființate servicii sociale de preluare a persoanelor liberate din penitenciar în vederea continuării demersurilor începute în penitenciar, facilitarea accesului la o locuință si identificarea unui loc de muncă.

Victime ale violenței domestice

Conform datelor disponibile la nivelul Inspectoratului General al Politiei Timiș în perioada februarie 2014 - aprilie 2015 s-au înregistrat **141** de cazuri de omor având ca si cauză violența domestică : 13 victime fiind minori iar 82 de victime femei, astfel o data la 3 zile se înregistrează un caz de omor in familie.

Raportul ”Violența împotriva femeilor: o anchetă la nivelul UE” a fost realizat în anul 2014 de către FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. Se estimează că 13 milioane de femei din UE au fost supuse violenței fizice în decursul celor 12 luni premergătoare interviurilor din cadrul anchetei. Acest număr corespunde unui procent de 7 % dintre femeile cu vârsta între 18 și 74 de ani din UE. Se estimează că 3,7 milioane de femei din UE au fost supuse violenței sexuale în decursul celor 12 luni premergătoare interviurilor din cadrul anchetei – ceea ce corespunde unui procent de 2 % dintre femeile cu vârsta între 18 și 74 de ani din UE. Una din trei femei (33 %) a fost supusă violenței fizice și/sau sexuale după vârsta de 15 ani. Dintre toate femeile care au un partener de viață (actual sau anterior), 22 % au fost supuse violenței fizice și/sau sexuale de către un partener, începând cu vârsta de 15 ani. Una din trei femei (32 %) a suportat un comportament abuziv din punct de vedere psihologic din partea partenerului de viață actual sau anterior.

Raportul ”Studiu exploratoriu privind serviciile sociale pentru victimele violenței în familie” realizat în anul 2013 de către Asociația Transcena spune că statisticile realizate de Agenţia Naţională de Protecţia Familiei până în 2009 şi Ministerul Muncii, Familiei şi Protecţiei Sociale în continuare, pe cazurile de violenţă în familie înregistrate în perioada 2004-2011 indică un număr de aproximativ 82.000 de cazuri; în aceeași perioadă au fost înregistrate 800 decese.

Conform datelor Inspectoratului General al Poliției Române (transmise la solicitarea Asociației Necuvinte) în anul 2014, în România, au fost înregistrate 30.367 de fapte penale, prevăzute de Legea 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie. Mai mult de jumătate s-au petrecut în mediul urban; jumătate s-au înregistrat la domiciliu. Statisticile mai arată că trei sferturi dintre agresori sunt bărbați. Apar și agresori minori, 136 de sex masculin, 45 de sex feminin, care, de regulă își bat bunicii. Din totalul victimelor, aproape 12.000 sunt femei bătute de soții lor, iar mai mult de 10.000 sunt copii ai agresorului. În 2013 au fost înregistrate 23.090 de cazuri de violență domestică.

În ceea ce privește situația la nivel local, pot fi prezentate datele privind ordinul de protecție, colectate de Asociația Transcena prin Serviciul de monitorizare și advocacy, componenta monitorizarea ordinului de protecție (http://transcena.ro/monitorizare-si-advocacy-monitorizarea-ordinului-de-protectie/). La nivelul județului Timiș avem:

- Număr de dosare cu cereri de emitere a unui ordin de protecție înregistrate la instanțe de la 1.07.2012 la 28.01.2013: 16 cereri (dintre care 15 femei și 1 bărbați)
- număr de dosare cu cereri de emitere a unui ordin de protecție înregistrate la instanțe de la 1.10.2013 la 30.09.2014: 52 cereri (dintre care 49 depuse de femei și 3 bărbați)

- număr de dosare cu cereri de emitere a unui ordin de protecție înregistrate la instanțe de la 1.10.2014 la 30.03.2015: 41 de cereri (dintre care 40 depuse de femei și 1 de bărbați)

În ceea ce privește serviciile sociale pentru victimele violenței domestice, în Timișoara sunt acreditați următorii furnizori:

Denumire furnizor	Nr. beneficiari				Formă de finanțare
	2013	2014	2015	Iunie 2016	
Federația Caritas a Diecezei Timișoara –Adăpost pentru femei victime ale violenței domestice	28	28	39	18	Privată și subvenție publică
Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Timiș și Asociația Generație Tânără - Centrul de asistență și protecție a victimelor traficului de persoane și a victimelor violenței în familie	117	32	43	-	Parteneriat public-privat

La nivel național avem HG 1156/2012 privind aprobarea Strategiei nationale pentru prevenirea si combaterea fenomenului violentei in familie pentru perioada 2013-2017 si a Planului operational pentru implementarea Strategiei nationale pentru prevenirea si combaterea fenomenului violentei in familie pentru perioada 2013-2017. Strategia are următoarele obiective generale:
1.Prevenirea violentei in familie in vederea diminuarii fenomenului;
2. Protectia victimelor violentei in familie si responsabilizarea agresorilor prin constituirea unui cadru institutional integrat si adoptarea unor politici si masuri specifice;
3. Promovarea cooperarii intersectoriale si sustinerea parteneriatului cu societatea civila si a parteneriatului public-privat in implementarea politicilor in domeniu.

Persoane infectate cu virusul HIV/SIDA

Principalul furnizor de date statistice cu privire la infecția cu virusul HIV/SIDA în România este Institutul de Boli Infecțioase "Prof. Dr. Matei Balș" Compartimentul Pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/SIDA. Potrivit Raportului Infecția HIV/SIDA în România 1 Decembrie 2015, în țara noastră avem un total cumulativ (anii 1985-2015) de 20.968 pacienți. Dintre aceștia un număr de 13.535 cazuri sunt în viață, iar în anul 2015 au fost înregistrate 474 cazuri noi, dintre care 3 provenind din județul Timiș. În anul 2014 au fost înregistrate 21 de cazuri noi provenind din județul Timiș. Principalele căi de transmitere ale virusului au fost: heterosexual, utilizatori de droguri injectabile (I.V.),

homo/bisexual (BSB). În anii 2013 și 2014 s-a observat o creștere a cazurilor infectate în urma consumului de droguri injectabile, dar în 2015 a scăzut incidența acestor cazuri.

În ceea ce privește serviciile destinate pacienților infectați cu HIV/SIDA menționăm că în cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie ”Victor Babeș” Timișoara, funcționează Serviciul de asistență psiho-socială. Acesta oferă servicii de specialitate pacienților seropozitivi și familiilor acestora, deservind un areal extins la zona de Vest a României - Județele Timiș, Caraș-Severin, Hunedoara, Arad. Un număr de 1277 de pacienți cu diverse patologii din care 971 cazuri active de adulți seropozitivi, au beneficiat periodic pe parcursul anului 2015 de servicii de consiliere psiho-socială, concretizate printr-un număr total de 3894 consilieri efectuate de psihologul si de asistentul social din cele doua cabinete existente in cadrul Ambulatoriului de Boli Infecțioase. Printre intervențiile specialiștilor se numără: evaluare psihologică și socială, consiliere pre si post-testare HIV, consiliere și educație preventivă, consiliere psihologică și sociala, informaționala si legislativă a pacienților seropozitivi, consiliere privind tratamentul ARV și obținerea aderenței la tratament, consiliere în situații de criză, consiliere de suport (individuală și de grup), consiliere legată de doliu, terapie de scurtă durată focalizată pe problemă, recuperare și reeducare.

Prin Hotărârea de Guvern nr.867 /2015 privind Nomenclatorul serviciilor sociale, nu sunt stabilite tipuri de servicii sociale destinate în mod special persoanelor care suferă de HIV/SIDA, dar întrucât toate persoanele cu acest diagnostic pot fi încadrate în grad de handicap, ele pot primi servicii sociale destinate persoanelor cu dizabilități (în centre de zi sau rezidențiale). Asociația CRIS-DU Areopagus oferă servicii sociale pentru persoanele seropozitive în cadrul unui centru de zi. Furnizorul de servicii sociale este acreditat, iar centrul de zi licențiat (cod 8899 CZ–D–I). Serviciile sunt oferite începând cu anul 2015 unui număr de 20 de persoane. Serviciul este finanțat din surse private (donații și sponsorizări) dar și subvenționat din bugetul local al municipiului Timișoara. Furnizorul de servicii sociale consideră că principala sa nevoie este de a avea un buget mai mare pentru decontarea unor servicii medicale necesare beneficiarilor.

Un al serviciu social licențiat este Centrul comunitar de zi pentru persoane cu dizabilități Speranță în viitor furnizat de Arhiepiscopia Timișoarei. Conform prezentării de site-ul Patriarhiei Române acest proiect social funcționează pe seama unui parteneriat public – privat împreună cu Direcția Generală de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului Timiş şi Asociația Familiilor Anti – HIV „Speranță în Viitor”. Are ca beneficiari 44 de persoane afectate HIV-SIDA precum și familiile acestora. În cadrul centrului personalul specializat derulează o serie de programe, proiecte și activități care au ca scop reintegrarea socio-profesională a beneficiarilor.
În ceea ce privește strategiile privind infecția cu HIV/SIDA, la nivel internațional UNAIDS (Programul Comun al Națiunilor Unite împotriva HIV/SIDA) își propune eradicarea bolii până în 2030, iar obiectivele Strategiei 90-90-90 până în 2020 sunt: - 90% persoane testate HIV - 90% persoane tratate - 90% încărcătură virală nedetectabilă. La nivel național avem Hotărârea Guvernului nr. 1028/2014 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014 - 2020 și a Planului de acțiuni pe perioada 2014 - 2020 pentru implementarea Strategiei naționale. Printre principiile strategiei în ceea ce privește infecția cu HIV/SIDA amintim: strategia se va concentra preponderent asupra prevenirii transmiterii virusului și a reducerii impactului social; resursele alocate trebuie să ia în considerare grupurile și persoanele vulnerabile la risc și comunitățile afectate; implicarea

multisectorială şi interdisciplinară este esențială pentru realizarea unui răspuns adecvat la problematica HIV/SIDA; toate persoanele infectate HIV sau diagnosticate cu SIDA, precum şi grupurile vulnerabile au acces egal şi continuu la tratament, îngrijire medicală şi servicii sociale conform standardelor prevăzute de legislația în vigoare; formularea politicilor şi a programelor de dezvoltare socio-economică trebuie să ia în considerare şi fenomenul HIV/SIDA.

Având în vedere cele de mai sus, se formulează următoarele obiective strategice în ceea ce privește ale grupuri vulnerabile:

OBIECTIV GENERAL XVII: Dezvoltarea unor servicii sociale personalizate, acordate în comunitate, pentru alte grupuri vulnerabile: persoane dependente de consum de substanțe, victime ale traficului de ființe umane, persoane private de libertate, victime ale violenței domestice, persoane infectate cu virusul HIV/SIDA.

Obiective specifice:

1. Identificarea nevoilor și a intervențiilor prioritare pentru grupurile vulnerabile menționate;
2. Introducerea unor mecanisme de înregistrare și analiză a datelor privind grupurile vulnerabile menționate;
3. Constituirea unor intervenții la nivel local care să vină în sprijinul grupurilor vulnerabile menționate.
4. Adaptarea serviciilor din cadrul circuitului integrat de asistenţă la nevoile individuale ale consumatorilor şi la modelele de consum, cu accent pe policonsum, consum combinat de substanţe, consum de medicamente fără prescripţie, consum de substanţe nonopioide, precum şi consum de substanţe noi cu proprietăţi psihoactive
5. Dezvoltarea capacităţii de răspuns interinstituţional a serviciilor sociale, serviciilor juridice, serviciilor de urgenţă, unităţilor de poliţie şi de arest, evidenţa populaţiei, în vederea optimizării intervenţiilor adresate consumatorilor de droguri care nu sunt incluşi în programele specializate de asistenţă
6. Dezvoltarea politicilor adecvate nevoilor şi particularităţilor copiilor consumatori de droguri, în vederea identificării timpurii şi asigurării accesului în circuitul integrat de asistenţă
7. Dezvoltarea intervenţiilor de identificare, atragere şi motivare a persoanelor consumatoare de droguri care nu au contact cu serviciile de asistenţă specializată, în special pentru persoanele cu istoric îndelungat de consum, persoanele consumatoare marginalizate sau excluse social, grupurile etnice, persoanele consumatoare care practică sexul comercial, bărbaţi care fac sex cu bărbaţi, femeile şi copiii consumatori
8. Îmbunătățirea accesului consumatorilor de droguri injectabile la servicii de prevenire, consiliere, tratament, testare şi vaccinare HIV, HVB, HVC, TBC şi a altor boli asociate, în comunitate şi în sistemele privative de libertate

FINANȚAREA SERVICIILOR SOCIALE

Pentru atingerea obiectivelor stabilite în strategie, se au în vedere mai multe surse de finanțare:

- Bugetul de stat

- Bugetul local prin:
    - Finanțare furnizorilor publici de servicii sociale de la nivel local
    - Subvenționarea și contractarea de servicii sociale de la furnizori privați;
- Fonduri externe, prin accesarea acestora în cadrul programelor cu finanțare
- nerambursabilă;
- Bugetele furnizorilor privați de servicii sociale
- Contribuții ale beneficiarilor
- Donații, sponsorizări sau alte contribuții din partea persoanelor fizice ori juridice din țară și din străinătate

IMPLEMENTARE, MONITORIZARE ȘI EVALUARE

Implementarea acțiunilor stabilite în cadrul prezentei strategii presupune un proces de planificare bazat pe obiectivele generale și specifice enumerate. Acțiunile prioritare și indicatori de rezultat pentru implementarea obiectivelor generale, respectiv specifice se regăsesc în Planul operațional pentru implementarea Strategiei de dezvoltare a serviciilor sociale la nivelul municipiului Timișoara.

Conducătorul serviciului public de asistență socială va desemna persoane (angajate ale serviciului public de asistență socială) care vor fi responsabile cu monitorizarea punerii în aplicare a Planului operațional.

Evaluarea implementării Strategiei privind dezvoltarea serviciilor sociale se va face o dată la doi ani prin intermediul unei Comisii a cărei componență va fi aprobată de către conducătorul serviciului public de asistență socială.

Director executiv
Maria Stoianov

Întocmit,
Angela Ciupa-Rad
Emese Esztero
Camelia Giosan
Daniela Lung
Mihaela Buzilă-Petrescu
Mariana Ciurcaș
Iolanda Răducan