**Evaluarea intervențiilor POCU în domeniul incluziunii sociale**

**(TE 4). Anexa 11. Literatură de specialitate și bibliografie**

Abordarea integrată a serviciilor oferite persoanelor vulnerabile și cea bazată pe îndeplinirea drepturilor acestora (human-rights based approach) sunt cele mai prezente în discursul public în ultimii ani. Literatura de specialitate evidențiază faptul că factorii care contribuie la succesul unei abordări integrate la nivel comunitar sunt: colaborarea dintre organizațiile locale publice și private din diverse domenii (social, sănătate, educație, etc.), comunicare și coordonare între actorii locali, colaborarea cu cetățenii și implicarea lor în procesul de stabilire a serviciilor necesar a fi furnizate, integrarea abordării în politică, procesele autorităților locale, monitorizarea și evaluarea continuă a obiectivelor și proceselor și învățarea din rezultate (Wilderink et al., 2020).

Având în vedere diversitatea nevoilor cu care se confruntă diferitele categorii de grupuri vulnerabile (persoane fără adăpost, persoane care suferă de diverse forme de dependență – alcool/substanțe interzise, victimele violenței domestice, victimele traficului de ființe umane, persoanele private de libertate, persoanele vârstnice, persoanele cu dizabilități, etc.) serviciile oferite trebuie să țină cont de caracteristicile fiecărei categorii și să fie inovative pentru a răspunde cât mai eficient acestora.

Pentru toate categoriile vulnerabile este necesar să existe servicii integrate care să fie accesibile, dar gama lor poate varia și în funcție de caracteristicile persoanelor. Spre exemplu pentru persoanele fără adăpost și cele dependente serviciile mobile reprezintă una dintre cele mai bune soluții. Acestea presupun oferirea serviciilor direct în locurile unde aceste persoane trăiesc deoarece altfel este dificil de identificat acest grup țintă.

În cazul **violenței domestice** este necesar în primul rând ca victima să conștientizeze abuzul la care este supusă și să își dorească să depășească situația de vulnerabilitate.În funcție de gravitatea situației serviciile pentru aceste persoane pot varia, începând de la consiliere până la adăpost protejat, reprezentare juridică, servicii de zi pentru copii, etc., până la supravegherea electronică a agresorilor, și așa mai departe.

Contextul de vulnerabilitate al victimelor este unul complex și în cele mai multe cazuri nu este vorba de un singur tip de violență la care acestea sunt expuse, cele mai des întâlnite forme de violență fiind: abuzuri verbale, abuzuri fizice, agresiuni sexuale, abuzuri emoționale și psihologice, dar și violența socială, controlul financiar, violența digitală (comportamente de șantaj, amenințare prin utilizarea social media).

Literatura de specialitate înfățișază factorii favorizanți ai manifestării fenomenului de violență domestică, care sunt corelați cu: situația socio-economică a familie, educație deficitară, factori temperamentali (agresori), profilul psihologic al agresorului, percepții eronate cu privire la rolul femeii în societate, toleranță victimei față de violență, anturajul agresorului, toleranța la nivelul întregii societăți cu privire la accest fenomen și pasivitatea comunității, lipsa de sprijin a victimelor; dar și factorii declanșatori care constă în: diverse forme de dependență ai agresorului și boli pshice, frustări, sarcini și responsabilități în gospodărie și familie, modificări în viata de familie, evenimente ăn viața profesională, atașament și gelozie excesivă și contextul pandemic.

Violența împotriva femeilor continuă să fie subraportată și stigmatizată, ceea ce înseamnă că în raportările oficiale se regăsește doar o fracțiune din realitate. În ciuda gravității pe care acest fenomen îl prezintă victimele exită în a reclama agresorul, iar atunci când decid să solicite ajutor este ca urmare a unor episode repetate de violență. Situația este cu atât mai gravă cu cât de cele mai multe ori victima revine asupra deciziei luate, renunțân la demersurile legale. O serie de aspecte influențează decizia victimelor de a reclama incidentele de violență domestică sau de a renunța la demersurile legale înaintate, literatura de specialitate enumărând următoarele:

* Lipsa conștientizării de către victimă a formelor de violență domestică (manipulare, santaj emoțional);
* Factori psihologici: stima de sine scăzută, dependența emoțională, convingerea victimei că merită respectivele abuzuri sau că le generează, atașamentul emoțional față de agresor, speranța că acesta îți va schimba comportamentul;
* Teama de agresor: șantaj, amenințarea fizică, amenințarea cu moartea;
* Prezența copiilor într-un cuplu, ceea ce constituie o vulnerabilitate pentru victimă - amenințarea că vor fi luați copiii de lângă mama;
* Situația economică, lipsa resurselor financiare și a unor persoane care să le sprijine financiar, lipsa unei locuințe (în special în mediul rural);
* Lipsa unui suport emotional, psihologic– lipsa suportului familiei extinse, lipsa suportului prietenilor, multe dintre victime sunt sfătuite să nu își părăsească familia;
* Stigmatizarea socială și dorința menținerii imaginii unei familii;
* Lipsa posibilității de a dovedi numeroase forme ale violenței domestice (abuzul emoțional, controlul);
* Neîncrederea în măsurile luate de autorități față de agresor (puțin sub 50% din populație are tendința de a avea încredere în poliție) și reticență extrem de ridicată în a interacționa cu reprezentanții instituțiilor statului (lipsa de empatie și chiar descurajare);
* Lipsa de informare, lipsa cunoașterii pașilor, procedurilor ce trebuie urmate, demersul birocratic fiind perceput asemenea unei bariere în calea deciziei de a apela la autorități.

Conform conveției de la Instambul, statele semnatare ale acesteia sunt obligate să asigure:

* Prevenție, prin schimbarea atitudinilor, rolurilor de gen și stereotipurilor care provoacă violență în rânsul femeilor și prin conștientizarea diferitelor tipuri de violență. Aceste schimbări ar trebui corelate cu implicarea sistemului de învățământ, specialiștilor care lucrează cu victimele, ONG-urilor, autoritățile publice și mass-media.
* Protecție: servicii specializate de sprijin cetrate pe victimă - servicii medicale, psihologice și juridice pentru victime și copii acestora, locuințe protejate, linii telefonice de asistenșă gratuită;
* Aspecte legale / urmarirea penala: incriminare si pedeapsa corespunzatoare pentru agresori, autoritățile cu responsabilități în aplicare a legii trebuie să răspundă imediat solicitărilor de intervenție, pentru asigurarea protejării victimelor pe tot parcursul anchetei și a procedurilor judiciare.
* Politici integrate: toate măsurile trebuie să facă parte dintr-un sistem cuprinzător și coordonat de politici, asigurate la toate nivelurile de către instituțiile și agențiile abilitate.

În literatura de specialitate sunt evidențiate principale măsuri necesar a fi avute în vedere pentru **prevenirea și combaterea fenomentului de violență domestică**. Acestea constă în:

* Promptitudine în intervenții și consolidarea încrederii victimelor în autoritățile publice cu responsabilotăți în domeniu prin schimbarea atitudinii reprezentanților autorităților față de victimele vioelnței domestice. Se solicită empatie, încredere, simplificarea procesului și a birocrație;
* Supravegherea atentă agresorilor și a respectării ordinelor de restricție;
* Derularea campaniilor de informare a populației;
* Dezvoltarea serviciilor sociale dedicate victimelor violenței domestice la nivel local, creșterea accesibilității la servicii (terapie, consiliere juridică, locuințe protejate, sprijin pentru asigurarea bunurilor zilnice și a utilităților, etc.) și mediatizarea acestora;
* Dezvoltarea unor servicii specializate pentru agresori.

Dezbaterea publică referitoare la **accelerarea procesului de îmbătrânire a populației** a dus la o conștientizare pe scară largă a nevoilor persoanelor vârstnice, a rolului lor în societate, precum și a serviciilor de îngrijire existente pentru acestea. În literatura de specialitate, în contextul creșterii speranței de viață și a numărului persoanelor peste 85 de ani, se vorbește de ”vârsta a treia” – persoanele peste 65 de ani, dar și de ”vârsta a patra” – persoanele peste 85 de ani, fiecare dintre acestea având caracteristici specifice și implicit alte nevoi de servicii de sănătate, sociale, etc. Pe fondul accelerării procesului de îmbătrânire a populației, au fost dezvoltate o serie de politici de stimulare a îmbătrânirii active care vizează o participare socială mai activă și o menținere pe piața muncii a persoanelor vârstnice. Teoria activității consideră că problema îmbătrânirii poate fi rezolvată prin menținerea unei vieți active după pensionare (Havighurst, 1963) chiar dacă tipurile de activități în care este implicată persoana vârstnică vor fi diferite. Participarea socială a vârstnicilor (în diverse organizații ale societății civile, grupuri informale, etc.) este vitală pentru păstrarea și dezvoltarea capitalului social, dar și pentru menținerea unei stime de sine și autonomii ridicate (Hooyman și Kiyak, 2014).

Problemele vârstei a treia în România sunt legate de nivelul redus de trai, afecțiunile cronice și accesul la serviciile de sănătate, protecția socială deficitară în special în ce privește calitatea și diversitatea serviciilor sociale, participarea socială redusă, calitatea locuirii și accesibilitatea serviciilor publice, angajarea precară (Bodogai și Cutler, 2014; Mărginean și Bălașa, 2005; Bălașa, 2005; CNPV, 2015; CNPV, 2017; EUROSTAT, 2017c; EUROSTAT, 2015b; Petrescu, 2018). Accesul persoanelor vârstnice la servicii și beneficii de asistență socială și la servicii de sănătate reprezintă un element esențial al calității vieții acestora având în vedere nevoile lor specifice. Și studiile în domeniul calității vieții persoanelor vârstnice au reliefat ca dimensiuni problematice: nivelul de trai, protecția socială, sănătatea, serviciile publice, participarea socială, locuirea și mediul înconjurător, relațiile sociale, viața de familie. (Bond și Corner, 2011; Bowling, 2005; Mollenkopf și Walker, 2007)

În România ponderea populației persoanelor în vârstă este în creștere, dar de asemenea este și rata de dependență a bătrâneții, fiind necesare măsuri de asigurare a serviciilor sociale dedicate acestor persoane.

Principalele tipuri de servicii sociale adresate persoanelor vârstnice avute în vedere pe teritoriul României, sunt următoarele:

* îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu (ajutor acordat pentru îndeplinirea activităţilor uzuale ale vieţii zilnice: asigurarea igienei corporale, hrănire şi hidratare, deplasare în interior, prepararea hranei, efectuarea de cumpărături, activităţi de menaj, facilitarea deplasării în exterior şi însoţire, activităţi de administrare şi gestionare a bunurilor; acompaniere şi socializare, kinetoterapie, fizioterapie, gimnastică medicală, terapie ocupaţională, psihoterapie, psihopedagogie, logopedie podologie; servicii medicale, sub forma consultaţiilor şi îngrijirilor medicale la domiciliu sau în instituţii de sănătate, consultaţii şi îngrijiri stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare şi de dispozitive medicale);
* îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin (centrul rezidenţial) pentru persoane vârstnice (supraveghere; îngrijiri medicale curente asigurate de asistente medicale; cazare pe perioadă nedeterminată; masă, inclusive preparare hrană caldă după caz; curățenie; socializare și activități culturale asistență medicaă asigurată de medic specialiști, terapii de recuperare fizică/psihică/mintală, terapie ocupațională, menaj, pază, alte activități administrative, etc.);
* îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente şi locuinţe sociale.

Cu toate că aceste servicii au fost concepute pentru vârstnici, ele se dovedesc a fi insuficiente, neputând fi asigurate pe termen mediu și lung, sistemul național bazându-se în principal pe familie în satisfacerea nevoilor de îngrijire a vârstnicilor și altele forme de îngrijire nesuportate din bugetul public.

Servicile de asistență la domiciliu se dovedesc a fi slab dezvoltate, neputând acoperi nevoia existentă cu precădere în mediul rural, ca urmare a lipsei resurselor de la bugetul de stat. În acest context există cerere crescută față de serviciile furnizate în centre rezidențiale, lista de așteptare pentru accesarea acestora fiind extrem de mare, ceea ce duce și la creșterea timpul de așteptare. Marea majoritate a centrelor sunt private, costurile aferente îngrijirii unui vârstnic se dovedesc a fi ridicate, însă chiar și acestea se dovedesc a fi insuficiente.

Lipsa serviciilor sociale primare și de asigurare deficitară a sprijinului pentru vârstnici în orice moment și în mod gratuit duce la suprautilizarea serviciilor prespitalicești, prin solicitarea ambulanței pentru probleme de sănătate cronice și spitalicești în regim de urgență prin supraglomerarea unității de primiri urgențe.

Studiile arată că majoritatea persoanelor vârstnice doresc ca starea lor de sănătate să le permită să aibă o viață independentă, să poată ieși afară și să socializeze, să fie independenți și capabili să se îngrijească, să continue să lucreze cât timp își doresc (Eurostat, 2020). În acest sens accesul persoanelor vârstnice la servicii și beneficii de asistență socială și la servicii de sănătate reprezintă un element esențial al calității vieții acestora având în vedere nevoile lor specifice și pentru asigurarea menținerii acestora în mediul propriu de viață.

Pentru a descrie o calitate a vieții ridicată în cazul vârstnicilor a fost dezvoltat conceptul de îmbătrânire de succes care este centrat pe maximizarea beneficiilor asociate procesului de îmbătrânire și are ca indicatori principali: durata vieții, sănătatea biologică, sănătatea mentală, eficacitatea cognitivă, competențele sociale și productivitatea, controlul personal și satisfacția cu viața (Baltes și Baltes, 1990).

Pornind de la diversele teorii în domeniu (teoria activității, continuității, îmbătrânirii de succes, alegerii raționale, perspectiva cursului vieții), îmbătrânirea activă consideră că participarea socială și/sau economică a persoanelor vârstnice este esențială pentru creșterea calității vieții acestora și menținerea unei sănătății fizice, sociale și mentale (Boudiny, 2013). Printre factorii determinanți ai îmbătrânirii active se numără cei sociali, economici, comportamentali, sănătatea și serviciile sociale, de personalitate, de mediu, culturali și de gen (WHO, 2002, p. 19). La nivelul Uniunii Europene, îmbătrânirea activă stă la baza solidarității intergeneraționale, fiind unul dintre obiectivele principale ale Strategiei 2020 și are trei dimensiuni esențiale: participare pe piața muncii, implicare civică și autonomie (Comisia Europeană, 2012). Participarea pe piața muncii facilitează accesul vârstnicilor la resurse materiale care să le permită o mai mare autonomie, dar și păstrarea relațiilor sociale, a rolului/statusului sau a sănătății mentale. Această participare pe piața muncii a vârstnicilor are beneficii economice și pentru societate, dar în multe cazuri presupune o adaptare a timpului sau condițiilor de lucru pentru persoanele vârstnice. Facilitatea cetățeniei active pentru vârstnici presupune implicarea lor civică în diverse medii și activități, iar implicarea civică are efecte asupra sănătății sociale a persoanelor vârstnice. Modul de viață autonom se poate obține atât prin menținerea sănătății fizice, sociale și mentale, dar și prin accesibilizarea mediului înconjurător sau creșterea calității locuirii.

Protecția socială (prestațiile și serviciile sociale) reprezintă o dimensiune importantă a calității vieții vârstnicului deoarece îi oferă suportul necesar pentru o viață demnă și relativ independentă. Având în vedere că 33.9% (1.221 mii persoane) dintre persoanele vârstnice din România erau în situație de risc de sărăcie și excluziune socială în anul 2019 (Eurostat, ilc\_peps01), prestațiile sociale și serviciile sociale sunt importante pentru a îi ajuta să depășească situația de dificultate în care se află. Acest risc de sărăcie și excluziune socială este mai crescut pentru persoanele din mediul rural. Rata sărăciei relative înainte de transferurile sociale rămâne ridicată la nivel național (45.2%), chiar dacă s-a redus ușor după anul 2013, și înregistrează valori aproape duble în cazul persoanelor peste 65 de ani.

Sprijinul la domiciliu de către o echipă interdisciplinară contrbuie la reducerea plasării în centre rezidențiale și de apelare a serviciilor medicale, ca urmare a îmbunățirii stării fizice, intervențiile la domiciliu și suportul acordat pentru promovarea independenței vârstnicilor putând fi eficiente în a-i ajuta pe aceștia să îmbătrânească acasă. În acest context accesul la servicii medicale de bază precum monitorizarea aderenței la tratament, monitorizarea bolilor cronice, identificarea potențialului de agravare a bolii, facilitatrea accesului la îngrijiri specializate pe care adesea bătrînii nu știu cum/unde/la cine să le solicite prezintă aspecte importante necesar avute în vedere pentru îmbunățirea situației fizice și psihice a acestora.

În contextul pandemiei COVID-19, accesul la serviciile sociale și medicale pentru persoanele vârstnice și nu numai, ci pentru persoanele vulnerabile în general, a fost diminuat sau restricționat pe fondul reducerii sau suspendării unora dintre acestea, în special a celor furnizate în sistem non-rezidențial (centrele de zi, serviciile de consiliere, de informare, policlinicile sociale). Centrele de zi ofereau persoanelor vârstnice posibilitatea de a socializa cu alte persoane (cluburile vârstnicilor), de a participa la activități de formare profesională, de a se implica voluntar în activități sociale, precum și de a beneficia de o serie de servicii de socio-medicale de suport (hrană, terapie, kinetoterapie, consiliere, etc). Reducerea accesului la astfel de servicii poate afecta calitatea vieții persoanelor vârstnice prin: creșterea izolării sociale, acutizarea sentimentului de singurătate și a unor probleme de sănătate fizică și psihică (anxietate, depresie). (Petrescu, 2021)

Studiile derulate după izbucnirea pandemiei COVID-19, au arătat că existența unor servicii comunitare integrate de îngrijire a vârstnicilor dezvoltate poate face ca numărul persoanelor infectate cu COVID-19 să fie mult mai mic (Binkin et al., 2020). Studiile făcute în Italia, pe regiuni diferite, a arătat că riscul de contractare a virusului în cazul persoanelor vârstnice este mai mic dacă la nivel comunitar sistemul de servicii de sănătate primară, de îngrijiri la domiciliul și de asistență comunitară integrată (asistență socială și asistență medicală comunitară) este eficient (Binkin et al., 2020). În același timp, sistemul de îngrijire rezidențială a persoanelor vârstnice, a reprezentat un risc mai mare de infectare cu COVID-19 în condițiile în care posibilitatea de transmitere a fost mai mare. Datele estimative ale Organizației Mondiale a Sănătății, biroul regional Europa, indică faptul că până la jumătate dintre decesele de COVID-19 au fost ale persoanelor din centrele rezidențiale pentru îngrijiri de lungă durată. (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2020/statement-invest-in-the-overlooked-and-unsung-build-sustainable-people-centred-long-term-care-in-the-wake-of-covid-19>). Și datele ECDC arată că incidența deceselor de COVID-19 a fost mai mare în cazul centrelor rezidențiale pentru vârstnici sau persoane cu dizabilități (ECDC, 2020). În plus având în vedere constrângerile de circulație, persoanele vârstnice din aceste centre nu mai pot beneficia de suportul emoțional, fizic și psihologic din partea familiei ceea ce le accentuează sentimentul de singurătate și izolare socială. Acest lucru nu înseamnă însă că nu este nevoie de aceste servicii oferite în sistem rezidențial pentru vârstnici, ci de o dezvoltare a celui de îngrijiri la nivel comunitar.

**Bibliografie**

Baltes, Paul B. și Margret M. Baltes, eds. 1990. Paul B. Baltes, Margret M. Baltes, James F. Fries, David L. Featherman, Jacqui Smith, James G. Peterson, K. Warner Schaie, Lars Bäckman, Timo Mäntylä, Agneta Herlitz, K. Anders Ericsson, Jochen Brandtstädter, Bernhard Baltes-Götz, Camille B. Wortman, Roxane Cohen Silver, Georg Rudinger, Hans Thomae, Barbara Maughan, Lorna Champion, George E. Vaillant, Nancy L. Pedersen, Jennifer R. Harris. Authors. *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press

Bălașa, Ana. 2005. ”Îmbătrânirea populației: provocări și răspunsuri ale Europei”. *Calitatea vieții* XVI (3-4)

Binkin Nancy , Federica Michieletto, Stefania Salmaso, Francesca Russo. (2020). Protecting our health care workers while protecting our communities during the COVID-19 pandemic: a comparison of approaches and early outcomes in two Italian regions, 2020. *medRxiv*, preprint. https://doi.org/10.1101/2020.04.10.20060707

Bodogai, Simona I. și Stephen J. Cutler. 2014. ”Ageing in Romania: Research and Public Policy”. *The Gerontologist*  54 (2)

Boland, L., Légaré, F., Perez, M.M.B. et al. 2017. Impact of home care versus alternative locations of care on elder health outcomes: an overview of systematic reviews. BMC Geriatr 17, 20, disponibil la <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0395-y>, accesat la 25 noiembrie 2021

Bond, John și Lynne Corner. (2011). Quality of life and older people. Berkshire: Open University Press. Bowling, Ann. (2005). Ageing well. Quality of life in Old Age. Berkshire: Open University Press

Boudiny, Kim. 2013. ” ‘Active ageing‘: from empty rhetoric to effective policy tool”. *Ageing&Society* 33: 1077-1098.

Bowling, Ann. 2005. *Ageing well. Quality of life in Old Age*. Berkshire: Open University Press

Conveția Consiliului Europei privind prevenirea şi combaterea violenței împotriva femeilor şi a violenței domestice, disponibilă la <https://rm.coe.int/168046253e>, accesat la 2 noiembrie 2021

Combating violence against women Romania, European Institute for Gender Equality, disponibil la [file:///C:/Users/User1/Downloads/2016.5491\_mh0416665enn\_pdfweb\_20170215100610%20(1).pdf](file:///C%3A/Users/User1/Downloads/2016.5491_mh0416665enn_pdfweb_20170215100610%20%281%29.pdf), accesat la 3 noiembrie 2021

Dubois, Hans, Leončikas, Tadas. 2021. Living conditions and quality of life. Protecting access to healthcare during COVID-19 and beyond, disponbil la <https://www.eurofound.europa.eu/publications/blog/protecting-access-to-healthcare-during-covid-19-and-beyond?&utm_campaign=living-conditions-and-quality-of-life&utm_content=ef21014&utm_source=facebook&utm_medium=social-network&fbclid=IwAR0akJmu_uKrauzn6J21QzeoXRlYkdHJgSoB2dcpHbE9AcSDrNysNjNVXPE>, accesat 18 ianuarie 2021

ECDC. 2020. *Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK*, disponibil la: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Increase-fatal-cases-of-COVID-19-among-long-term-care-facility-residents.pdf>

Eurostat. 2020. Ageing Europe. Looking at the Lives of Older People in the EU. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91>

Havighurst, Robert J. 1963. ”Syccesful ageing”. În *Processes of Ageing*. Editată de Richard H. Williams, Clark Tibbitts și Wilma Donahue, vol 1, 299-320.New York: Atherton.

Hooyman, Nancy și H. Asuman Kiyak. 2014. ”Social Theories of Aging”. În *Social Gerontology. A Multidisciplinary Perspective*. Nancy Hooyman și H. Asuman Kiyak, 279-306. Pearson: Essex.

Mollenkopf, Heidrun și Alan Walker. (eds.) (2007), Quality of Life in Old Age. International and Multi-Disciplinary Perspectives. Dordrecht: Springer

Petrescu, Claudia. 2018. *Calitatea vieții vârstnicilor,* În Mărginean, Ioan și Precupețu, Iuliana (coordonatori), Enciclopedia Calităţii Vieţii în România, București: Editura Academiei Române

Petrescu, Claudia. 2021. *Serviciile sociale pentru vârstnici în România. Probleme de acces și riscuri percepute pentru calitatea vieții vârstnicilor în contextul pandemiei de COVID-19*. În Precupețu, Iuliana (coord.). Calitatea vieții vârstnicilor. Tendințe și riscuri în contextul pandemiei. ICCV

Studiu național privind prevalența diferitelor forme de violență împotriva femeilor, disponibil la <https://anes.gov.ro/wp-content/uploads/2021/05/Studiu-privind-prevalenta-formelor-de-violenta-impotriva-femeilor.pdf>, accesat la 3 noiembrie 2021

Wilderink Lisa, Bakker Ingrid, J. Schuit Albertine, Seidell Jacob C., Renders Carry M. (2020). Key elements of a successful integrated community-based approach aimed at reducing socioeconomic health inequalities in the Netherlands: A qualitative study

World Health Organization Europe, Romania Country case study on the integrated delivery of long term care, disponibil la <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/426383/LTC-Romania.pdf>, accest la 24 noiembrie 2021

<https://www.servicii-sociale.gov.ro/ro/persoane-varstnice>, consultat la 4 noiembrie 2021