ACADEMIA ROMÂNĂ
INSTITUTUL NAŢIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE "COSTIN C. KIRIŢESCU"

INSTITUTUL DE CERCETARE A CALITĂŢII VIEŢII

unicef
unite for children

# Evaluare intermediară a modelului "Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității"
# (LRPS-2016-9125555)
# Octombrie 2014 – decembrie 2016




**Coordonator:**
**Claudia Petrescu**

**Autori:**
**Vlad Achimescu**
**Eugen Glăvan**
**Gabriela Neagu**
**Adriana Neguț**
**Gabriel Stănilă**
**Cristina Vladu**

# Cuprins


Lista tabelelor 4
Lista figurilor 4
Lista acronimelor 5
Rezumat 6
1. Obiectul MTR 13
1.1. Modelul „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității” 13
1.2. Principalii actori implicați în model 19
2. Scopul și obiectivele MTR 20
2.1. Scop și obiective 20
2.2. Limitările MTR 22
3. Metodologie MTR 23
3.1. Componenta cantitativă 24
3.2. Componenta calitativă 26
3.3. Analiza datelor secundare 36
3.4. Limitele metodologiei 36
3.5. Elemente de etică, drepturile omului și egalitate de șanse 37
4. Context 38
4.1. Contextul național 38
4.2. Contextul local 43
5. Rezultatele MTR 48
5.1. Etapa de pregătire a modelului 48
5.1.1. Teoria schimbării 48
5.1.2. Parteneriate 49
5.1.3. Resurse umane 50
5.1.4. Monitorizare și evaluare 51
5.2. Etapa de implementare a modelului 52
5.2.1. Pachetul minim de servicii 54
5.2.2. Educație incluzivă de calitate 66
5.2.3. Aspecte transversale 79
5.3. Rezultate atinse 81
6. Concluzii și lecții învățate 83
6.1. Etapa de pregătire a modelului 83
6.2. Etapa de implementare a modelului 84
6.2.1. Pachetul minim de servicii 84
6.2.2. Pachetul Educație incluzivă de calitate 85
6.2.3. Aspecte transversale 86
7. Recomandări 87

7.1. Etapa de pregătire a modelului 87
7.2. Etapa de implementare a modelului 87
7.2.1. Pachetul minim de servicii 87
7.2.2. Pachetul Educație incluzivă de calitate 88
7.2.3. Aspecte transversale 88
8. Anexe 90
Anexa 1. Termeni de referinta pentru evaluarea intermediară 90
Anexa 2. Teoria schimbării 107
Anexa 3. Actori intervievați 117
Anexa 4. Documente consultate 118
Anexa 5. Instrumente de cercetare 120
Chestionar on-line pentru membrii echipei comunitare 120
Chestionar on-line pentru cadre didactice, educatori parentali 128
Ghid focus grup - coordonatori județeni PMS 134
Ghid focus grup – coordonatori județeni EIC 135
Ghid focus grup părinți 137
Ghid focus grup adolescenți 139
Ghid focus grup - membrii echipei comunitare 140
Ghid de interviu - actori la nivel local 142
Ghid de interviu - actori la nivel județean 144
Ghid de interviu - actori la nivel național 145
Ghid interviu - reprezentanții organizațiilor partenere 146
Anexa 6. Avizul comisiei de etică 149
Anexa 7. Echipa MTR 152
Servicii oferite 152
Metode de cercetare 153
Echipa 154
9. Referințe bibliografice 158

## LISTA TABELELOR

Tabelul 1. Comunități selectate pentru componenta de cercetare calitativă 26
Tabelul 2. Selecția participanților la focus grupurile cu beneficiari 31
Tabelul 3. Populația între 0-18 ani pe medii de rezidență, județul Bacău 44
Tabelul 4. Cât de des...? 56
Tabelul 5. În ce măsură sunteți de acord cu următoarele afirmații privind proiectul derulat cu sprijinul UNICEF? 57
Tabelul 6. În ce măsură credeți că prin proiectul derulat cu sprijinul UNICEF, în comunitatea în care dvs. lucrați.. 60
Tabelul 7. În ce măsură credeți că prin proiectul derulat cu sprijinul UNICEF, în comunitatea în care dvs. lucrați.. 64
Tabelul 8. În ce măsură v-ați confruntat cu următoarele probleme în implementarea activităților proiectului? 65
Tabelul 9. Impactul pachetului EIC al modelului UNICEF la nivel local 67
Tabelul 10. Factori care contribuie la succesul implementării educației incluzive de calitate 69
Tabelul 11. Utilitatea activităților 76

## LISTA FIGURILOR

Figura 1. Localitățile din județul Bacău incluse în modelul UNICEF 15
Figura 2. Localitățile din jud. Bacău în funcție de gradul de marginalizare 46

## LISTA ACRONIMELOR

| | |
|---|---|
| ANPDCA | Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție |
| ANPIS | Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială |
| APL | Administrației publică locală |
| ARACIP | Agenția Română de Asigurare a Calității în Învățământul Preuniversitar |
| CCD | Casa Corpului Didactic |
| CES | Cerințe educaționale speciale |
| CJRAE | Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională |
| CPSS | Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate |
| DDPD | Departamentul pentru Pregătirea Personalului Didactic |
| DGASPC | Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului |
| DSP | Direcția de Sănătate Publică |
| EIC | Educație incluzivă de calitate |
| FG | Focus Grup |
| FONPC | Federația Organizațiilor Neguvernamentale pentru Protecția Copilului |
| ICCV | Institutul de Cercetare a Calității Vieții |
| INS | Institutul Național de Statistică |
| INSP | Institutul Național de Sănătate Publică |
| IOMC | Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului |
| ISE | Institutul de Științe ale Educației |
| ISJ | Inspectoratul Școlar Județean |
| MDRAP | Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice |
| MEN | Ministerul Educației Naționale |
| MFE | Ministerul Fondurilor Europene |
| MMJS | Ministerul Muncii și Justiției Sociale |
| MMFPSPV | Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice |
| MS | Ministerul Sănătății |
| MTR | Evaluare intermediară (Mid-Term Review) |
| OB | Obiectiv |
| OG | Obiectiv general |
| ONG | Organizație neguvernamentală |
| OS | Obiectiv specific |
| POCU | Programul Operațional Capital Uman |
| PMS | Pachetul Minim de Servicii |
| SPAS | Serviciul public de asistență socială |
| VMG | Venit minim garantat |
| UE | Uniunea Europeană |

## REZUMAT

**Modelul „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității”** a fost dezvoltat de către UNICEF pentru a oferi un răspuns adecvat problemelor sociale apărute în contextul socio-economic național al anului 2013 afectat puternic de criza economică care a condus la creșterea nivelului de sărăcie, un procent de peste 40% din populație, respectiv 49% din populația de copii a României, fiind expusă riscului de sărăcie si excluziune socială (EUROSTAT, 2015). Una dintre principalele probleme cu care se confruntă populația din grupurile vulnerabile este cea a accesului la servicii de sănătate, educație și protecție socială. Modelul propune furnizarea unui pachet de servicii integrate la nivel comunitar pentru copii și familiile lor care să contribuie la reducerea excluziunii lor sociale.

Scopul modelului îl reprezintă furnizarea de asistență tehnică Guvernului României pentru a pune copiii pe agenda publică și a contribui la dezvoltarea politicilor publice din domeniile educație, sănătate și protecția copilului.

Obiectivele modelului sunt: 1) Testarea furnizării serviciilor comunitare prevăzute de legislație, dar implementate într-o manieră limitată, pentru a extinde implementarea lor la nivel național; 2) Dezvoltarea de noi protocoale, standarde etc. pentru a îmbunătăți calitatea acestor servicii (cu scopul de a deveni trans-sectoriale, incluzive și preventive); 3) Dezvoltarea de servicii noi, inovatoare, adresate copiilor și familiilor lor.
Implementarea modelului se face în județul Bacău, în 45 de comunități din mediul rural și urban, în perioada octombrie 2014 – decembrie 2018. Modelul are trei componente majore – Pachetul Minim de Servicii (PMS), Pachetul Educație Incluzivă de Calitate (EIC) și Comunicare și advocacy (componentă transversală a modelului). Pachetul Minim de Servicii cuprinde servicii acordate la nivelul comunității în domeniul sănătății, protecției sociale și educației. Pachetul Educație Incluzivă de Calitate vizează atât creșterea calității educației, cât și participarea școlară a tuturor copiilor. Componenta de comunicare și advocacy sprijină implementarea multiplelor intervenții ale modelului, asigură diseminarea rezultatelor și contribuie la efortul de dezvoltare a politicilor publice în domeniile educație, sănătate și protecția copilului.

Principalii parteneri ai modelului sunt: ▪ la nivel central: Ministerul Muncii și Justiției Sociale (în special Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopției), Ministerul Sănătății, Ministerul Educației Naționale, Ministerul Dezvoltării Regionale, Administrației Publice și Fondurilor Europene, Agenția Română de Asigurare a Calității în Învățământul Preuniversitar (ARACIP), Institutul de Științe ale Educației, organizații ale societății civile, mass media; ▪ la nivel județean: Consiliul Județean, Instituția Prefectului, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Bacău, Direcția de Sănătate Publică Județeană Bacău, Inspectoratul Școlar Județean Bacău, Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Bacău, Casa Corpului Didactic, Direcția Județeană pentru Tineret și Sport, Comisia Județeană privind Incluziunea Socială Bacău, organizații ale societății civile; ▪ la nivel local: autoritățile publice locale, organizații neguvernamentale, copiii și familiile lor.

Modelul are două structuri de management la nivel național: Unitatea centrală de management la nivelul UNICEF, respectiv Comitetul de Coordonare, acesta având un rol consultativ, fiind format din reprezentanți ai instituțiilor publice centrale (Ministerul Muncii și Justiției Sociale, Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopției, Ministerul Sănătății, Ministerul Educației Naționale, Ministerul Dezvoltării Regionale, Administrației Publice și Fondurilor Europene, Ministerul

Tineretului și Sportului, Agenția Națională pentru Egalitate de Șanse, Agenția Română de Asigurare a Calității în Învățământul Preuniversitar, Institutul de Științe ale Educației) si organizații ale societății civile (Agenția de Dezvoltare Comunitară „Împreună", Asociația Centrul pentru Educație şi Dezvoltare Profesională Step by Step, Asociația HOLTIS, Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate, Centrul Român de Modelare Economica - CERME și AB4 System).

**Scopul și obiectivele evaluării intermediare**

**Evaluarea intermediară a modelului** a vizat perioada octombrie 2014 - decembrie 2016 și și-a propus să ofere informații detaliate cu privire la stadiul implementării modelului. Principalele obiective ale evaluării au fost: 1) evaluarea modelului per ansamblu, precum și a componentelor PMS și EIC în termeni de relevanță, eficacitate, sustenabilitate; 2) identificarea elementelor cheie care contribuie la succesul modelului, precum și a principalelor blocaje și obstacole în implementare; 3) documentarea lecțiilor învățate în relație cu implementarea modelului și propunerea de recomandări pentru îmbunătățirea acestuia; 4) formularea de recomandări pentru acțiunile viitoare în vederea asigurării sustenabilității și replicării PMS și a EIC la nivel național.

**Metodologia evaluării intermediare**

Metodologia evaluării intermediare a utilizat metode mixte de culegere a datelor:

- cantitative – două anchete on-line completate de 125 de membri ai echipelor comunitare și coordonatori județeni implicați în furnizarea PMS, precum şi de 424 cadre didactice, directori de școli, educatori parentali și alți membri ai personalului școlilor și grădinițelor care au primit suport în cadrul pachetului EIC)
- calitative – interviuri cu actori de la nivel local (20), județean (7) şi național (11), precum şi reprezentanți ai organizațiilor partenere care au implementat PMS si EIC (6) și focus grupuri cu beneficiarii adolescenți și părinți (6 grupuri), membrii echipelor comunitare (3 grupuri), coordonatorii județeni (2 grupuri), precum și
- analiză de date secundare, constând în documente produse pe parcursul implementării proiectului de către actori implicați sau documente de politică publică la nivel național, strategii intersectoriale, documente privind oportunitățile de finanțare privind serviciile sociale integrate.

Metodologia și instrumentele utilizate au fost evaluate și avizate de comisia de etică a Institutului de Cercetare a Calităţii Vieţii. Au fost respectate atât principiile etice în vigoare în cadrul comunității academice românești și prevederile legislative în vigoare, cât și standardele privind evaluarea elaborate de Națiunile Unite (UNEG, 2016) și Procedura UNICEF privind standardele etice în cercetare, evaluare, colectare și analiză de date (UNICEF, 2015). Confidențialitatea, dreptul la viață privată/ intimitate și anonimatul răspunsurilor participanților au fost respectate în toate etapele cercetării, iar declarațiile respondenților au fost anonimizate în raport și în bazele de date.

Selecția beneficiarilor a respectat principiul egalității de șanse, participanții la focus grupuri fiind extrași aleatoriu din listele furnizate de UNICEF. Consimțământul informat a fost obținut de la toți participanții la cercetare, inclusiv de la tutorii legali în cazul adolescenților. Participanților la interviuri și focus grupuri li s-a explicat scopul discuției și modul în care vor fi folosite datele, li s-a cerut acordul pentru înregistrarea discuției, li s-a comunicat că participarea nu este obligatorie și că se pot retrage din studiu în orice moment doresc sau că pot refuza să răspundă la oricare dintre întrebările adresate de cercetători, iar temele de discuție nu au abordat subiecte sensibile, care să afecteze emoțional

respondenții. Pe parcursul discuțiilor de grup, pentru a asigura respectarea deplină a drepturilor copiilor, aceștia au fost însoțiți de un adult.

**Principalele rezultate și concluzii**

Analiza rezultatelor obținute s-a realizat pe două etape ale modelului, cea de pregătire și cea de implementare, vizând atât modelul per ansamblu, cât și cele două componente principale –PMS și EIC. Pentru fiecare dintre aceste etape au fost identificate elementele cheie care contribuie la succes, dar și principalele provocări. În cazul **etapei de pregătire a modelului**, analiza a vizat teoria schimbării, parteneriatele încheiate, selecția resurselor umane și monitorizarea și evaluarea:

- Teoria schimbării a fost stabilită pe baza experiențelor din proiectele anterioare și prin implicarea actorilor relevanți încă din perioada de elaborare a modelului, fapt ce a permis identificarea unor obiective și direcții de acțiune care să fie împărtășite de cât mai mulți dintre cei interesați. Flexibilitatea în stabilirea și ajustarea obiectivelor, rezultatelor, indicatorilor constituie un element de succes. Nu există suficiente informații referitoare la modalitățile de integrare ale celor două pachete principale, PMS și EIC în cadrul teoriei schimbării, acest lucru urmând a se realiza după acumularea unei experiențe suficiente din implementarea activităților prevăzute.
- Parteneriatele cu instituțiile județene cu responsabilități în domeniile de intervenție ale modelului au facilitat implicarea autorităților publice locale în implementarea modelului. Deschiderea autorităților locale constituie principalul element care a facilitat implementarea modelului, parteneriatele încheiate cu acestea indicând angajamentul partenerilor de a coopera într-o anumită acțiune, precum și asumarea explicită a rolurilor fiecăruia în cadrul acestui demers. Implicarea actorilor naționali în implementare (în Comitetul de Coordonare) a permis identificarea unor soluții la problemele existente, pe baza cadrului legal în vigoare, în timp util.

- Resursele umane calificate la nivel local sunt puține, fiind necesare activități de formare suplimentare pentru lucrătorii sociali. Lipsa calificării specifice a resurselor umane a dus la întârzieri în implementare în unele comunități locale. Dimensionarea echipei comunitare nu a fost realizată în funcție de caracteristicile locale (populație, nevoile comunitare identificate și servicii necesare, dispersia teritorială a localității), fapt ce duce la întârzieri în implementare acolo unde sunt comunități cu probleme sociale însemnate.

- Stabilirea comunităților unde să se realizeze intervenția modelului s-a făcut pornind de la o metodologie ce a avut la bază indicatori privind nivelul de dezvoltare locală, fapt ce a permis gruparea acestora în șase clustere de dezvoltare și cunoașterea caracteristicilor principale ale acestora.

- Evaluarea inițială a situației derulată în toate cele 45 de comunități și în 6 comunități de control din Galați reprezintă un demers important și necesar în cunoașterea situației inițiale a localităților și în stabilirea impactului real după încheierea implementării. Această evaluare inițială a cuprins măsurarea indicatorilor de bază sociali, educaționali și de sănătate. În procesul de monitorizare și evaluare, indicatorii privind capacitatea instituțională și performanța APL în implementarea modelului ar putea oferi informații relevante pentru demersurile de asigurare a sustenabilității acestuia.

Rezultatele **etapei de implementare** au fost analizate pe cele trei componente – Pachetul Minim de Servicii, Pachetul Educație Incluzivă de Calitate și aspectele transversale (comunicare, advocacy, monitorizare și evaluare). În cazul Pachetului Minim de Servicii și Educației Incluzive de Calitate au

fost prezentate rezultatele pe următoarele dimensiuni: resurse umane, creare/dezvoltare de capacitate, instrumente utilizate, furnizarea de servicii. Pentru fiecare din aceste dimensiuni au fost identificați factorii de succes și principalele provocări.

Factorii locali care au influențat implementarea modelului sunt: parteneriatul cu administrația publică locală, capacitatea instituțională a acesteia, participarea activă a actorilor locali și județeni, nivelul de calificare al resurselor umane implicate în furnizarea serviciilor, comunicarea și cooperarea membrilor echipelor comunitare, infrastructura disponibilă pentru implementarea intervențiilor, managementul local al modelului. Un element important în implementarea ambelor pachete l-a reprezentat echipa de management a modelului de la nivel județean care a realizat îndrumarea și suportul pentru echipele locale, fapt ce a contribuit la rezolvarea rapidă a problemelor apărute și la asigurarea calității intervenției în comunitate. Această structură de management județean a modelului funcționează într-o nouă paradigmă - trans-instituțională și centrată pe beneficiar.

Principalele rezultate și concluzii ale evaluării intermediare ce vizează Pachetul Minim de Servicii sunt:

- Cunoașterea mai bună a nevoilor comunitare și proiectarea de servicii personalizate au fost posibile ca urmare a abordării proactive existente în cadrul modelului, care a avut la bază paradigma serviciilor centrate pe nevoile beneficiarilor. În același timp, furnizarea de servicii sociale/ medicale primare la domiciliul beneficiarilor și/sau în comunitate a contribuit la creșterea încrederii acestora în APL, la sporirea gradului de informare și conștientizare a acestora privind drepturile lor și, prin urmare, la soluționarea problemelor cu care se confruntau.
- Furnizarea de servicii la nivel comunitar este îngreunată în comunitățile izolate de lipsa infrastructurii (mașină, decontarea cheltuielilor cu combustibilul). În același timp, insuficiența materialelor consumabile necesare activităților membrilor echipelor comunitare îngreunează furnizarea de servicii.
- Metodologia de lucru pentru echipa comunitară constituie un instrument necesar în implementarea modelului, asigurând prevenirea suprapunerilor de sarcini între membrii și mai buna coordonare a activității la nivel comunitar. Această metodologie de lucru a fost prevăzută a se dezvolta după alcătuirea echipelor comunitare funcționale și după identificarea vulnerabilităților la nivel local.
- AURORA reprezintă unul dintre elementele modelului îmbunătățit permanent în urma feedback-ului primit de la membrii echipei comunitare ce a permis cunoașterea detaliată a vulnerabilităților copiilor din comunitate, stabilirea serviciilor necesare pentru rezolvarea lor și monitorizarea în timp real a stadiului furnizării intervențiilor. Aplicația este însă cunoscută insuficient de specialiștii care lucrează în domeniile de intervenție ale modelului (ONG-uri, autorități naționale), fapt ce nu contribuie la susținerea ei ca instrument replicabil la nivel național.
- Lucrul în echipă și comunicarea în cadrul echipelor comunitare au facilitat implementarea PMS, în timp ce fluctuația mare de resurse umane implicate în derularea activităților și dificultățile în recrutarea personalului calificat au constituit unele dintre principalele provocări ce au dus la întârzieri în realizarea activităților.
- Angajarea asistentului social și a asistentului medical comunitar în cadrul APL a contribuit la dezvoltarea capacității APL și a creat premisele pentru creșterea eficacității și vizibilității activității echipelor comunitare și implicit creșterea sustenabilității modelului în comunități.

- Peste 70% dintre membrii echipelor comunitare privesc ca principale beneficii ale proiectului: îmbunătățirea accesului oamenilor la servicii sociale, creșterea numărului de copii ale căror nevoi sociale au fost identificate, intensificarea atenției primăriei pentru rezolvarea problemelor sociale și creșterea numărului de servicii sociale furnizate.
- 58% dintre membrii echipelor comunitare intervievați au apreciat numărul de lucrători ca insuficient în raport cu numărul beneficiarilor din comunitate.
- 59% dintre membrii echipelor comunitare consideră că distanța mare până la beneficiar constituie o problemă.
- 70% dintre membrii echipelor comunitare considerată utilă AURORA în toate etapele activității lor, de la identificarea beneficiarilor și evaluarea nevoilor până la informarea, consilierea și referirea acestora, dar și monitorizarea și evaluarea intervenției și furnizarea de servicii integrate pentru beneficiari.

În cazul Educației Incluzive de Calitate, principalele rezultate și concluzii sunt:

- Procesul de evaluare a instituțiilor de învățământ și formarea profesională a structurilor de management ale acestora a condus la creșterea capacității de management a școlilor.
- Îmbunătățirea competențelor specifice și transversale ale cadrelor didactice a contribuit la creșterea calității procesului de educație prin utilizarea de metode și instrumente de predare moderne, centrate pe elev.
- Una dintre provocările importante în domeniul educațional o constituie scăderea motivației personalului specializat pentru ocuparea posturilor de consilieri școlari. Acest lucru se datorează, în mare parte, normelor nerealiste (1 consilier / minim 800 elevi), numărului redus de absolvenți de psihologie, științele educației, psihopedagogie dispuși să opteze pentru poziția de consilier școlar și dificultăților de acces la unitățile școlare (comunități izolate, distanțe mari între școli), care au drept consecințe fluctuația mare a consilierilor școlari. La rândul ei, aceasta determină o lipsă de continuitate și predictibilitate a intervenției și creșterea costurilor cu formarea acestora.
- Derularea activităților în parteneriat cu alte ONG-uri sau instituții publice cu experiență și notorietate în domeniu a contribuit la creșterea receptivității cadrelor didactice și a interesului acestora pentru dezvoltarea de noi competențe, iar varietatea instrumentelor de formare utilizate (cursuri, lecții demonstrative, platforme on-line, schimburi de experiență etc.) și caracterul inedit al activităților derulate au facilitat dezvoltarea profesională și personală a acestora.
- Implicarea părinților în activitățile extrașcolare finanțate prin micro-granturi a dus atât la îmbunătățirea relației acestora cu școala, cât și la creșterea implicării lor în educația copiilor. În același timp, relaționarea părinte-copil s-a îmbunătățit în cazul celor peste 8000 de părinți care au participat la cursurile de educație parentală.
- Intervențiile din cadrul EIC au contribuit la înțelegerea mai largă a conceptului educației incluzive în rândul cadrelor didactice și a managementului școlar, dar acesta este un proces de durată.

- Peste 75% dintre cadrele didactice, directorii unităților de învățământ, educatorii parentali și personalul didactic auxiliar consideră că în urma implementării activităților pachetului EIC au fost dezvoltate competențele profesionale ale cadrelor didactice, a crescut numărul de activități extrașcolare derulate, s-au îmbunătățit metodele de predare, s-a îmbunătățit capacitatea școlii de cunoaștere a profilului copiilor în risc major de abandon și de inițiere de acțiuni de sprijin pentru copiii în situație de risc, a crescut vizibilitatea activității școlii în comunitate.

- 67% dintre cadrele didactice, directorii unităților de învățământ, educatorii parentali și personalul didactic auxiliar apreciază că a crescut participarea școlară elevilor, iar 53% că s-au îmbunătățit rezultatele lor școlare.
- Peste 60% dintre cadrele didactice, directorii unităților de învățământ, educatorii parentali și personalul didactic auxiliar consideră că în urma activităților derulate părinții și-au îmbunătățit abilitățile parentale, au devenit mai interesați de activitatea școlară a copiilor lor și a crescut participarea lor în activitățile de educație extrașcolară.

În ce privește aspectele transversale, principalele rezultate și concluzii indică:

- Documentarea intervențiilor de la nivel local prin studii de caz (”povești în imagini”) este necesară pentru o mai bună diseminare a rezultatelor modelului în vederea extinderii la nivel național.
- Activitățile de advocacy au contribuit la creșterea notorietății modelului și conștientizarea importanței furnizării de servicii comunitare integrate și a educației incluzive de calitate, însă pentru a crea o ”presiune” mai puternică asupra factorilor de decizie în vederea adoptării măsurilor de politică publică necesare pentru implementarea la nivel național a acestora este necesară coalizarea tuturor actorilor interesați.
- Ca urmare a activității de monitorizare și evaluare, care a luat în considerare rapoartele echipelor comunitare și ale coordonatorilor județeni, intervenția la nivel local a fost constant revizuită și îmbunătățită.
- Mare parte a autorităților locale nu au identificat sursele de finanțare necesare pentru continuarea implementării modelului după încheierea perioadei de sprijin din partea UNICEF, ceea ce denotă o capacitate redusă de asigurare a sustenabilității modelului.
- Perioada cuprinsă de MTR este caracterizată de un grad relativ redus de integrare a celor două pachete – PMS și EIC. Se remarcă necesitatea unei perioade premergătoare etapei de integrare, în care implementarea intervențiilor din cadrul celor două pachete să furnizeze suficiente informații care să fundamenteze modalitățile de integrare.

**Recomandări**

Recomandările formulate în urma analizei rezultatelor evaluării intermediare a modelului au vizat atât aspecte care să conducă la îmbunătățirea intervenției, cât și elemente ce țin de acțiunile viitoare în vederea asigurării sustenabilității și replicării PMS și a EIC la nivel național. Recomandările sunt grupate pe cele două etape ale modelului - cea de pregătire și cea de implementare (aici fiind individualizate pe fiecare dintre cele trei componente principale – PMS, EIC și aspectele transversale).

Principalele recomandări pentru etapa de pregătire a modelului vizează aspecte ce țin de o mai bună planificare în cazul extinderii/replicării la nivel național:

- Derularea de studii prospective ale pieței muncii locale înainte de începerea intervenției pentru a se cunoaște nevoia de formare și a se planifica corespunzător cursurile de formare/calificare.
- Dimensionarea resurselor umane necesare la nivel comunitar în funcție de specificul comunității (populație, probleme sociale, dispersie teritorială etc.).

- Definirea de indicatori pentru monitorizarea capacității instituționale la nivel local și județean este utilă în cadrul proiectelor realizate în parteneriat cu APL și permite includerea de activități de creștere/stimulare a acestei capacități pentru asigurarea sustenabilității .
- Pentru o mai bună responsabilizare a reprezentanților APL este necesară implicarea acestora în monitorizarea și evaluarea modelului, compararea propriilor rezultate cu cele ale altor comunități având rol motivant.

Recomandările principale în cazul Pachetului Minim de Servicii includ:

- Redimensionarea resurselor umane de la nivel comunitar în funcție de caracteristicile locale (populație, nevoi sociale identificate, servicii sociale/medicale necesare).
- Elaborarea metodologiei de lucru pentru echipa comunitară pentru a evita suprapunerile de sarcini sau eludarea responsabilităților.
- Promovarea beneficiilor și modului de implementare al AUROREI în cadrul unor întâlniri cu reprezentanți ai instituțiilor publice centrale, ONG-uri (inclusiv asociații ale autorităților publice), pentru a crește interesului pentru utilizarea acesteia.
- Creșterea responsabilității APL pentru identificarea de soluții la problemele privind lipsa facilităților de transport și a materialelor consumabile semnalate de membrii echipelor comunitare.

Pentru Pachetul Educație Incluzivă de Calitate, recomandările principale vizează:

- Continuarea și intensificarea demersurilor de advocacy pentru redefinirea normei consilierilor școlari. În scopul creșterii capacității de influențare a politicilor publice este utilă și încheierea de noi parteneriate cu organizații interesate din domeniul educațional.
- Consolidarea parteneriatului cu Casa Corpului Didactic, care să preia modulele de formare ale EIC.

Recomandările principale pentru aspectele transversale ale modelului (comunicare, advocacy, monitorizare și evaluare, integrarea celor două pachete) sunt:

- Creșterea capacității la nivel local (APL, unități de învățământ) de a asigura sustenabilitatea intervenției modelului, inclusiv prin identificarea de surse de finanțare și elaborarea de propuneri de proiecte.
- Extinderea/replicarea modelului la nivel național, dar și asigurarea sustenabilității la nivel local presupune: documentarea modelului; elaborarea unor studii de impact financiar (cost-beneficiu); intensificarea demersurilor de advocacy, inclusiv prin formarea de coaliții; elaborarea strategiilor de încheiere a modelului (exit strategy) pentru a se asigura preluarea acestuia de către autoritățile locale din comunitățile județului Bacău.
- Identificarea mecanismelor de integrarea a celor două pachete ale modelului – PMS și EIC.

Modelul **„Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității”** reușește să valorizeze experiența anterioară a UNICEF și să contribuie la crearea unor politici publice eficiente prin oferirea de modele de intervenție. Această intervenție pe trei paliere - local, județean și național – își propune nu doar să testeze furnizarea serviciilor comunitare prevăzute de legislație și să dezvolte unele noi, ci și să îmbunătățească politicile publice actuale astfel încât să asigure instituționalizarea noilor instrumente, precum și să crească capacitatea actorilor locali și județeni de a asigura servicii într-o manieră integrată. Documentarea modelului, efectuarea unor studii privind

impactul financiar, diseminarea rezultatelor și promovarea instrumentelor utilizate/dezvoltate, intensificarea demersurilor de advocacy sunt recomandările principale pentru asigurarea extinderii modelului la nivel național.

# 1. OBIECTUL MTR

## 1.1. MODELUL „INCLUZIUNE SOCIALĂ PRIN FURNIZAREA DE SERVICII INTEGRATE LA NIVELUL COMUNITĂȚII”

Modelul „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității” a fost dezvoltat de către UNICEF pentru a oferi un răspuns adecvat problemelor sociale apărute în contextul socio-economic național al anului 2013 afectat puternic de criza economică care a condus la creșterea nivelului de sărăcie, un procent de peste 40% din populație, respectiv 49% din populația de copii a României, fiind expusă riscului de sărăcie (EUROSTAT, 2013). Una dintre principalele probleme cu care se confruntă populația din grupurile vulnerabile este cea a accesului la servicii de sănătate, educație și protecție socială, iar modelul propune furnizarea unui pachet de servicii de sănătate, educație și protecție socială integrate la nivel comunitar pentru copiii și familiile lor. În același timp modelul „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității” își propune să furnizeze date care să contribuie la dezvoltarea politicilor publice în domeniul incluziunii sociale.




*Foto: @UNICEF/ Anamaria Dinulescu*

*Daria s-a născut prematur în județul Bacău.*

*Echipa de asistenți sociali și medicali din partea UNICEF au învățat-o pe mama ei cum să o îngrijească.*

Modelul a fost dezvoltat pe baza experiențelor de la nivel local, județean și național acumulate de către UNICEF (în special în cadrul celor două proiecte din educație – *Inițiativa Hai la școală!* – și protecția copilului – *Prima prioritate: niciun copil invizibil*) și partenerii săi și își propune să testeze un model de furnizare a unui pachet de servicii integrate la nivel comunitar pentru copii și familiile lor care să contribuie la reducerea excluziunii lor sociale.

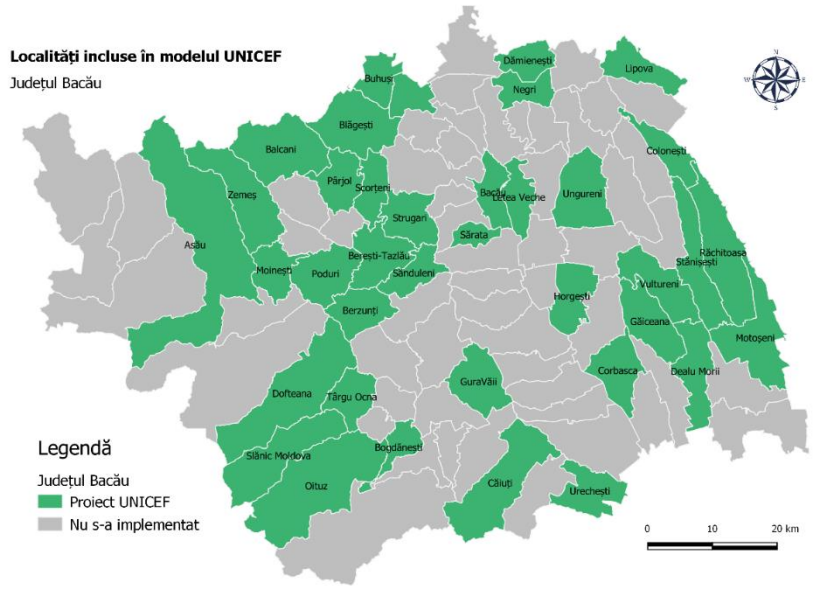
Conceptul de servicii comunitare integrate în domeniile educație, sănătate și protecție socială a fost dezvoltat în urma unei inițiative comune a Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice, Ministerului Educației Naționale şi Cercetării Științifice şi a Ministerului Sănătății, cu asistență tehnică din partea UNICEF. În cadrul modelului derulat în județul Bacău, la nivel comunitar, integrarea serviciilor este realizată prin coordonarea serviciilor de sănătate, educație și protecție socială, care sunt asigurate de către o echipă formată din asistentul medical comunitar, asistentul social, consilierul școlar și după caz, mediatorul școlar și mediatorul sanitar. Printr-o abordare integrată, această echipă de profesioniști prezenți la nivel comunitar asigură furnizarea pachetului minim de servicii pentru copiii din comunitate. Abordarea de tip integrat are la bază identificarea nevoilor existente, identificarea soluțiilor și a serviciilor necesare, aspect care diminuează riscurile de eșec prin simplul fapt că nu se intervine punctual doar asupra unei nevoi, iar restul problemelor nu sunt rezolvate. Acest tip de abordare presupune identificarea tuturor vulnerabilităților/nevoilor ceea ce permite stabilirea acțiunilor necesare pentru abordarea acestora într-o manieră integrată.

Pentru a sprijini abordarea integrată a serviciilor la nivel comunitar, modelul va urmări:

- dezvoltarea unui mecanism de identificare timpurie a copiilor și a familiilor în situații de risc şi de prevenire a situațiilor de risc prin intervenții integrate;
- dezvoltarea de metodologii de lucru inter sectoriale la nivelul sistemelor de educație, protecție socială și asistență medicală comunitară;
- sprijinirea accesului și participarea tuturor copiilor și adolescenților la educație incluzivă de calitate.

Modelul „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității" este implementat în județul Bacău, în 45 de comunități din mediul rural și urban, selectate conform unei metodologii care asigură reprezentativitatea la nivel județean, având la bază indicele de dezvoltare locală. Cele 45 de comunități se regăsesc în 38 de localități, dintre care 4 din mediul urban și 34 din mediul rural. Fiecare localitate rurală este considerată a fi o comunitate, în timp ce în mediul urban o comunitate este definită ca fiind aria de acoperire a unei școli (circumscripția școlară).

**Figura 1. Localitățile din județul Bacău incluse în modelul UNICEF**




**Perioada de implementare**: octombrie 2014 – decembrie 2018.

**Teoria schimbării** care stă la baza modelului prevede că furnizarea de servicii de sănătate, educație și protecție socială într-un mod integrat la nivel comunitar are ca efect reducerea disparităților și excluziunii sociale și scăderea costurilor sociale pe termen mediu și lung.

**Scopul modelului** îl reprezintă furnizarea de asistență tehnică Guvernului României pentru a pune copiii pe agenda publică și a contribui la dezvoltarea politicilor publice din domeniile educație, sănătate și protecția copilului.

**Obiectivele modelului** corespund prevederilor principalelor strategii naționale în domeniu: Strategia națională pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014-2020, Strategia națională de reducere a părăsirii timpurii a școlii 2014 -2020, Strategia națională de sănătate 2014 – 2020, Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020 și Strategia pentru consolidarea administrației publice 2014-2020. Obiectivele modelului sunt:

- Testarea furnizării serviciilor comunitare prevăzute de legislație, dar implementate într-o manieră limitată, pentru a extinde implementarea lor la nivel național;
- Dezvoltarea de noi protocoale, standarde etc pentru a îmbunătății calitatea acestor servicii (cu scopul de a deveni trans-sectoriale, incluzive și preventive);
- Dezvoltarea de servicii noi, inovatoare, adresate copiilor și familiilor lor.

Testarea modelului se bazează pe trei componente majore – Pachetul Minim de Servicii, Pachetul Educație Incluzivă de Calitate și Comunicare și advocacy (componentă transversală a modelului):

- Pachetul Minim de Servicii (PMS) – vizează furnizarea unor servicii integrate la nivel comunitar în domeniul protecției sociale, educației, sănătății, de către echipe locale de profesioniști compuse din asistent social, asistent medical comunitar și consilier școlar. Această echipă este completată în cazul comunităților vulnerabile de mediator sanitar și de mediator școlar. Pachetul cuprinde șapte categorii de servicii ce pot fi oferite: identificare de nevoi, informare, consiliere, suport, referire, monitorizare și evaluare.

- Pachetul Educație Incluzivă de Calitate (EIC) – este un pachet de intervenție ce vizează calitatea și caracterul incluziv al educației, astfel încât toți copiii să finalizeze educația obligatorie și să dețină competențele de bază academice, sociale și de viață. Intervențiile multiple din cadrul acestui pachet urmăresc: a) promovarea unei abordări de predare centrate pe copil, astfel încât școala să devină prietenoasă și incluzivă pentru copii și părinții lor; b) îmbunătățirea managementului școlar pentru a crea un mediu educațional de calitate, incluziv și echitabil pentru toți copiii și a identifica mai rapid și adresa corespunzător nevoile celor mai vulnerabili dintre aceștia; c) întărirea colaborării dintre școală și familie; d) dezvoltarea abilităților parentale; e) dezvoltarea deprinderilor non-cognitive.
- Comunicare și advocacy este componenta transversală care sprijină implementarea multiplelor intervenții ale modelului, asigură diseminarea rezultatelor și contribuie la efortul de schimbarea a politicilor publice în domeniile educație, sănătate și protecția copilului. Comunicarea la nivel local include trei campanii principale ce vizează schimbarea normelor sociale în cadrul diverselor categorii de public țintă și au drept scop: a) creșterea așteptărilor copiilor vis-a vis de parcursul lor educațional; b) schimbarea comportamentului furnizorilor publici de servicii din sănătate, educație și protecție socială pentru reducerea stigmatizării și discriminării populației Roma; c) adoptarea unui stil de viață sănătos și evitarea consumului de alcool în rândul adolescenților, inclusiv a celor Roma.

Principalul avantaj al pachetului minim de servicii comunitare integrate este acela al inter conectării principalelor domenii care afectează viața copiilor într-o construcție simplă, care pleacă de la nevoi identificate la nivel local. În acest context, accentul este pus pe identificarea și satisfacerea nevoilor de la nivel local și pe intervenția coordonată de o singură instituție.

Managementul local al modelului este asigurat de un manager de proiect, 7 coordonatori în cadrul pachetului EIC, 15 coordonatori în cadrul PMS din care 4 dedicați componentei educației, 4 celei de sănătate și 7 protecției sociale. Fiecare dintre aceștia răspunde de una sau două zone, coordonează activitatea echipelor comunitare și facilitează legătura dintre membrii acestora și autoritățile locale și dintre membrii echipelor locale și autoritățile județene. Localitățile unde are loc intervenția sunt grupate în șapte zone în funcție de amplasarea teritorială în cadrul județului, fiecare dintre acestea având patru coordonatori, 3 în cadrul pachetului PMS (1 pe componenta educație, 1 pe cea de sănătate și 1 pe cea de protecție socială) și 1 în cadrul pachetului EIC. Cele șapte zone sunt:

- Zona 1: Municipiul Bacău, Letea Veche
- Zona 2: Blăgești, Buhuși, Dămienești, Negri, Racova
- Zona 3: Balcani, Berești, Tazlău, Berzunți, Pârjol, Sănduleni, Strugari
- Zona 4: Bogdănești, Căiuți, Dofteana, Oituz, Orbeni, Slănic Moldova, Urechești
- Zona 5: Moinești, Asău, Poduri, Scorțeni, Târgu Ocna, Zemeș
- Zona 6: Corbasca, Dealu Morii, Găiceana, Horgești, Sărata, Ungureni
- Zona 7: Colonești, Lipova, Motoșeni, Stănișești, Vultureni, Răchitoasa

Activitățile realizate în perioada octombrie 2014 – decembrie 2016 au inclus:

- Selecția celor 45 de comunități.
- Încheierea parteneriatelor cu instituțiile relevante la nivel național, județean și local.
- Evaluarea inițială – care a inclus realizarea unui studiu inițial (*baseline)* la care să se raporteze ulterior progresul în implementarea modelului.

- Selectarea și recrutarea resurselor umane, profesioniști la nivel județean și local implicați în furnizarea celor două pachete (PMS și EIC).
- Proiectarea software-ului pentru monitorizarea în timp real a vulnerabilităților copiilor (AURORA).
- Dezvoltarea capacității pentru livrarea pachetului minim de servicii prin formarea echipelor județene și locale.
- Livrarea pachetului minim de servicii: realizarea unui recensământ la nivelul celor 45 de comunități de către asistenții sociali și asistenții medicali comunitari pentru identificarea serviciilor integrate ce vor fi furnizate la nivel comunitar.
- Dezvoltarea capacității personalului școlilor și grădinițelor: formarea a 335 de cadre didactice pentru a promova o abordare centrată pe copil și a preveni abandonul școlar și absenteismul; formarea a 45 de directori de școală pentru dezvoltarea capacității școlilor de a monitoriza, identifica și interveni în situațiile de risc educațional.
- Educația pentru părinți prin crearea unei rețele de educatori parentali la nivel județean și organizarea de sesiuni de pregătire cu părinții.
- Proiectarea și implementarea unor activități interactive de învățare pentru dezvoltarea abilităților socio-emoționale ale elevilor (motivare, reziliență etc.) și campania de comunicare locală pentru a crește așteptările copiilor în relație cu parcursul lor educațional, bazată pe promovarea modelelor pozitive.
- Campania de comunicare și schimbare a comportamentului furnizorilor de servicii publice din administrație, sănătate, educație, sectorul social în vederea reducerii stigmatizării romilor
- Campanie de comunicare la nivel local pentru a motiva adolescenții vulnerabili, inclusiv romi, să adopte un stil de viață sănătos și a evita consumul de alcool.
- Comunicare: realizarea planului de comunicare al modelului, crearea website-ului și a materialelor de promovare, derularea campaniilor de comunicare.
- Monitorizare: activitate desfășurată permanent, ce a cuprins rapoartele tehnice către cei doi finanțatori, rapoartele de activitate bilunare ale coordonatorilor județeni, rapoartele lunare de activitate ale membrilor echipei comunitare, fișele de comunitate, rapoartele de la vizitele în teren.
- Advocacy: activitate desfășurată permanent și care a inclus activități de promovare a modelului și a intervențiilor realizate, vizite în teren cu factori de decizie naționali, personalități publice și jurnaliști de la nivel național, întâlniri cu factori de decizie naționali, participarea la grupuri de lucru sau întâlniri cu decidenți pentru realizarea cadrului de politică publică necesar implementării eficiente a modelului.

**PACHETUL MINIM DE SERVICII**

Pachetul Minim de Servicii Sociale cuprinde servicii acordate la nivelul comunității în domeniul sănătății, protecției sociale și educației. Pachetul are caracter universal, putând fi accesat de către orice familie, însă vizează în mod special copiii cei mai vulnerabili și familiile acestora. Pachetul Minim include o componentă puternică de prevenire. Pachetul Minim de Servicii presupune ca în fiecare comunitate să existe cel puțin un asistent social, o asistentă medicală comunitară și un consilier școlar. Împreună, aceștia vin în sprijinul copiilor vulnerabili și al familiilor acestora, determinând nevoile lor și acordându-le servicii în funcție de acestea. Acești trei profesioniști colaborează strâns în beneficiul familiilor, lucrând totodată și cu actorii relevanți la nivel local, precum primăria, ONG-urile și alți parteneri din comunitate. În comunitățile cele mai sărace, inclusiv cele care au populație de etnie romă, Pachetul Minim de Servicii poate prevedea și prezența unui mediator școlar și/sau mediator sanitar.

Obiectivul Pachetului Minim de Servicii îl reprezintă accelerarea eforturilor de realizare a drepturilor copilului și reducerea inechităților prin creșterea accesului la servicii de sănătate, educație și protecție socială, intersectoriale, de prevenire, bazate pe comunitate și axate pe familie.

Pachetul Minim de Servicii susține:

- Îmbunătățirea accesului copiilor și familiilor la servicii de sănătate, protecție socială și educație;
- Oportunitatea de a crește copiii într-un mediu familial protector, lipsit de violență;
- Creșterea accesului la învățământul preșcolar și a gradului de absolvire cel puțin a învățământului obligatoriu;
- Evaluarea nevoii de servicii la nivel local și îmbunătățirea planificării și utilizării resurselor la nivel local, județean și național.

În același timp, Pachetul Minim de Servicii contribuie la:

- Reorientarea eforturilor asupra serviciilor de prevenire cost-eficiente în locul intervențiilor specializate costisitoare și de remediere;
- Generarea de economii pe termen mediu și lung la bugetul de stat;
- Reforma sistemului de protecție socială la nivel comunitar, județean și național, inclusiv din punct de vedere al eficientizării mecanismului de prestații bănești;
- Reducerea și prevenirea sărăciei și excluziunii sociale a copiilor și familiilor acestora.

Echipa locală de profesioniști (asistentul social, asistenta medicală comunitară și consilierul școlar), lucrează împreună pentru a:

- identifica copiii vulnerabili și familiile acestora, a determina care sunt nevoile lor, a le acorda informații și consiliere, a-i însoți și ajuta să acceseze serviciile locale și specializate de sănătate, educație și protecție socială/protecția copilului și a monitoriza în mod regulat evoluția cazurilor avute în evidență, în baza sistemului de înregistrare și management de caz online care le furnizează acces la date în timp real;
- ajută familiile din comunitate să devină mai puternice și mai capabile să aibă grijă de copiii lor.

Sursa: UNICEF, 2017, Pachetul Minim de Servicii, http://unicef.ro/serviciicomunitarepentrucopii/noutate/pachetul-minim-de-servicii-sociale-21

**UL EDUCAȚIE INCLUZIVĂ DE CALITATE**

ul Educație Incluzivă de Calitate vizează atât creșterea calității educației, cât și participarea școlară a tuturor copiilor, în special a celor vulnerabili. Pachetul cuprinde intervenții centrate pe copil realizate la nivelul școlii, familiei și comunității. Pachetul educațional are caracter universal, toți elevii și toate școlile putând beneficia de intervențiile respective. Pachetul are în vedere echitatea adresându-se în mod special celor mai vulnerabili copii și celor mai defavorizate școli.

**ul Educație Incluzivă de Calitate** vizează: îmbunătățirea capacității conducerii școlii și cadrelor didactice de a veni în sprijinul fiecărui copil în parte, potrivit nevoilor acestuia; îmbunătățirea metodelor și instrumentelor

didactice; crearea de parteneriate cu familiile elevilor și dezvoltarea abilităților parentale; mobilizarea comunităților în sensul susținerii educației; îmbunătățirea abilităților non-cognitive și motivației copiilor; încurajarea diversității în rândul elevilor, indiferent de gen, etnie, religie, (diz)abilitate și statut socio-economic.

vul Pachetului Educație Incluzivă de Calitate îl reprezintă accelerarea eforturilor de realizare a dreptului la educație al tuturor copiilor, în special a celor vulnerabili, prin îmbunătățirea calității modului de predare și a administrării școlilor, și prin mobilizarea școlilor, familiilor și comunităților pentru sprijinirea participării școlare și susținerii fiecărui copil.

ul Educație Incluzivă de Calitate contribuie la:

- Creșterea ratei de cuprindere școlară, de participare școlară regulată a tuturor copiilor, inclusiv a celor vulnerabili, și de absolvire cel puțin a învățământului obligatoriu;
- Crearea condițiilor care să permită tuturor copiilor să învețe într-un mediu prietenos studiului și să dobândească cunoștințele și abilitățile necesare într-un stat membru al Uniunii Europene din secolul al XXI-lea;
- Oportunitatea ca toți copiii să beneficieze de educație preșcolară;
- Crearea unor școli incluzive în care diversitatea este promovată.

pachetul Educație Incluzivă de Calitate va susține:

- Îmbunătățirea calității educației, începând cu învățământul preșcolar și până la liceu, prin formarea adecvată a cadrelor didactice și asigurarea unor metodologii și instrumente didactice moderne;
- Mobilizarea copiilor și adolescenților, a școlilor, familiilor și comunităților, în sensul susținerii educației;
- Îmbunătățirea competențelor parentale și a relației părinte-copil-școală;
- Evaluarea nevoilor educaționale la nivel local și îmbunătățirea planificării și utilizării resurselor pentru educație incluzivă de calitate la nivel local, județean și național;
- Asigurarea unei mai bune îndrumări, supervizări și monitorizări a școlilor de către autoritățile de la nivel județean.

Sursa: UNICEF, 2017, Pachetul Educație Incluzivă de Calitate, http://unicef.ro/serviciicomunitarepentrucopii/noutate/pachetul-educatie-incluziva-de-calitate-22

## 1.2. Principalii actori implicați în model

Principalii parteneri ai modelului cuprind instituții grupate pe trei niveluri – național, județean și local:

- **Nivel central**: Ministerul Muncii și Justiției Sociale (în special Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopției), Ministerul Sănătății, Ministerul Educației Naționale, Ministerul Dezvoltării Regionale, Administrației Publice și Fondurilor Europene, Agenția Română de Asigurare a Calității în Învățământul Preuniversitar (ARACIP), Institutul de Științe ale Educației, organizații ale societății civile, mass media.
- **Nivel județean**: Consiliul Județean, Instituția Prefectului, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Bacău, Direcția de Sănătate Publică Județeană Bacău, Inspectoratul Școlar Județean Bacău, Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Bacău, Casa Corpului Didactic, Direcția Județeană pentru Tineret și Sport, Comisia Județeană privind Incluziunea Socială Bacău, organizații ale societății civile.
- **Nivel local**: autoritățile publice locale, organizații ale societății civile, copiii și familiile acestora.

La nivel național există două organisme de management: Unitatea centrală de management a proiectului la nivelul UNICEF și Comitetul de Coordonare (Steering Committee). Acest Comitet de Coordonare este o structură cu rol consultativ formată din reprezentanți ai:

- instituțiilor publice centrale: Ministerul Muncii și Justiției Sociale, Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopției, Ministerul Sănătății, Ministerul Educației Naționale, Ministerul Dezvoltării Regionale, Administrației Publice și Fondurilor Europene, Ministerul Tineretului și Sportului, Agenția Națională pentru Egalitate de Șanse, Agenția Română de Asigurare a Calității în Învățământul Preuniversitar, Institutul de Științe ale Educației.
- organizații ale societății civile: Agenția de Dezvoltare Comunitară „Împreună", Asociația Centrul pentru Educație şi Dezvoltare Profesională Step by Step, Asociația HOLTIS, Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate, Centrul Român de Modelare Economica (CERME) si AB4 System.




*Foto: @UNICEF/ Anamaria Dinulescu*
*Dumitru a fost părăsit de mamă și era la un pas să fie separat de familie, din cauza lipsurilor din gospodărie. Au intervenit lucrătorii comunitari și i-au ajutat să rămână împreună.*

# 2. SCOPUL ŞI OBIECTIVELE MTR

## 2.1. SCOP ȘI OBIECTIVE

Scopul prezentei evaluării este acela de a oferi informații detaliate cu privire la stadiul implementării modelului „Incluziune socială prin furnizarea unui model integrat de servicii comunitare" abordând în același timp provocările cu care se confruntă copiii și familiile din județul Bacău în accesarea serviciilor de bază (sociale, de sănătate și educație). Evaluarea acoperă perioada octombrie 2014-decembrie 2016. Principalele obiective ale evaluării sunt:

- evaluarea modelului per ansamblu, precum și a celor două componente (PMS și EIC) în termeni de relevanță, eficacitate, sustenabilitate;
- identificarea elementelor cheie care contribuie la succesul modelului, precum și a principalelor blocaje și obstacole în implementare;

- documentarea lecțiilor învățate în relație cu implementarea modelului și propunerea de recomandări pentru îmbunătățirea acestuia;
- formularea de recomandări pentru acțiunile viitoare în vederea asigurării sustenabilității și replicării PMS și a EIC la nivel național.

Pentru a putea identifica principalele obstacole în implementarea modelului și a elementelor timpurii ale succesului sau eșecului și a determina modificările necesare astfel încât modelul să obțină rezultatele scontate și să poată fi replicat la nivel național, MTR își propune să răspundă următoarelor întrebări:

Etapa de pregătire a modelului

- Există o teorie clară a schimbării care enunță principalele ipoteze, resurse, obiective și rezultate așteptate?
- A existat un studiu inițial (*baseline)* sau realizat în primele stadii ale implementării astfel încât să poată fi evaluate progresele în atingerea rezultatelor așteptate?
- Au fost implicați toți partenerii relevanți în proiectarea și implementarea modelului?
- Există specificații clare privind resursele umane necesare implementării modelului?
- Există un mecanism clar de monitorizare și evaluare a modelului care să asigure o documentare adecvată a progresului și lecțiilor învățate?

Etapa de implementare

- În ce măsură sunt obiectivele modelului încă valabile?
- Activitățile și rezultatele imediate ale modelului sunt consistente cu scopul modelului și contribuie la atingerea obiectivelor acestuia?
- În ce măsură este modelul relevant pentru politicile și programele naționale și strategiile trans-sectoriale?
- În ce măsură au fost atinse obiectivele modelului?
- Care sunt principalii factori care au influențat realizarea sau ne-realizarea obiectivelor modelului?
- Contribuie modelul la dezvoltarea capacității autorităților locale de a furniza pachetul minim de servicii?
- Contribuie modelul la dezvoltarea capacității personalului unităților de învățământ de a asigura un pachet de educație incluzivă de calitate?
- Ce componente ale modelului sunt cele mai (puțin) eficiente? Care sunt factorii care explică succesul? Există o valoare adăugată a abordării integrate și care sunt factorii care influențează colaborarea dintre membrii echipelor comunitare?
- Respectă toate procesele drepturile copilului? În furnizarea de servicii sunt luate în considerare aspectele de vârstă și gen?
- În ce măsură este contextul actual favorabil pentru continuarea abordărilor similare în viitorul apropiat?
- Care sunt șansele ca intervențiile să continue după încetarea suportului extern?
- Este modelul replicabil? Este replicabil integral sau doar anumite componente? La ce nivel (local, județean, național)? Sunt necesare modificări ale modelului astfel încât acesta să poată fi replicat?
- Care sunt lecțiile învățate la fiecare nivel de intervenție care ar trebui luate în considerare pentru implementarea și replicarea ulterioară a modelului?
- Există rezultate neplanificate care merită luate în considerare pentru adresarea provocărilor în implementarea modelului?

- Care sunt recomandările către UNICEF și Guvernului României pentru a replica și extinde la nivel național acest model?

## 2.2. LIMITĂRILE MTR

Evaluarea intermediară a modelului prezintă o serie de limitări din cauza timpului destul de scurt între începerea intervenției în unele localități și momentul evaluării, implementării neunitare având în vedere contextul local, metodologiei de evaluare utilizate și a informațiilor obținute. Modelul nu a fost implementat unitar în toate cele 45 de comunități din cauza specificităților locale (lipsa personalului specializat și necesitatea calificării acestuia, suportul oferit de autoritățile publice, amplasarea teritorială etc.), fapt ce a făcut să existe decalaje de timp între acestea, iar timpul scurt între începerea intervenției și momentul evaluării să nu permită analiza amănunțită a informațiilor legate de impact/efecte sau rezultate în funcție de indicatorii de performanță.




*Foto: @UNICEF/Anamaria Dinulescu*

*Edi s-a născut sănătos, dar abuzurile părinților i-au șubrezit vederea. Acum locuiește cu bunicii. Echipa de lucrători comunitari a venit în ajutorul lui Edi. „Fără ei nu ne descurcam", spune bunicul lui Edi, Miron.*

Metodologia utilizată în cadrul MTR nu a vizat analiza modelului din punct de vedere al eficienței (costuri versus rezultate) și al costurilor necesare pentru replicarea și extinderea modelului, acestea urmând a face obiectul evaluării finale. Astfel, nu au fost oferite răspunsuri la întrebările:

- Activitățile și rezultatele imediate ale modelului conduc la atingerea impactului și efectelor prevăzute?

- Care este gradul de atingere a rezultatelor așteptate ale modelului având în vedere țintele asumate pentru indicatorii de performanță?
- Care sunt principalele constrângeri la nivelul cererii și ofertei în cadrul modelului?
- Sunt utilizate resursele în cadrul modelului în cel mai economic/eficient mod pentru a atinge rezultatele așteptate? Care este valoarea adăugată (din punct de vedere financiar) a modelului? Care sunt beneficiile abordării integrate din punct de vedere financiar?
- Au fost luate în considerare costurile pentru replicarea și extinderea modelului la nivel național?

În același timp, perioada destul de redusă de implementare a modelului în unele comunități și numărul mare de activități necesare a fi îndeplinite a dus la o centrare mai mare pe realizarea și consolidarea intervenției la nivel local și mai puțin pe definirea clară a metodelor de coordonare între cele două pachete – PMS și EIC. Teoria schimbării, definită încă din perioada de planificare a modelului, nu poate conține toate detaliile de implementare, ci doar fixează premisele, inputurile, outputurile și outcome-urile într-un cadrul logic. Detaliile legate de modalitățile de coordonare ale intervențiilor celor două pachete la nivel local urmează a fi stabilite după realizarea evaluării intermediare și în contextul acumulării de experiență după implementarea modelului pentru o perioadă suficientă de timp.

## 3. METODOLOGIE MTR

Pentru a asigura culegerea unor informații robuste, cuprinzătoare și a facilita înțelegerea mai profundă a funcționării modelului „Incluziunea socială prin furnizarea de servicii integrate la nivel comunitar", evaluarea a utilizat metode mixte de culegere a datelor. Analiza a avut la bază atât date culese prin metode cantitative și calitative în cadrul procesului de evaluare, cât și date secundare, constând în documente produse pe parcursul implementării proiectului de către actori implicați sau documente de politică publică.

În același timp, utilizarea metodelor mixte de culegere a datelor a determinat o mai bună adecvare a metodologiei la obiectivele evaluării intermediare. Astfel, principala sursă de informații privind etapa de pregătire a modelului (existența unui studiu de referință, includerea tuturor partenerilor relevanți, mecanismul de monitorizare și evaluare a modelului) au constituit-o discuțiile cu membrii echipei de coordonare a modelului, interviurile cu actorii de la nivel local și județean și organizațiile partenere, împreună cu analiza datelor secundare. Date privind implementarea modelului (actualitatea și relevanța obiectivelor, eficacitatea activităților implementate, relevanța modelului în raport cu programele și strategiile naționale, factorii favorizanți sau impedimentele în implementare, beneficiile la nivelul comunității etc.) au fost culese atât prin cercetarea calitativă și cea cantitativă, cât și prin analiza datelor secundare, o imagine cuprinzătoare fiind posibilă doar ca urmare a conjugării surselor de date. Complementaritatea surselor de date utilizate a favorizat și o mai bună înțelegere a contextului și măsurii în care acesta sprijină/împiedică implementarea unor astfel de inițiative, a sustenabilității modelului, precum și formularea de recomandări în vederea replicării modelului.

Au fost utilizate următoarele metode și instrumente de culegere a datelor :
Date cantitative (date primare, colectate în timpul evaluării)

- Anchetă on-line cu specialiștii implicați în furnizarea PMS (membrii echipelor comunitare și coordonatorii județeni)

- Anchetă on-line cu cadrele didactice (inclusiv directorii școlilor), educatorii parentali și alți membrii ai personalului școlilor și grădinițelor care au primit suport în cadrul pachetului EIC.

Date calitative (date primare, colectate pe parcursul evaluării)

- Focus grupuri cu beneficiarii (adolescenți și părinți)
- Focus grupuri cu membrii echipelor comunitare
- Focus grupuri cu coordonatorii județeni
- Interviuri cu actori de la nivel local (primar, director de școală, asistent social din cadrul primăriei, medic)
- Interviuri cu actori de la nivel județean
- Interviuri cu actori de la nivel național
- Interviuri cu reprezentanți ai organizațiilor partenere care au implementat PMS si EIC

Analiza datelor secundare

- Documente puse la dispoziție de UNICEF: rapoarte micro-granturi, rapoartele de progres ale proiectului, documente programatice proiect, raport *baseline*.
- Documente de politică publică la nivel național, strategii intersectoriale, documente privind oportunitățile de finanțare privind serviciile sociale integrate.

## 3.1. Componenta cantitativă

Componenta cantitativă a studiului a cuprins două anchete on-line adresate pe de o parte, specialiștilor implicați în furnizarea Pachetului Minim de Servicii (PMS) – membrii echipei comunitare și coordonatorii județeni - și, pe de altă parte, cadrelor didactice, educatorilor pentru părinți și altor membri ai unităților școlare, care au fost sprijiniți în cadrul pachetului Educație Incluzivă de Calitate (EIC).

Pentru culegerea datelor a fost utilizat programul LimeSurvey[1] instalat pe serverul ICCV.

Invitații personalizate de completare a chestionarelor on-line au fost trimise pe e-mail tuturor membrilor echipelor comunitare și cadrelor didactice din listele furnizate de UNICEF. Invitația inițială a fost urmată de două mesaje de reamintire, primul pe e-mail și cel de-al doilea prin sms, care au contribuit la creșterea ratei de răspuns.

### Ancheta on-line pentru specialiștii implicați în furnizarea PMS

Populația țintă a anchetei on-line dedicată specialiștilor implicați în furnizarea serviciilor integrate din cadrul PMS din cele 45 de comunități vizate de proiect a fost reprezentată de 170 de persoane distribuite astfel: 16 coordonatori la nivel județean, 58 de asistenți sociali, 33 de asistenți medicali

[1] LimeSurvey reprezintă o soluție software gratuită și open-source pentru realizarea de sondaje on-line, oferind suport pentru toate etapele unei cercetări cantitative – construcția chestionarului, integrarea eșantionului, contactarea respondenților, monitorizarea răspunsurilor, colectarea și validarea datelor, salvarea bazei de date într-un format compatibil cu programe de analiză statistică. LimeSurvey permite trimiterea personalizată de invitații și e-mailuri de reamintire către respondenți, dar în același timp asigură anonimitatea răspunsurilor prin disocierea datelor personale de răspunsurile primite. Astfel, cercetătorii pot afla dacă un membru al eșantionului a completat chestionarul, dar nu pot accesa răspunsurile acestuia, acestea din urmă regăsindu-se într-o bază de date anonimizată. Unul dintre avantajele importante ale LimeSurvey îl constituie și ușurința de utilizare de către respondenți.

COMUNITARI, 32 DE CONSILIERI ȘCOLARI, 26 DE MEDIATORI ȘCOLARI ȘI 5 MEDIATORI SANITARI. CHESTIONARUL ON-LINE
(

Anexa 5) a fost completat în totalitate de 125 de specialiști, ceea ce înseamnă o rată de răspuns de 74%. Chestionarul on-line a colectat informații cu privire la furnizarea pachetului minim de servicii (sănătate, educație și protecție socială) și la principalele obstacole și provocări în implementarea modelului, factori care contribuie la implementarea cu succes a acestuia, valoarea adăugată a abordării integrate, factorii care influențează colaborarea între membrii echipei comunitare sau între aceștia și beneficiari sau alți actori locali, principalele lecții învățate, relevanța intervenției pentru comunitate, modificările necesare pentru a asigura succesul proiectului.

### ANCHETA ON-LINE CADRE DIDACTICE

POPULAȚIA ȚINTĂ A CELEI DE-A DOUA ANCHETE ON-LINE A FOST REPREZENTATĂ DE COORDONATORII JUDEȚENI PE COMPONENTA DE EDUCAȚIE ȘI CADRELE DIDACTICE (INCLUSIV DIRECTORII ȘCOLILOR), EDUCATORII PARENTALI ȘI ALȚI MEMBRI AI PERSONALULUI ȘCOLILOR ȘI GRĂDINIȚELOR CARE AU PRIMIT SPRIJIN ÎN CADRUL PROIECTULUI. CHESTIONARUL A FOST COMPLETAT INTEGRAL DE 424 DINTRE CEI 595 DE RESPONDENȚI CĂRORA LE-A FOST TRIMISĂ INVITAȚIA, RATA DE RĂSPUNS FIIND DE 71,2%. CHESTIONARUL ON-LINE (

Anexa 5) a colectat informații referitoare la cea de-a doua componentă majoră a proiectului: Educația Incluzivă de Calitate (EIC) și a vizat aspecte precum predarea centrată pe copil, îmbunătățirea managementului școlar în termeni de calitate, echitate și incluziune, colaborarea dintre școală și familie, educația parentală, modelele de succes, obstacolele în implementarea educației incluzive de calitate, factori care contribuie la succesul implementării EIC și transferabilitatea modelului către alte școli/ comunități.

## 3.2. COMPONENTA CALITATIVĂ

Componenta calitativă a studiului a constat în interviuri cu actori la nivel local, județean și național și cu reprezentanți ai organizațiilor partenere și focus grupuri cu beneficiarii (adolescenți și părinții acestora), membrii echipei comunitare și coordonatorii județeni ai proiectului pe cele două componente ale acestuia – PMS și EIC. Astfel, au fost culese informații privind atât implementarea ambelor pachete ale modelului (PMS și EIC), cunoașterea modelului în comunități, principalele beneficii ale participării membrilor comunităților la activitățile derulate, cât și corelarea modelului cu politicile publice din domeniul protecției copilului și educației și modalitățile de replicare a modelului sau a pachetelor componente la nivel național. Selecția comunităților pentru cercetarea calitativă a avut la bază metodologia dezvoltată de Dumitru Sandu et.al. și a luat în considerare atât comunități rurale, cât și comunități urbane. Pentru interviurile cu actorii locali, au fost selectate o comunitate urbană și patru comunități rurale, în funcție de gradul de dezvoltare, astfel: o comunitate săracă, o comunitate inegal dezvoltată, o comunitate mediu dezvoltată și una dezvoltată.

În etapa următoare, comunitățile rurale au fost grupate în două categorii: (1) comunități sărace (incluzând o comunitate săracă și o comunitate inegal dezvoltată) și (2) comunități dezvoltate (incluzând o comunitate mediu dezvoltată și o comunitate dezvoltată). Pentru focus grupurile cu beneficiarii (adolescenți și părinți) au fost selectate aleatoriu o comunitate urbană și o comunitate rurală, câte una din cele 2 categorii menționate anterior. La focus grupurile cu membrii echipelor comunitare, atât numărul comunităților urbane, cât și al celor rurale, din care aceștia au fost selectați a fost crescut pentru a asigura participarea unui număr suficient de persoane la discuții.

**Tabelul 1. Comunități selectate pentru componenta de cercetare calitativă**

| Metode de culegere a datelor | Comunități urbane | Comunități rurale | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Comunități sărace | | Comunități dezvoltate | |
| | | sărace | inegal dezvoltate | mediu dezvoltate | dezvoltate |
| Interviuri actori locali | Moinești | Scorțeni | Strugari | Poduri | Zemeș |
| FG adolescenți | Moinești | Strugari | | Poduri | |
| FG părinți | Moinești | Strugari | | Poduri | |
| FG membrii echipelor comunitare | Moinești<br>Târgu Ocna | Scorțeni<br>Strugari | | Poduri<br>Zemeș<br>Căiuți | |

### FOCUS GRUPURI CU COORDONATORII JUDEȚENI

DISCUȚIILE DE GRUP CU COORDONATORII JUDEȚENI AU URMĂRIT IDENTIFICAREA ELEMENTELOR CARE CONTRIBUIE LA SUCCESUL MODELULUI, A PRINCIPALELOR DIFICULTĂȚI ÎN IMPLEMENTARE, CU ACCENT PE DIMENSIUNI PRECUM

COOPERAREA CU ACTORII LOCALI ȘI JUDEȚENI, RESURSELE UMANE IMPLICATE SAU FACTORII CONTEXTUALI, ȘI A RECOMANDĂRILOR ACESTORA ÎN VEDEREA ÎMBUNĂTĂȚIRII INTERVENȚIEI (

Anexa 5).

Număr total de focus grupuri: 2 (1 – coordonatori județeni EIC, 1 – coordonatori județeni – PMS)

Participanți: 7 coordonatori județeni pe componenta EIC, 8 coordonatori județeni pe componenta PMS

### FOCUS GRUPURI CU BENEFICIARII

Focus grupurile cu beneficiarii au oferit informații privind cunoașterea modelului în comunitate, participarea acestora la activitățile derulate în cadrul proiectului implementat de autoritățile locale cu sprijinul UNICEF în comunitățile din care aceștia fac parte și principalele beneficii resimțite de aceștia ca urmare a participării.

Număr total de grupuri: 6

Participanți: adolescenți (2 FG în rural, 1 FG în urban), părinți (2 FG în rural, 1 FG în urban)

Locație: Moinești (1 FG cu părinți, 1 FG cu adolescenți), Strugari și Poduri (1 FG cu părinți, 1 FG cu adolescenți în fiecare comunitate)

Număr de participanți/ focus grup: 6-9 (

Anexa 3).

AU FOST ORGANIZATE FOCUS GRUPURI CU PĂRINȚII (GHIDUL DE FOCUS GRUP ESTE DISPONIBIL ÎN

ANEXA 5) ȘI ADOLESCENȚII (GHIDUL DE FOCUS GRUP ESTE DISPONIBIL ÎN

Anexa 5) în 3 comunități (1 în mediul urban și 2 în mediul rural) și pentru fiecare dintre acestea participanții au fost aleși aleatoriu pe baza listelor cu membrii comunităților respective care au beneficiat de sprijin în cadrul proiectului. Pentru focus grupurile cu adolescenți, din listele cu beneficiari furnizate de UNICEF au fost selectați doar cei cu vârsta peste 14 ani. Atât listele cu părinți, cât și cele cu adolescenți au fost ordonate alfabetic înaintea procedurii de selecție. Pentru ambele categorii de beneficiari, în fiecare localitate a fost selectat un eșantion principal și un eșantion de rezervă. Pentru eșantionul principal selecția a început cu prima persoană din lista ordonată alfabetic și apoi s-a aplicat pasul statistic. Pentru eșantionul de rezervă, selecția a pornit cu a treia persoană din lista ordonată alfabetic și apoi s-a aplicat pasul statistic (Tabelul 2). Pasul statistic a fost calculat ca raport între numărul total de persoane (adolescenți sau părinți) din listă și numărul maxim de participanți la focus grup (8), iar acolo unde rezultatul avea zecimale s-a procedat la rotunjire în minus (cu excepția focus grupului cu adolescenți din Strugari unde, din cauza numărului foarte mic de copii din lista inițială, s-a rotunjit în plus).

**Tabelul 2. Selecția participanților la focus grupurile cu beneficiari**

| | **Strugari** | | **Poduri** | | **Moineș** |
|---|---|---|---|---|---|
| | adolescenți | părinți | adolescenți | părinți | adolescenți |
| Număr total beneficiari în lista din care s-a făcut selecția | 15 | 112 | 28 | 43 | 30 |
| Pas statistic | 2 | 14 | 3 | 5 | 3 |
| Număr participanți la FG | 8 | 8 | 9 | 6 | 8 |

### FOCUS GRUPURI CU MEMBRII ECHIPEI COMUNITARE

Membrii echipelor comunitare selectați pentru focus grup provin din două comunități urbane și 4 comunități rurale (2 sărace și 2 dezvoltate). Numărul mai mic de membri ai echipelor comunitare în anumite comunități a determinat, din considerente privind numărul minim de participanți la discuție, recurgerea la comunități cu același profil din lista de rezervă (Târgu Ocna – urban și Căiuți -rural). Pentru a analiza modul în care aceștia colaborează, focus grupurile au inclus specialiști din cadrul celor două componente ale modelului – EIC și PMS (

Anexa 3).

Număr de focus grupuri: 3

Participanți: membrii ai echipelor comunitare din ambele componente ale modelului – EIC și PMS.

### INTERVIURI CU ACTORI LOCALI

ÎN FIECARE DINTRE COMUNITĂȚILE SELECTATE INIȚIAL (MOINEȘTI, STRUGARI, SCORȚENI, PODURI ȘI ZEMEȘ), AU FOST REALIZATE 4 INTERVIURI CU **ACTORI LOCALI** (GHIDUL DE INTERVIU ESTE DISPONIBIL ÎN

Anexa 5): primar, medic, director școală, asistent social din cadrul primăriei (care nu este implicat în implementarea modelului).

Număr total interviuri: 20

### INTERVIURI CU ACTORI JUDEȚENI

INTERVIURILE CU ACTORI JUDEȚENI (GHIDUL DE INTERVIU ESTE DISPONIBIL ÎN

Anexa 5) au urmărit identificarea gradului de cunoaștere a modelului implementat de UNICEF de către reprezentanții autorităților de la nivelul județului Bacău și a perspectivei acestora asupra modelului în termeni de relevanță în raport cu nevoile copiilor și mamelor din județ, eficacitate și sustenabilitate.

Număr total interviuri: 7

### INTERVIURI CU ACTORI NAȚIONALI

INTERVIURILE CU REPREZENTANȚI AI PRINCIPALELOR INSTITUȚII RELEVANTE LA NIVEL NAȚIONAL (ÎN DOMENIUL PROTECȚIEI COPILULUI, EDUCAȚIEI ȘI SĂNĂTĂȚII) AU AVUT CA OBIECTIV IDENTIFICAREA NOTORIETĂȚII MODELULUI IMPLEMENTAT DE UNICEF LA NIVEL CENTRAL, PRECUM ȘI A PERCEPȚIILOR ACTORILOR DE LA NIVEL CENTRAL ASUPRA RELEVANȚEI ACESTUIA ÎN RAPORT CU POLITICILE PUBLICE DIN DOMENIUL PROTECȚIEI COPILULUI ȘI A MODALITĂȚILOR DE REPLICARE A MODELULUI LA NIVEL NAȚIONAL (GHIDUL DE INTERVIU ESTE DISPONIBIL ÎN

Anexa 5).

Număr total interviuri: 11

### INTERVIURI CU ORGANIZAȚII PARTENERE

INTERVIURILE CU REPREZENTANȚI AI ORGANIZAȚIILOR PARTENERE AU VIZAT CUNOAȘTEREA OPINIILOR ACESTORA PRIVIND RELEVANȚA MODELULUI ȘI CARACTERUL INOVATOR AL ACESTUIA COMPARATIV CU AL ALTOR INIȚIATIVE DE PROFIL, PRECUM ȘI COLECTAREA RECOMANDĂRILOR PARTENERILOR PRIVIND AJUSTAREA MODELULUI, SUSTENABILITATEA ȘI REPLICABILITATEA ACESTUIA LA NIVEL NAȚIONAL (GHIDUL DE INTERVIU ESTE DISPONIBIL ÎN

Anexa 5).

Număr total interviuri: 6

### 3.3. Analiza datelor secundare

Analiza datelor secundare a luat în considerare atât documente elaborate în cadrul modelului (rapoarte privind micro-granturile pentru școli și autorități locale, rapoarte de progres ale modelului, documente programatice ale modelului, raport baseline, metodologie selecție comunități), cât și date statistice (baza de date Tempo, INS; EUROSTAT) și documentele de politică publică relevante (politici la nivel național, strategii intersectoriale, oportunități de finanțare) (Anexa 4). Dintre acestea din urmă menționăm:

- Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020
- Documente programatice - Programul Operațional Capital Uman
- Strategia națională pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014-2020
- Strategia de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2015-2020
- Strategia privind reducerea părăsirii timpurii a școlii în România
- Legislație în domeniul protecției copilului (HG 691/2015)
- Legislație în domeniul asistenței medicale comunitare (OUG 18/2017 privind asistența medicală comunitară).

### 3.4. Limitele metodologiei

Utilizarea metodelor complementare de culegere a datelor a contribuit la depășirea multor dificultăți asociate cu folosirea exclusivă a metodelor cantitative sau calitative și la formarea unei imagini mai cuprinzătoare asupra funcționării modelului. Dintre principalele limite ale metodologiei utilizate menționăm:

- Lipsa operatorului de interviu (în cazul cercetării on-line), care poate genera dificultăți de înțelegere a anumitor întrebări din partea respondenților și, în același timp, ridica cercetătorului semne de întrebare privind calitatea datelor furnizate de aceștia. Pe de altă parte, în sondajele auto-aplicate tendința de a furniza răspunsuri dezirabile este mai puțin întâlnită. De asemenea, respondentul poate răspunde la întrebări în propriul său ritm și chiar în sesiuni multiple, LimeSurvey permițând întreruperea completării chestionarului și reluarea acesteia la o dată ulterioară.
- Chestionarele online au de obicei rate de răspuns mai mici decât cele telefonice sau personale, precum și rate de întrerupere (break-offs) mai ridicate, însă în această cercetare rata de răspuns a depășit cu mult așteptările (peste 70%).
- Potențiala lipsă de acoperire în cazul chestionarelor on-line. În această cercetare însă au existat date de contact pentru majoritatea populației de interes, iar e-mailurile care nu au ajuns la destinație nu au reprezentat o proporție semnificativă din totalul listei de e-mailuri.
- Restrângerea numărului de comunități, cu precădere a celor din mediul rural, incluse în evaluare, ca urmare a consumului ridicat de resurse (umane, de timp, financiare) asociat cu culegerea datelor prin metode calitative.
- Includerea în analiză a unor respondenți dificil de intervievat, din punct de vedere al accesului și disponibilității (actori de la nivel județean sau național), corelată cu schimbările politice recente.

Principalele efecte ale acestei limitări au constat în întârzieri în culegerea datelor față de programarea inițială.

- Dificultăți în respectarea procesului de selecție a beneficiarilor (părinți și adolescenți) pentru focus grupuri. Desfășurarea focus grupurilor în zile lucrătoare, în timpul programului obișnuit de lucru, a făcut dificilă sau chiar imposibilă participarea unor părinți la discuții. Totodată, perioada deplasării echipei de cercetători în teren a coincis cu vacanța școlară, ceea ce a generat probleme și în ceea ce privește participarea unor dintre copiii selectați la discuții. Toate acestea au dus la utilizarea listelor de rezerve și chiar și la suplimentarea acestora.

## 3.5. Elemente de etică, drepturile omului și egalitate de șanse

În cadrul prezentei evaluări au fost respectate atât principiile etice în vigoare în cadrul comunității academice românești și prevederile legislative în vigoare, cât și standardele privind evaluarea elaborate de Națiunile Unite (UNEG, 2016) și Procedura UNICEF privind standardele etice în cercetare, evaluare, colectare și analiză de date (UNICEF, 2015). Aceasta din urmă are la bază trei principii esențiale: respectul pentru toate persoanele, promovarea bunăstării indivizilor și/sau comunităților împreună cu respectarea drepturilor participanților și evitarea vătămării acestora, și evitarea nedreptăților generate de prejudecăți sociale, rasiale, sexuale sau culturale existente în societate. Anterior etapei de colectare a datelor, metodologia și instrumentele utilizate au fost evaluate și avizate de comisia de etică a Institutului de Cercetare a Calităţii Vieţii (

Anexa 6).

Selecția beneficiarilor a respectat principiul egalității de șanse, participanții la focus grupuri fiind extrași aleatoriu din listele furnizate de UNICEF, fără a ține cont de aspecte arbitrare sau irelevante precum nivelul educațional, genul, apartenența etnică sau religioasă, orientarea sexuală sau alte atribute personale (ex. dizabilitatea).

Consimțământul informat a fost obținut de la toți participanții la cercetare sau de la tutorii legali ai acestora (în cazul focus grupurilor cu adolescenți). Participanților la interviuri și focus grupuri li s-a cerut acordul pentru înregistrarea discuției, li s-a comunicat că participarea nu este obligatorie și că se pot retrage din studiu în orice moment doresc sau că pot refuza să răspundă la oricare dintre întrebările adresate de cercetători. Pe parcursul discuțiilor de grup, pentru a asigura respectarea deplină a drepturilor copiilor, aceștia au fost însoțiți de un adult. Participanților li s-a explicat scopul discuției și modul în care vor fi folosite datele. În același timp, temele de discuție nu au abordat subiecte sensibile, care să afecteze emoțional respondenții.

Confidențialitatea, dreptul la viață privată/ intimitate și anonimatul răspunsurilor participanților au fost respectate în toate etapele cercetării. Declarațiile respondenților au fost anonimizate în raport, precum și în bazele de date. Accesul la datele culese a fost permis numai autorilor raportului, care nu le vor distribui unor terțe părți.

Pe durata evaluării, cercetătorii nu s-au aflat într-o situație de conflict de interese.

# 4. CONTEXT

## 4.1. CONTEXTUL NAȚIONAL

Modelul „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității" a debutat în contextul în care România se confrunta cu o serie de probleme socio-economice ca urmare a crizei economice globale cum ar fi creșterea șomajului, scăderea veniturilor, accesul deficitar la servicii publice, accentuarea sărăciei. Datele Eurostat indicau pentru România un procent de populație expusă riscului de sărăcie și excluziune socială de aproape 42% pentru anul 2013 și 40% pentru anul 2014, mult mai mare față de media UE de aproximativ 23% (EUROSTAT, indicator t2020_50). În ce privește copiii, ponderea celor expuși riscului de sărăcie și excluziune socială era, în cazul României, de peste 51% în 2013 și peste 49% în 2014 (EUROSTAT, indicator ilc_peps01). Dintre toate categoriile de populație, copiii și tinerii prezintă cel mai mare risc de sărăcie, iar acesta este și mai ridicat în cazul celor din mediul rural sau de etnie roma (Teșliuc et al., 2015, Preda et.al, 2013). Analizele realizate de către Banca Mondială arată că în 2015 aproximativ o treime dintre copii se regăseau în gospodării care se confruntau cu sărăcie persistentă (Teșliuc et al., 2015,). Disparitățile rural urban încă accentuate în România, și evidențiate de riscul de sărăcie mult mai ridicat din mediul rural (52,7% față de 33,4% în zonele urbane) (Eurostat, 2013, indicator ilc_peps13) se datorează în mare parte accesului deficitar al populației din mediul rural la servicii de sănătate, educație, protecție socială (Teșliuc et al., 2015).

Totodată, sistemul de asistență socială din România este insuficient dezvoltat în raport cu nevoile existente din cauza subfinanțării, cheltuielile cu protecția socială fiind printre cele mai scăzute din UE (doar 14,8% din PIB în anul 2014) (EUROSTAT, indicator: spr_exp_sum). Procentul cheltuielilor cu serviciile sociale din totalul celor de asistență socială a fost de 0,77% în 2013 și 0,69% în 2014,

diferența fiind alocată beneficiilor sociale (MMFPSPV, 2015). Insuficiența resurselor financiare, împreună cu lipsa forței de muncă specializată și o serie de probleme birocratice la angajare (ex. blocarea posturilor, lipsa unor forme flexibile de angajare) au contribuit la o dezvoltare deficitară a serviciilor sociale primare (Lazăr, 2015, MMFPS și Sera România, 2013; MMFPS și IRECSON, 2011).

### POLITICI PUBLICE TRANSVERSALE

Bazat pe experiența proiectelor anterioare derulate de UNICEF ”Inițiativa Hai la școală!” și ”Prima prioritate: niciun copil invizibil!”, modelul „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității” , este în concordanță cu prioritățile principalelor documente strategice adoptate în perioada 2014-2016 ce vizează crearea de servicii comunitare de intervenție integrată, creșterea accesului la educație al copiilor din grupurile vulnerabile, dezvoltarea serviciilor de prevenție sau crearea unui sistem de e-asistență. Dintre acestea menționăm:

1. Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020.
2. Strategia națională pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014-2020.
3. Strategia de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2015-2020.

Obiectivele și activitățile modelului „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității” răspund unora dintre prioritățile de intervenție în domenii precum servicii sociale, educație, sănătate, locuire, ocupare, transferuri sociale etc stabilite în **Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020 (SNISRS).**

- Dezvoltarea unui sistem de e-asistență socială ce presupune colectarea datelor privind nevoile sociale ale cetățenilor utilizând TIC astfel încât să poată fi accesate într-o bază de date comună.
- Crearea serviciilor comunitare de intervenție integrată care să poată oferi servicii de prevenție și servicii sociale primare. Aceste servicii comunitare integrate ar trebui oferite de echipe multidisciplinare formate din asistent social, asistent medical comunitar, mediator școlar, mediator sanitar.
- Dezvoltarea serviciilor sociale la nivel local prin înființarea de SPAS-uri sau reorganizarea acestora și finanțarea corespunzătoare.
- Creșterea accesului la educație al copiilor din grupurile vulnerabile.
- Dezvoltarea serviciilor de prevenție în sănătate la nivel local.
- Finanțarea corespunzătoare a serviciilor sociale, educaționale, de sănătate oferite la nivel local.

Modelul dezvoltat de UNICEF răspunde acestor priorități strategice prin următoarele:

- Metodologia AURORA creată în cadrul proiectului ”Prima prioritate: niciun copil invizibil!” și dezvoltată în cadrul modelului UNICEF presupune colectarea datelor privind vulnerabilitățile sociale și stabilirea serviciilor necesare cu ajutorul unei aplicații informatice.
- Oferirea de servicii comunitare de sănătate, educație și asistență socială în mod integrat prin intermediul unei echipe multidisciplinare formate din asistent social, asistent medical comunitar, consilier școlar, mediator școlar, mediator sanitar.
- Reorganizarea activității SPAS-urilor/compartimentelor de asistență socială ale primăriilor prin punerea unui accent mai mare pe activitatea de prevenție și a muncii de teren și finanțarea unor posturi suplimentare care să permită derularea acestor activități.

- Identificarea nevoilor și a vulnerabilităților copiilor/elevilor și oferirea de servicii contribuie la facilitarea accesului tuturor copiilor la educație de calitate și absolvirea ciclurilor de educație obligatorie (cu dobândirea adecvată a competențelor stabilite prin curriculumul școlar).
- Angajarea de asistenți medicali comunitari la nivelul comunităților pilot, precum și programelor de formare a acestora astfel încât să poată furniza servicii de prevenție în sănătate la nivel comunitar. Totodată, prin activitatea de monitorizare și sprijin de la nivelul județean pentru membrii echipelor comunitare locale, modelul a contribuit la îmbunătățirea relațiilor între diferitele tipuri de lucrători, a relațiilor cu APL și alți actori locali, crescând astfel performanța activității acestora în comunitate.
- Creșterea capacității de furnizare de servicii la nivel local prin finanțarea unui nucleu minim format din asistent social, asistent medical comunitar și consilier educațional (chiar dacă nu a putut fi asigurat un număr optim de lucrători raportat la numărul populației / numărul populației vulnerabile căreia i se adresează într-o comunitate) reprezintă un pas decisiv în abordarea acestei priorități strategice. Documentarea proactivă a nevoii grupurilor vulnerabile și inițierea furnizării serviciilor de prevenire la nivel local reprezintă un mare plus în această direcție strategică; ajustări ale normelor de lucru ale lucrătorilor pot fi elemente de urmărit în etapa viitoare a programului.

Modelul „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității" vine să răspundă și următoarelor obiective ale **Strategiei naționale pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014-2020** (SNPPDC):

- Obiectivul specific 1.1 Creșterea gradului de acoperire a serviciilor la nivel local.
- Obiectiv specific 2.1. Asigurarea unui minim de resurse pentru copii, în cadrul unui program național anti sărăcie.
- Obiectiv specific 2.4. Reducerea decalajului de oportunități dintre copiii romi și ne-romi

Activitățile prevăzute în cadrul modelului care vin să răspundă acestor obiective sunt:

- Dezvoltarea unui pachet integrat de servicii (educație, sănătate și protecție socială) care să acopere o gamă cât mai variată de nevoi ale copilului. Acest pachet de servicii integrate este furnizat prin intermediul unei echipe multidisciplinare formate din asistent social, asistent medical comunitar, consilier școlar, mediator școlar, mediator sanitar.
- Aplicația AURORA permite o cunoaștere detaliată a vulnerabilităților copiilor astfel încât să poată fi stabilite și oferite serviciile necesare.
- Serviciile oferite prin Pachetul Minim de Servicii vin să răspundă nevoilor copilului din cele trei domenii – educație, sănătate și protecție socială. Numărul copiilor din comunitățile modelului care au acces la servicii de bază a crescut.
- Reducerea nivelului de discriminarea a populației de etnie romă și creșterea autonomiei familiilor și adolescenților de etnie romă s-a realizat prin: furnizarea kiturilor pedagogice privind dezvoltarea stimei de sine și formarea cadrelor didactice pentru a le utiliza; realizarea de lecții demonstrative pentru utilizarea kiturilor pedagogice privind dezvoltarea stimei de sine; dezvoltarea metodologiei de selecție a modelelor pentru dezvoltarea stimei de sine; formarea profesională a membrilor echipelor comunitare în lucrul cu populația de etnie romă;

Obiectivele specifice ale *Strategiei de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2015-2020* cărora modelul UNICEF le răspunde sunt:

- Reducerea decalajului de acumulare educaţională (nivel de cunoştinţe) şi participare şcolară la toate nivelurile (preşcolar, primar, gimnazial, liceal, terţiar) între cetăţenii români aparţinând minorităţii rome şi restul populaţiei.
- Reducerea decalajului socio-economic între elevii romi şi cei ne-romi în aspectele care blochează incluziunea educaţională (hrană, haine, condiţii de locuire, stare de sănătate) inclusiv prin furnizarea de suport pentru îmbunătăţirea situaţiei economice a familiei sau asigurarea de transport gratuit zilnic de acasă la şcoală.
- Promovarea educaţiei incluzive şi reducerea cazurilor de discriminare şi segregare şcolară pe baze etnice, de statut social, dizabilităţi sau alte criterii care afectează copiii şi tinerii proveniţi din grupuri dezavantajate, inclusiv prin instituirea unui sistem de identificare eficace, monitorizare şi intervenţie promptă pentru eradicarea cazurilor de segregare şcolară şi completarea legislaţiei actuale pentru combaterea segregării (Ordinul nr. 1540 din 19 iulie 2007), cu sancţiuni sau acţiuni obligatorii în cazul depistării situaţiilor de segregare şcolară.

Acestor obiective ale *Strategiei de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2015-2020*, modelul UNICEF le răspunde prin:

- Pachetul Minim de Servicii care furnizează servicii în domeniul educației, sănătății și protecției sociale tuturor copiilor din comunitățile in care se aplică modelul, indiferent de etnie.
- Includerea în cadrul echipelor comunitare a mediatorului sanitar și a celui școlar în comunitățile unde există populație roma pentru a facilita furnizarea pachetului de servicii în cadrul acestora.
- Promovarea educației incluzive de calitate, printr-un pachet dedicat.

### PROTECȚIA COPILULUI

Sistemul de protecție a copilului se confruntă cu probleme atât sub aspectul finanțării, ponderea cheltuielilor pentru familie și copil în totalul cheltuielilor pentru protecția socială scăzând cu aproximativ o treime între 2005 și 2010, a numărului de angajați care a scăzut cu 27% față de 2007, cât și cu dificultăți generate de colaborarea insuficientă între autorități în vederea implementării legislației în vigoare (SNPPDC 2014-2020).

În perioada de implementarea a modelului, a fost adoptată HG 691/2015 pentru aprobarea *Metodologiei de lucru privind colaborarea dintre direcţiile generale de asistenţă socială şi protecţia copilului şi serviciile publice de asistenţă socială şi a modelului standard al documentelor elaborate de către acestea,* care se bazează pe rezultatele obținute din implementarea metodologiei AURORA. Conform acestei metodologii serviciul public de asistență socială trebuie să identifice situațiile de risc la care este supus copilul şi care impun acordarea de servicii şi beneficii, având în vedere următoarele aspecte: a) situația economică a familiei; b) situația socială a familiei; c) starea de sănătate a membrilor familiei; d) nivelul de educație al membrilor familiei; e) condițiile de locuit ale familiei; f) existența unor comportamente de risc identificate în cadrul familiei. Această metodologie cuprinde o fișă de observație pentru realizarea analizei de nevoi și o fișă de identificare a riscurilor privind situația familiilor cu copii din România, acestea fiind dezvoltate pe baza chestionarului de evaluare a nevoilor din aplicația AURORA. În termen de 2 ani de la data intrării în vigoare ar fi trebuit completate fișe pentru toți copiii în situație de risc aflați la nivelul unității administrativ-teritoriale, dar aceste fișe nu au fost însoțite și de o bază de date în care să fie introduse informațiile colectate fapt ce a făcut imposibilă centralizarea datelor.

## SĂNĂTATE

Sistemul de sănătate din România se află din punct de vedere al performanțelor sale pe ultimele locuri din Uniunea Europeană, înregistrând valorile cele mai mari din Europa pentru mortalitatea infantilă (8.35 la mie in 2014[2]) și probabilitatea de deces până la vârsta de 5 ani ( 9,7 la mie în 2014[3]). De asemenea, mortalitatea maternă , care înregistra valoarea de 12.27 la suta de mii de născuți vii în 2014, și numărul de nou născuți vii la mame sub 20 de ani (18595 nașteri vii la mame sub 20 de ani în 2014) au cele mai ridicate valori din Europa.

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 aprobată prin HG 1028 din 18 noiembrie 2014 are două obiective generale ce țintesc rezolvarea problemei insuficienței serviciilor de prevenție la nivel local, respectiv OG1 care urmărește „Îmbunătățirea stării de sănătate şi nutriție a femeii şi copilului" și OG4 care urmărește „Asigurarea accesului echitabil la servicii de sănătate de calitate şi cost-eficace, în special la grupurile vulnerabile". OG4 are în mod explicit un obiectiv specific îndreptat către dezvoltarea serviciilor de asistență comunitară („O.S. 4.1. Dezvoltarea serviciilor de asistență comunitară, integrate şi comprehensive, destinate în principal populației din mediul rural şi grupurilor vulnerabile inclusiv Roma"). Strategia recunoaște astfel necesitatea unei mai bune integrări a serviciilor medicale și sociale și propune dezvoltarea de centre comunitare care să furnizeze principalele servicii integrate de la nivel comunitar.

Având în vedere necesitatea de a clarifica organizarea și funcționarea instituțională a Centrelor Comunitare Integrate, de a asigura sustenabilitatea activităților asistentelor medicale comunitare din diferitele programe pilot și în virtutea prevederilor Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020, respectiv a obiectivelor de dezvoltare a asistenței medicale comunitare integrate și comprehensive, Ministerul Sănătății inițiază OUG 18/2017 privind asistența medicală comunitară, OUG care este aprobată și este în vigoare începând cu 01 martie 2017, având termen de 60 de zile pentru elaborarea normelor de aplicare.

Modelul „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității" se pliază pe cele 2 obiective ale Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020, „Îmbunătățirea stării de sănătate şi nutriție a femeii şi copilului" și „Asigurarea accesului echitabil la servicii de sănătate de calitate şi cost-eficace, în special la grupurile vulnerabile". De altfel, UNICEF a fost unul din principalii parteneri instituționali care a sprijinit Ministerul Sănătății în procesul de elaborare și consultare care a dus la definirea acestei Strategii.

[2] http://data.euro.who.int/hfadb/
[3] http://data.euro.who.int/hfadb/

### EDUCAȚIE

La nivelul sistemului de învățământ din România, în ultimii 25 de ani au fost elaborate numeroase strategii naționale în care au fost asumate obiectivele prevăzute în strategiile de la nivel UE, în special cele prevăzute în Strategia Europa-2020. Obiectivele pe care România și le-a asumat în domeniul educației pentru 2020 prevăd: reducerea părăsirii timpurii a sistemului de învățământ (maxim 11,3% până în 2020), creșterea ratei de participare a copiilor la nivel preșcolar (cel puțin 95 % dintre copiii cu vârsta cuprinsă între 4 ani și vârsta pentru înscrierea obligatorie la școala primară, trebuie să beneficieze de educație preșcolară), creșterea performanțelor educaționale ale elevilor din sistemul obligatoriu de educație (procentul persoanelor cu vârsta de 15 ani, cu competențe scăzute de citire, matematică și științe exacte, ar trebui să fie cel mult 15 %) (European Commission, 2015, Apostu et al, 2012, Eurostat 2015). Datele actuale demonstrează însă că sistemul de învățământ din România este departe a atinge aceste obiective: rata de părăsire timpurie a sistemului de învățământ s-a menținut în ultimii ani la valoarea de 18%, participarea la educația timpurie este de 87,3%, iar ponderea elevilor cu vârsta de 15 ani cu competențe scăzute la citire, matematică și științe este de peste 30% (PISA, 2015, European Commission, 2015). Cauzele care conduc la menținerea acestei situații problematice la nivelul sistemului nostru de învățământ sunt atât de natură externă școlii (factori socio-economici, scăderea valorii sociale a diplomelor școlare măsurată în șanse de acces pe piața muncii a absolvenților etc.), cât și interne (calitatea educației, nivelul de dotare tehnico-materială al școlilor, competențele/ nivelul de pregătire a personalului didactic, relația dintre școală și celelalte instituții publice și private, dar și relația dintre școală și familie).

În perioada de implementare a modelului UNICEF au fost adoptate o serie de măsuri de politică publică în domeniul educației cu relevanță pentru componenta Educație Incluzivă de Calitate (unele fiind chiar rezultatul eforturilor de advocacy ale UNICEF):

- ORDIN nr. 6158 din 22 decembrie 2016 privind aprobarea Planului de acțiune pentru desegregare școlară şi creșterea calităţii educaţionale în unităţile de învăţământ preuniversitar din România;
- ORDIN nr. 6134 din 21 decembrie 2016 privind interzicerea segregării şcolare în unităţile de învăţământ preuniversitar;
- ORDIN Nr. 1985/1305/5805/2016 din 4 octombrie 2016 privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea şi intervenţia integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilităţi în grad de handicap, a orientării şcolare şi profesionale a copiilor cu cerinţe educaţionale speciale, precum şi în vederea abilitării şi reabilitării copiilor cu dizabilităţi şi/sau cerinţe educaţionale special;
- ORDONANŢĂ DE URGENŢĂ nr. 96 din 8 decembrie 2016 pentru modificarea şi completarea unor acte normative în domeniile educaţiei, cercetării, formării profesionale şi sănătăţii.
- A fost semnat un Protocol de cooperare MEN – UNICEF privind implementarea planului de acțiune pentru desegregare școlară şi creşterea calităţii educaţionale în unităţile de învăţământ preuniversitar din România.

## 4.2. CONTEXTUL LOCAL

La ultimul recensământ populația județului Bacău era de 616.168 de persoane, din care 2,5% s-au declarat ca fiind de etnie romă. Față de ultimul recensământ populația a scăzut, în 2015 ajungând la 602.399 de persoane, dintre care 23% cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani (

Tabelul 3). Din totalul populației cu vârste între 0 și 18 ani, 38% se găsește în mediul urban și 62% în cel rural.

Tabelul 3. Populația între 0-18 ani pe medii de rezidență, județul Bacău

| Grupe de vârstă | Mediu de rezidență | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|
| **0-4 ani** | Total | 33071 | 31784 | 31295 | 31954 |
| | Urban | 13475 | 13052 | 12940 | 13562 |
| | Rural | 19596 | 18732 | 18355 | 18392 |
| **5-9 ani** | Total | 37180 | 36839 | 36313 | 35656 |
| | Urban | 13831 | 14049 | 14184 | 14190 |
| | Rural | 23349 | 22790 | 22129 | 21466 |
| **10-14 ani** | Total | 39298 | 38771 | 38155 | 37574 |
| | Urban | 13336 | 13112 | 12978 | 13027 |
| | Rural | 25962 | 25659 | 25177 | 24547 |
| **15-18 ani** | Total | 31440 | 31197 | 31157 | 31410 |
| | Urban | 11679 | 11271 | 10905 | 10706 |
| | Rural | 19761 | 19926 | 20252 | 20704 |

Sursa: INS, baza de date TEMPO online, POP106A

La fel ca și în alte județe, nici în Bacău serviciile de asistență socială nu sunt suficient dezvoltate raportat la nevoile existente din cauza lipsei resurselor financiare (Stadiul dezvoltării serviciilor sociale în România, 2011). Astfel, la finalul anului 2013 în județ existau 74 de furnizori de servicii de asistență socială, din care 40 privați și 34 publici. Din cei 34 de furnizori publici, 30 sunt servicii acreditate la nivelul autorităților locale – 23 în mediul rural și 7 în urban (Strategia județeană de dezvoltare a serviciilor sociale 2014-2020, 2014, p.71). Având în vedere că în județ sunt 85 de comune și doar 23 de servicii de asistență socială acreditate, se poate observa că un număr semnificativ de localități rurale nu au astfel de servicii, fapt ce face ca un număr important de potențial beneficiari să nu aibă acces la ele. Cel mai mare furnizor public de servicii sociale este Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului. Din totalul serviciilor de asistență socială oferite de furnizorii publici și privați în județ, 45,7% erau destinate copiilor (Strategia județeană de dezvoltare a serviciilor sociale 2014-2020, 2014, p. 72).

### POLITICI PUBLICE LOCALE

La nivelul județului Bacău există două documente strategice importante adoptate înainte de demararea modelului UNICEF, care au stabilite priorități/obiective în domeniul incluziunii sociale, educației și sănătății:

- Strategia de dezvoltare durabilă a județului Bacău 2010 – 2021 (document publicat în noiembrie 2010) care prevede sporirea accesului la servicii sociale, de sănătate şi educaționale şi utilități de bază. Obiectivul strategic vertical 4 vizează promovarea convergenței economice şi creșterea incluziunii sociale prin creșterea accesului la servicii de sănătate și educație în mediul rural și facilitarea accesului copiilor abandonați, a celor din centre de plasament şi membrilor familiilor afectate de migrație la servicii educaționale de calitate şi la programe sociale. Obiectivul strategic orizontal 4 prevede îmbunătățirea serviciilor de sănătate şi educație prin îmbunătățirea furnizării serviciilor de sănătate, mai ales în mediul rural, standardizarea serviciilor de sănătate,

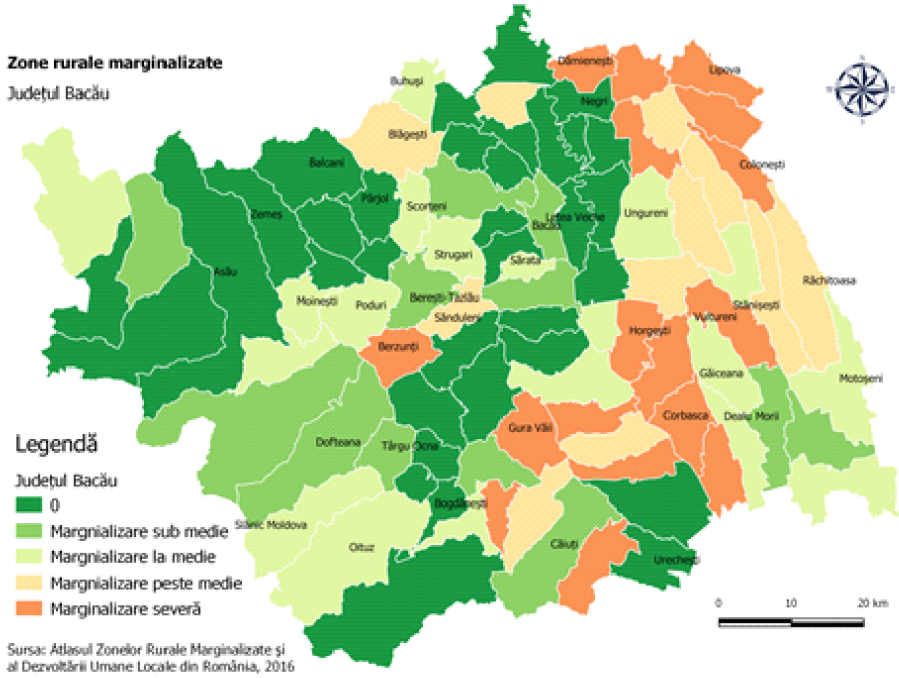
îmbunătățirea infrastructurii şi calității furnizării serviciilor de educație, reducerea şi prevenirea abandonului școlar în special în mediul rural. Modelul UNICEF răspunde obiectivelor strategice identificate la nivel județean și nevoii de creștere a calității serviciilor de sănătate, educație și protecție socială, contribuind astfel la incluziunea socială a persoanelor din grupurile vulnerabile.

- Strategia județeană de dezvoltare a serviciilor sociale 2014-2020 (aprobată în 24.06.2014) care are ca direcții de acțiune: asigurarea bunăstării vieții copilului în mediul familial, garantarea drepturilor și incluziunea socială a copiilor aflați în situații de vulnerabilitate, continuarea tranziției de la îngrijirea instituționalizată la cea comunitară, eliminarea tuturor formelor de violență împotriva copilului și promovarea participării copilului la viața comunitară. Stabilirea unora dintre aceste direcții de acțiune și a obiectivelor specifice a avut la bază și rezultatele obținute în urma implementării proiectului UNICEF ”Prima prioritate: niciun copil invizibil”. Modelul UNICEF, prin obiectivele și activitățile propuse, vine să răspundă obiectivelor specifice ale acestei strategii care vizează creșterea calității serviciilor publice de asistență socială și servicii sociale de la nivel local (OS 1.1), îmbunătățirea accesului tuturor copiilor la educație (OS 1.2, OS 2.4), îmbunătățirea accesului copiilor și părinților lor la servicii de sănătate de calitate (OS 1.3), promovarea accesului copiilor la activități recreative și de petrecere a timpului liber (OS 1.4), creșterea capacității beneficiarilor de a accesa și utiliza servicii comunitare integrate adresate copilului și familiei (OS 1.5, OS 2.2), dezvoltarea și implementarea unui sistem de evaluare și monitorizare a respectării drepturilor copilului (OS 1.6).

### INCLUZIUNE SOCIALĂ

Județul Bacău se află în regiunea Nord-Est, cea mai săracă din România având 34% din media PIB-ului UE (EUROSTAT, 2017). Un procent de 37% din populația urbană a județului Bacău se află într-o situație de marginalizare – 6,4% în zone dezavantajate pe locuire, 12,5% în zone dezavantajate pe ocupare, 12,6% în zone dezavantajate pe capital uman, 3,4% în zone marginalizate și 2,1% în zone cu instituții sau populație sub 50 de locuitori (Atlasul zonelor urbane marginalizate din România, 2015, p. 274). În mediul rural, 10,2% din populație se află în zone marginalizate din care 2,8% sunt comunități roma (Atlasul zonelor rurale marginalizate și al dezvoltării umane locale din România, 2015, p. 273). Cu un indice al dezvoltării umane în rural de 49, județul Bacău este încadrat în categoria dezvoltării medii (Atlasul zonelor rurale marginalizate și al dezvoltării umane locale din România, 2015, p. 372). Distribuția populației după nivelul dezvoltării umane locale în Bacău indică următoarele: 7,3% din populație se găsește în sate cu o dezvoltare scăzută, 18,3% în sate cu dezvoltare medie spre scăzută, 37,8% în cele cu o dezvoltare medie, 29,4% în cele cu dezvoltare medie spre ridicată și 6,8% în cele cu dezvoltare comprehensivă (Atlasul zonelor rurale marginalizate și al dezvoltării umane locale din România, 2015, p. 170). Bacăul este unul dintre cele 18 județe în care între 50% și 65% din drumurile județene și comunale sunt din pământ și piatră și necesită modernizare (Teșliuc et al., 2015, pag. 301)

**Figura 2. Localitățile din jud. Bacău în funcție de gradul de marginalizare**




Rezultatele proiectului ”Prima prioritate: niciun copil invizibil” implementat de UNICEF în 13 comunități ale județului Bacău indicau un număr de 600 de copii ”invizibili” care prezintă un cumul de vulnerabilități, nu beneficiază de servicii sau suport și se confruntă cu un risc mult mai mare de excluziune socială (Strategia județeană de dezvoltare a serviciilor sociale 2014-2020, 2014, p.13).

Județul Bacău este caracterizat cu o serie de probleme în ce privește incluziunea socială:

- Este unul dintre cele 10 județe cu cel mai mare număr de copii din mame adolescente (Teșliuc et al., 2015, p. 153).
- 4,5% (cca 7500) dintre copiii care au părinți migranți (în multe cazuri chiar ambii părinți plecați) se regăsesc în județul Bacău (Teșliuc et al., 2015, p. 150; Strategia județeană de dezvoltare a serviciilor sociale pentru perioada 2014-2020, p. 27).
- Riscul de sărăcie și excluziune socială este mai ridicat pentru grupurile vulnerabile din cauza accesului deficitar la serviciile de sănătate, educație și asistență socială. Situația cea mai gravă se întâlnește în mediul rural, unde calitatea și numărul acestor servicii sunt mult mai reduse. (Strategia județeană de dezvoltare a serviciilor sociale 2014-2020, 2014, p.13)
- În cazul copiilor roma accesul la educație este în continuare deficitar, doi din zece nefiind cuprinși într-o formă de învățământ din cauza situației materiale a familiei (Strategia județeană de dezvoltare a serviciilor sociale 2014-2020, 2014, p. 27).

### PROTECȚIA COPILULUI

Sistemul de protecție copilului în județul Bacău se confruntă cu o serie de aspecte problematice cum ar fi:

- Scăderea numărului de asistenți maternali profesioniști cu 33% față de 2006, ceea ce a dus la necesitatea plasării mai multor copii la un asistent maternal profesionist. (Strategia județeană de dezvoltare a serviciilor sociale pentru perioada 2014-2020, p. 20).
- Număr mare de copii aflați în situație de risc, peste 4000 de cazuri instrumentate în perioada 2006-2013, dintre acestea 74% fiind de neglijare/abuz/exploatare (Strategia județeană de dezvoltare a serviciilor sociale pentru perioada 2014-2020, p. 23).
- Numărul copiilor aflați în sistem de îngrijire rezidențial era de 417 în anul 2013, dintre care 233 sunt cu handicap (Strategia județeană de dezvoltare a serviciilor sociale pentru perioada 2014-2020, p. 17).

### EDUCAȚIE

Pe baza Raportului privind starea învățământului în anul 2014-2015, elaborat de Inspectoratul Școlar Județean Bacău, menționăm câteva dintre caracteristicile județului Bacău din punct de vedere al sistemului de învățământ:

- În anul școlar 2014-2015 în județul Bacău funcționau 168 de unități de învățământ de masă cu personalitate juridică, dintre care 69 în mediul urban și 99 în mediul rural, 5 unități de învățământ special, exclusiv în mediul urban și 4 palate și cluburi ale copiilor, cluburi sportive școlare și centre de excelență. Numărul unităților de învățământ de masă arondate era în același an școlar de 683.
- Populația școlară la nivelul județului a înregistrat o continuă scădere, ajungând de la 141.636 elevi în anul școlar 2004-2005 la 120.063 în anul școlar 2012-2013 și 106.599 în anul 2014-2015.
- Din totalul normelor, 80.65% erau ocupate de titulari, în creștere cu mai puțin de un procent față de anul anterior.
- De consiliere individuală au beneficiat 23% dintre preșcolari și 13% dintre elevii de clasele I-XII care au avut acces la serviciile unui consilier.

### SĂNĂTATE

Accesul la asistența medicală la nivelul județului prezintă importante disparități; astfel, la o populație rurală care reprezintă 56,64% din populația județului, personalul medical care o deservește reprezintă numai 9% din personalul medical de la nivelul județului.

Numărul medicilor de familie din județ se ridică la 297, din care 162 își desfășoară activitatea în mediul urban și 135 în mediul rural (INS, Tempo online, SAN104B). Având în vedere că mai bine de jumătate din populația județului (348.751 de persoane totalul de 616.168 a nivelul județului la recensământul din 2011) se regăsește în mediul rural, se poate afirma că accesul la serviciile de primă linie oferite de medicul de familie este mult mai mic în mediul rural, unde unui medic de familie i-ar

reveni în medie 2583 persoane, față de 1650 locuitori care revin unui medic de familie din mediul urban.

De asemenea, rețeaua de asistență medicală comunitară nu este dezvoltată uniform la nivelul județului, numai 15 din 85 comune din județul Bacău având acces la serviciile unui asistent medical comunitar și numai 4 dispunând de mediatori sanitari.

Dintre fenomenele îngrijorătoare cauzate de accesul scăzut la servicii de sănătate de primă linie am putea enumera sarcinile frecvente la grupe de vârstă tinere, persistența persoanelor neasigurate sau neînscrise la medicul de familie, părăsirea copiilor nou născuți sau a celor de vârste mici în maternități sau spitale, etc.

# 5. REZULTATELE MTR

## 5.1. ETAPA DE PREGĂTIRE A MODELULUI

Modelul „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității" a avut la bază o teorie a schimbării dezvoltată în septembrie 2014, care definea rezultatele ce urmau a fi atinse în urma implementării celor două pachete (Pachetul minim de servicii și Pachetul educație incluzivă de calitate) în domeniile protecției sociale, sănătății și educației. Dezvoltarea teoriei schimbării a fost realizată avându-se în vedere rezultatele, dar și lecțiile învățate din implementarea celor două proiecte anterioare din educație – „Inițiativa Hai la școală!" – și protecția copilului – „Prima prioritate: niciun copil invizibil", fapt ce a permis o fundamentare serioasă a intervenției și asigurarea unei continuități în activitățile implementate de către UNICEF. Această continuitate în activități și dezvoltarea/modificarea acestora pe baza lecțiilor învățate contribuie la oferirea de modele de intervenție necesare pentru crearea unor politici publice eficiente.

Pregătirea modelului „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității" a presupus: selectarea comunităților în care să se implementeze activitățile propuse, realizarea evaluării inițiale a nevoilor comunitare, stabilirea parteneriatelor cu actorii locali, județeni și naționali, selecția și recrutarea resurselor umane implicate în derularea activităților, elaborarea mecanismului de monitorizare și evaluare a modelului.

### 5.1.1. TEORIA SCHIMBĂRII

Teoria schimbării care stă la baza modelului a fost clar definită în etapa de pregătire, ipoteza principală fiind formulată corect și încadrându-se în bunele practici recunoscute la nivel internațional, pornind de la premisa că un copil care are acces și primește servicii socio-medico-educaționale de bază se va dezvolta într-o manieră optimă. Această teorie a schimbării a inclus ipoteza, obiectivele, activitățile și rezultatele așteptate.

În urma consultărilor cu actorii de la nivel național și local implicați în derularea modelului, în 2015, această teorie a schimbării a fost dezvoltată, fiind aduse îmbunătățiri obiectivelor și matricei logice astfel încât să se realizeze o implementare cât mai eficientă. Această flexibilitate în ajustarea teoriei schimbării și implicit a modelului este benefică deoarece permite o implementarea corectă și eficientă care să răspundă nevoilor existente și realităților locale.

Chiar dacă în teoria schimbării se discută despre impactul estimat în urma implementării celor două pachete într-un mod integrat/coordonat, se oferă puține detalii referitoare la modalitățile de realizare a acestei coordonări/integrări.

Elementele de succes:

- Dezvoltarea teoriei schimbării pornind de la experiența proiectelor implementate anterior care a fundamentat ipoteza, obiectivele, activitățile și rezultatele așteptate
- Flexibilitatea în ajustarea rezultatelor inițiale în funcție de nevoile apărute pe perioada implementării – acest fapt a permis o adaptare mai bună la problemele identificate și o implementare mai eficientă
- Flexibilitatea în dezvoltarea teoriei schimbării ca urmare a consultării cu actorii relevanți, care a condus la o eficientizare a matricei logice

Principalele provocări:

- Informații insuficiente privind modalitățile de integrare a celor 2 pachete ale modelului: PMS și EIC.

### 5.1.2. PARTENERIATE

Modelul UNICEF vine în sprijinul comunităților locale și le ajută să implementeze prevederile legislației în vigoare, conform căreia responsabilitatea pentru identificarea nevoilor sociale locale și oferirea serviciilor sociale primare revine serviciilor publice de asistență socială aflate la nivelul autorităților locale. În același timp, implementarea principiilor educației incluzive de calitate revine instituțiilor de învățământ. Din acest motiv, o cerință pentru implementarea proiectului a fost ca membrii echipelor locale – asistenții sociali, asistenții medicali comunitari, mediatorii sanitari - să fie angajați de autoritățile publice locale, iar mediatorii școlari, consilierii școlari să fie angajați prin CJRAE –, chiar dacă finanțarea salariilor acestora venea de la UNICEF. Ulterior acest lucru a contribuit și la responsabilizarea autorităților locale, la creșterea gradului de încredere al populației în acestea și la asigurarea sustenabilității activităților implementate.

Selecția comunităților în care modelul urma a fi implementat s-a realizat pe baza unei metodologii create de experți independenți în domeniu, metodologie ce a urmărit nivelul de dezvoltare a comunităților (indicele de dezvoltare locală), urmată apoi de interesul manifestat de acestea față de model și de dorința de implicare. Atingerea numărului de 45 comunități a fost o provocare dat fiind că răspunsul autorităților locale la program a fost diferit, respectiv au existat lideri care au înțeles importanța modelului, dar au existat și comunități care nu au acceptat de la început să facă parte din acest efort și în care au fost necesare activități suplimentare de informare, documentare a necesității, fezabilității și valorii adăugate a modelului pentru reprezentanții APL. În cazul comunităților în care nu a fost posibilă implementarea modelului au existat două tipuri distincte de situații: cea în care nu a existat disponibilitate din partea autorităților locale de a se implica într-un asemenea demers și cea de-a doua, în care nu a fost posibilă implementarea din cauza lipsei resurselor umane care să aibă cel puțin studii medii și care să poată fi calificate pentru a furniza serviciile prevăzute. Acceptarea implementării modelului de către autoritățile locale a fost influențată pozitiv de existența parteneriatelor încheiate de UNICEF cu instituțiile publice județene din domeniile educației, sănătății, protecției sociale (inclusiv Consiliul Județean). În condițiile în care pe viitor se dorește extinderea modelului, pentru contracararea riscurilor asociate cu interesul scăzut

al reprezentanților APL față de model, este necesară intensificarea demersurilor de advocacy și comunicare.

Modelul menționează implicarea la nivel național a principalelor instituții publice direct răspunzătoare, respectiv ministerele sectoriale, dar și Ministerul de Finanțe, Ministerul Fondurilor Europene, etc. Principala modalitate de implicare este participarea la Comitetul de Coordonare al modelului și la planificarea comună a activităților proiectului pentru a se asigura un management participativ și o responsabilizare a acestor instituții astfel încât să devină parteneri activi. În același timp, în alcătuirea acestei structuri participative de management s-a pornit de la premisa că implicarea actorilor naționali va asigura sustenabilitatea și replicabilitatea modelului. Cu toate acestea, interviurile cu actori naționali ridică un semn de întrebare asupra capacității reprezentanților din diferite ministere, care participă la Comitetul de Coordonare, de a include lecțiile învățate în planurile de acțiune anuale bugetate ale instituțiilor publice pe care le reprezintă și de a genera decizii în sprijinul sustenabilității modelului.

Implicarea actorilor neguvernamentali este însă redusă, atât la nivel județean cât și la nivel național, în special a acelor ONG-uri cu tradiție în furnizarea de servicii integrate către copii în comunitate care au activități similare celor propuse de model (Salvați Copiii, World Vision, Fundația de Sprijin Comunitar Bacău, SERA România etc.). Interviurile realizate cu reprezentanții ONG-urilor au relevat lipsa de implicare a acestora în faza de pregătire a modelului, aceştia considerând că inputul adus de ele ar fi fost util pentru cunoașterea realităților locale, iar un parteneriat ar fi facilitat implementarea unora dintre activități:

> *„Ar fi fost utilă poate o discuție cu ONG-urile care implementau activități în Bacău pentru că aceștia cunoșteau realitățile și ar fi putut să le furnizeze informații care să îi ajute și să preîntâmpine unele probleme. Unele parteneriate cu ONG-uri ar fi putut asigura realizarea unor servicii suplimentare.*" (reprezentant ONG cu activitate în județul Bacău)

În pachetul EIC, o parte dintre activități au fost prevăzute a se realiza de către ONG-uri cu expertiză în domeniile solicitate – educație parentală, formarea cadrelor didactice, reducerea discriminării pe criterii etnice etc.

Elemente de succes:

- Implicarea partenerilor naționali în Comitetul de Coordonare pentru realizarea unei viziuni împărtășite asupra planificării activităților proiectului, coordonarea acestora;
- Realizarea de parteneriate cu APL care să faciliteze implementarea și sustenabilitatea modelului;
- Diversitatea partenerilor din cadrul componentei EIC care să asigure intervenții centrate pe copil realizate la nivelul școlii și familiei,

Principalele provocări:

- Inerția abordării sectoriale a entităților instituționale de la nivel național și lipsa coordonării interministeriale pentru implementarea de servicii comunitare integrate;
- Comunicarea interinstituțională greoaie la nivel județean;
- Lipsa parteneriatelor locale cu ONG-uri care să fie implicate în planificarea modelului.

### 5.1.3. RESURSE UMANE

Implementarea corespunzătoare a modelului a necesitat recrutarea/ angajarea personalului care să furnizeze serviciile comunitare, respectiv asistent social, asistent medical comunitar, consilier școlar și, după caz, mediator școlar și mediator sanitar. Această activitate pregătitoare a fost una dintre cele mai dificile și s-a realizat în etape din cauza lipsei disponibilității personalului calificat care să participe la concursurile de angajare organizate.

Resursele umane necesare pentru implementarea modelului au fost specificate din etapa de pregătire a modelului, respectiv s-a avut în vedere angajarea în comunitate a lucrătorilor care să reprezinte toate tipurile de servicii ce se doresc a fi furnizate integrat în cadrul modelului: asistentul medical comunitar, mediatorul școlar, consilierul școlar. Inițiativa nu a avut în intenție să recomande o normare a priori, ci a pornit de la premisa ca inițial să se poată furniza aceste servicii într-o modalitate integrată și apoi, pe baza acestei experiențe, să se poată furniza feedback asupra normativelor prevăzute în legislația națională aferentă.

Din partea UNICEF a existat pentru autoritățile publice locale o propunere de criterii de selecție a resurselor umane necesare implementării modelului, precum și recomandarea de a lua în considerare standardele profesionale existente. UNICEF a lăsat la latitudinea fiecărei autorități publice locale să stabilească aceste criterii de selecție, cu respectarea legislației în vigoare. În funcție de realitățile existente în fiecare localitate criteriile de selecție a resurselor umane au fost adaptate ulterior astfel încât să se asigure existența personalului necesar în implementare. Astfel, lipsa asistenților sociali calificați a făcut ca pe aceste posturi să fie angajate persoane care au absolvit un curs de specializare în asistență socială realizat de către DGASPC. Organizarea acestui curs de specializare în asistență socială a fost una dintre soluțiile identificate de către echipa proiectului pentru rezolvarea problemei lipsei asistenților sociali, însă a dus la întârzierea implementării unor activități.

Elemente de succes:

- Flexibilitatea în organizarea de activități de instruire suplimentare care să permită angajarea lucrătorilor sociali;
- Parteneriatul pe termen lung cu APL-urile și CJRAE care oferă o siguranță în privința surselor de finanțare pentru membrii echipelor comunitare și consilierilor școlari.

Principalele provocări:

- Recrutarea personalului de specialitate a fost dificilă, atât în ce privește asistentul medical comunitar, asistentul social și consilierul școlar, pentru multe dintre aceste posturi fiind necesare mai multe apeluri de angajare sau chiar organizarea de cursuri de specializare, cum a fost cazul asistenților sociali.
- Dimensionarea resurselor umane necesare la nivel comunitar necorelată cu specificul comunității (populație, probleme sociale, dispersie teritorială etc.);
- Lipsa consilierilor școlari specializați în comunitățile izolate, ca urmare a remunerației prea mici în raport cu efortul de deplasare în aceste zone. În același timp, efectivele reduse de elevi dintr-o școală fac ca un consilier școlar să își realizeze norma prin acoperirea a 2-3 localități, acest lucru presupunând costuri de deplasare ridicate care demotivează potențialii doritori.

### 5.1.4. MONITORIZARE ȘI EVALUARE

Având în vedere că unul dintre obiectivele modelului vizează testarea furnizării serviciilor comunitare existente în legislație, dar insuficient și/sau incorect implementate, pentru a extinde implementarea lor la nivel național, componenta de monitorizare și evaluare este extrem de importantă nu doar pentru măsurarea atingerii obiectivelor, ci și pentru identificarea rapidă a eventualelor probleme apărute pe parcursul procesului de implementare a modelului. Monitorizarea și evaluarea constituie elemente importante și pentru documentarea intervenției și ajustarea periodică a acesteia, astfel încât să se realizeze extinderea modelului și în alte comunități. Această componentă a modelului cuprinde: o evaluare inițială realizată la nivelul comunităților incluse în model, o evaluare intermediară pentru identificarea eventualelor dificultăți și a lecțiilor învățate, o evaluare finală și monitorizarea permanentă a realizării indicatorilor stabiliți prin matricea logică a modelului și a implementării activităților.

Realizarea evaluării inițiale a comunităților pe baza unor indicatori care vizau nivelul de dezvoltare comunitară a fost utilizată pentru selecția localităților în care urma să fie implementat modelul. Aceasta a permis gruparea comunităților în șase clustere de dezvoltare și cunoașterea caracteristicilor principale ale acestora. Modelul a prevăzut realizarea unei evaluări inițiale care a cuprins o măsurarea a indicatorilor de bază sociali, educaționali și de sănătate și care a fost realizată atât în cele 45 de comunități din Bacău, cât și în 6 comunități din Galați care constituie grup de control. Această evaluare inițială și-a propus să documenteze starea inițială a comunităților în care a fost implementat modelul UNICEF și, împreună cu rapoartele de monitorizate și evaluarea finală, să permită evaluarea relevanței, eficacității, eficienței și sustenabilității acestuia.

Evaluarea nevoilor și monitorizarea serviciilor oferite în cadrul celor două pachete în timp real a fost planificată a se realiza și prin intermediul AURORA. Aceasta cuprinde o evaluare inițială a vulnerabilităților/nevoilor (recensământ) efectuată de membrii echipelor comunitare în mod proactiv la nivelul comunităților ca întreg, stabilirea intervențiilor necesare, dar permite și o monitorizare a serviciilor oferite acestora. Astfel în funcție de vulnerabilitățile identificate, aplicația propune o serie de servicii, iar stadiul furnizării acestora este disponibil în timp real tuturor membrilor echipei comunitare. Funcționalitățile aplicației au fost îmbunătățite pe baza feedback-ului primit de la utilizatori. În prezent aplicația include și referințe la acte normative de interes care să poată fi consultate rapid de către membrii echipelor comunitare. La nivelul fiecărei comunități aplicația permite agregarea datelor privind copiii în funcție de anumite criterii cum ar fi: domiciliul, vârsta, genul, tipuri de vulnerabilitate. Pe baza informațiilor aplicației se poate estima necesarul serviciilor pentru fiecare comunitate în parte.

Elemente de succes:

- Realizarea unui studiu de evaluare a nevoilor în comunitățile proiectului și în 6 comunități de control, care a permis adaptarea intervenției la realitatea locală și care va facilita evaluarea impactului modelului;
- Evaluarea și monitorizarea permanentă în timp real a vulnerabilităților copiilor și serviciilor oferite acestora prin intermediul chestionarului din cadrul aplicației AURORA.

Principalele provocări:

- Ajustarea teoriei schimbării și a documentelor elaborate în cadrul modelului pe parcursul implementării, ceea ce îngreunează procesul de monitorizare și evaluare. Totodată, acest aspect constituie și un punct tare al modelului prin faptul că permite adaptarea obiectivelor, a acțiunilor întreprinse la realitatea în schimbare din comunitate.

- Utilizarea cu precădere a indicatorilor privind reducerea vulnerabilităților copiilor și familiilor; Elaborarea unor indicatori pentru monitorizarea capacității instituționale și a performanței APL în implementarea modelului ar putea oferi informații utile în procesul de evaluare, cu relevanță pentru intențiile de extindere a modelului.

## 5.2. ETAPA DE IMPLEMENTARE A MODELULUI

Implementarea modelului „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității" presupune furnizarea serviciilor comunitare de sănătate, protecție socială și educație într-un mod integrat pentru a reduce riscul de excluziune socială a copiilor și familiilor lor. Modelul se implementează prin intermediul mai multor intervenții grupate în două pachete de servicii – pachetul minim de servicii și pachetul educație incluzivă de calitate, care au fost concepute pornind de la premisa corelării și coordonării lor cu scopul oferirii unei intervenții în care cele trei domenii (sănătate, protecție socială, educație) să răspundă cât mai bine nevoilor complexe identificate la nivel local.

Modelul presupune ca aceste servicii comunitare integrate să fie furnizate de o echipă comunitară formată din asistent/lucrător social, asistent medical comunitar și consilier școlar, iar în localitățile unde există comunități etnice vulnerabile, echipa să fie completată de un mediator școlar și un mediator sanitar. Punerea în practică a modelului a fost influențată de o serie de factori locali, a căror cunoaștere și analiză a modului în care influența lor negativă a fost redusă, iar cea pozitivă potențată la nivel local devine foarte importantă prin prisma intențiilor de replicare a modelului. Dintre aceștia menționăm: parteneriatul cu administrația publică locală, capacitatea instituțională a administrației locale, participarea activă a actorilor locali și județeni, calificarea resurselor umane implicate în furnizarea serviciilor, cooperarea membrilor echipelor comunitare, infrastructura disponibilă pentru implementarea intervențiilor, managementul local al modelului.

- Parteneriatul cu administrația publică locală – calitatea parteneriatului cu administrația publică locală poate influența semnificativ succesul sau eșecul unui asemenea demers, având în vedere faptul că parte din echipa comunitară (asistentul social/lucrătorul social, asistentul medical comunitar, mediatorul sanitar, mediator școlar) este angajată de către APL sau că este nevoie de alocare de resurse locale (umane, materiale, financiare) pentru derularea diverselor activități.
- Capacitatea instituțională a administrației publice locale – intervențiile derulate presupun cooperarea între echipa locală și ceilalți angajați ai administrației locale, mai ales în ce privește partea de protecție socială. Furnizarea de servicii integrate depinde și de capacitatea instituțională a APL – numărul și calificarea angajaților pe protecție socială.
- Participarea activă a actorilor locali și județeni –, cooperarea actorilor locali din cele 3 domenii (sănătate, protecție socială, educație) și a celor județeni care asigură îndrumarea și suportul necesar. Activarea structurilor comunitare consultative în care sunt prezenți actorii locali este importantă pentru soluționarea diverselor probleme existente ale copiilor.
- Resursele umane - implementarea eficientă a modelului corectă este dependentă de nivelul de calificare și experiența resurselor umane implicate.
- Cooperarea membrilor echipelor comunitare - furnizarea serviciilor integrate este condiționată de comunicarea și cooperare existentă în rândul echipelor comunitare, precum și de cea dintre echipele comunitare și managementul local al modelului.
- Infrastructura disponibilă - realizarea activităților depinde și de infrastructura existentă (mijloace de transport, spații pentru derularea activităților, materiale didactice etc).

- Managementul local - la nivel județean managementul echipelor locale este realizat de un manager de proiect și prin 22 de coordonatori județeni (7 pe pachetul EIC, 15 pe pachetul PMS – 4 pe educație, 4 pe sănătate și 7 pe protecție socială) împărțiți pe zonele de implementare ale modelului care asigură monitorizarea, supervizarea, suportul și îndrumarea necesare. Acești coordonatori au o experiență bogată în domeniul de activitate de care răspund și posedă o bună cunoaștere a realităților din teren și a instrumentelor legislative de rezolvare a diferitelor probleme. Această structură de coordonare a facilitat identificarea de soluții pentru rezolvarea problemelor, dar și comunicarea mai bună cu autoritățile și instituțiile locale.

Cu toate că implementarea modelului a început în același timp în toate comunitățile, factorii locali au determinat apariția unor decalaje. Astfel, putem vorbi despre „viteze diferite" de implementare a diverselor activități ale modelului la nivel local. În ciuda eforturilor depuse, recuperarea decalajelor dintre comunități nu a fost întotdeauna posibilă, astfel că unele comunități aproape au finalizat recensământul comunitar, au furnizat mai multe servicii de remediere a vulnerabilităților identificate și au implementat un număr mai mare dintre activitățile modelului, în timp ce altele se află într-un stadiu mai puțin avansat al implementării. Dacă în unele comunități susținerea din partea autorităților locale a fost preponderent formală, limitată la angajarea membrilor echipei locale a PMS, în altele autoritățile s-au implicat mai mult, punând la dispoziție mijloace de transport pentru deplasarea echipelor locale sau spații pentru derularea activităților, mobilizând și alți lucrători locali sau oferind cofinanțare mai mare pentru micro-granturi.

Datele culese în cadrul cercetării de teren semnalează că deschiderea față de proiect s-a intensificat pe parcursul implementării acestuia: 42% dintre membrii echipei comunitare care au completat chestionarul on-line apreciază că la începutul perioadei de implementare oamenii din comunitate au fost reticenți față de proiect, iar 84% dintre aceștia consideră că în prezent oamenii din comunitate le solicită ajutorul la nevoie. În opinia a 20% dintre respondenți, autoritățile au fost reticente față de proiect la începutul implementării acestuia.

> *„APL a fost reticentă de a se implica; au văzut proiectul ca având beneficii pentru comunitate, dar nu și l-au asumat ; era proiectul UNICEF-ului; experiența celor din jur a contat, întâlnirile între primari! Au fost și primari atât de reticenți încât am schimbat comunitatea, dar acestea au fost puține cazuri."* (Coordonator județean PMS)

Modificarea atitudinii autorităților publice față de necesitatea implementării modelului este un proces de durată, fiind încă mult de lucru, cu atât mai mult cu cât unii dintre aleșii locali au fost schimbați după alegerile din 2016. Primele rezultate ale implementării modelului au contribuit însă la schimbarea atitudinii autorităților locale față de model și creșterea receptivității acestora.

> *„APL au avut senzația ca li se generează mai multe probleme; nu au înțeles că aveau aceste probleme și am avut reproșuri din această cauză. Succesele obținute pe toate planurile au determinat APL să se implice mai mult, chiar primarul se zbate să atragă fonduri."* (reprezentant instituție publică județeană)

### 5.2.1. PACHETUL MINIM DE SERVICII

Pachetul minim de servicii reprezintă una dintre cele două componente ale modelului dezvoltat de UNICEF și are ca obiectiv accelerarea eforturilor de asigurare a drepturilor copilului și reducerea inechităților prin creșterea accesului la servicii de sănătate, educație și protecție socială

intersectoriale, de prevenire, bazate pe comunitate și axate pe familie (Broșură PMS, p. 4). Pachetul minim de servicii are caracter universal și cuprinde servicii acordate la nivelul comunității în domeniul sănătății, protecției sociale și educației, fiind axat pe prevenție. Implementarea PMS presupune ca în fiecare comunitate să existe o echipă formată din asistent social, asistent medical comunitar și consilier școlar, și mediator școlar și mediator sanitar în comunitățile etnice marginalizate, care să identifice nevoile copiilor și mamelor aflate în situații de risc și apoi să ofere servicii în funcție de acestea.

Pachetul minim de servicii atacă cu succes o problematică gravă, recunoscută în cadrul politicilor publice din domeniul social, al sănătății și al educației, și pentru care România nu a reușit încă să formuleze și să implementeze politici coordonate și să le implementeze eficient pe cele existente. Majoritatea respondenților intervievați în cadrul cercetării calitative, fie reprezentanți ai administrației publice locale și centrale sau ai organizațiilor partenere, împărtășesc acest punct de vedere și recunosc meritele modelului UNICEF care sprijină autoritățile publice locale să implementeze prevederi legislative în vigoare dar neimplementate din varii motive.

Principalele rezultate ale implementării pachetului minim de servicii în perioada de referință vor fi analizate pe cinci dimensiuni principale: resurse umane, dezvoltarea de capacitate, instrumente utilizate, furnizarea de servicii  și comunicare.

### Resurse umane

Implementarea activităților modelului depinde foarte mult de competențele și nivelul de calificare al membrilor echipelor locale sau al personalului didactic. Chiar dacă cerințele de angajare au fost aceleași pentru toate comunitățile cuprinse în model, nivelul de calificare a membrilor echipelor comunitare locale nu este identic fapt ce afectează implementarea activităților (calitatea serviciilor furnizate, timpul alocat etc.).

Pentru creșterea competențelor membrilor echipelor comunitare și schimbarea comportamentelor acestora în vederea reducerii discriminării și stigmatizării, în cadrul modelului au fost organizate sesiuni de formare pe subiecte de tipul sănătatea reproducerii, discriminare, violența domestică, dezvoltarea personală, etc. Prin această creștere a capacității, a gradului de conștientizare și înțelegere a problematicii, atât la nivelul membrilor echipelor comunitare, dar și a comunităților în care își desfășoară activitatea, situații de tipul discriminărilor pe criterii etnice, a sănătății reproducerii, violenței domestice au putut fi recunoscute și adresate parțial sau chiar în întregime. Mai mult decât atât, în cadrul sesiunilor de formare a fost vizată și abordarea apreciativă a beneficiarilor, care practic a oferit membrilor echipelor comunitare posibilitatea de a se iniția într-o altă paradigmă de lucru cu aceștia.

Lucrul în echipă și comunicarea bună în cadrul echipei proiectului, între membrii echipelor locale, sau între aceștia și coordonatorii județeni, dar și între echipa proiectului și actorii locali constituie unul dintre factorii care facilitează implementarea modelului. Aceasta nu este supusă unor reguli stricte, ci adaptată contextului local și capitalului social al membrilor echipei (relații personale sau profesionale stabilite în afara proiectului), pe care aceștia nu au ezitat să-l valorifice pentru a duce la bun sfârșit sarcinile profesionale. În unele comunități, cooperarea dintre membrii echipelor locale este deficitară, ceea ce face ca implementarea activităților să aibă de suferit. Una dintre concluziile analizei datelor calitative este aceea că în general există o colaborare bună între asistentul social și asistentul medical comunitar și o colaborare mai puțin bună între aceștia și consilierul școlar.

Ca urmare a caracterului integrat al intervenției în comunitate, membrii echipelor comunitare comunică cel mai des cu ceilalți membri ai echipei de proiect (65% o fac de câteva ori pe săptămână). Comunicarea cu coordonatorul județean se produce mai rar, însă în 72% din cazuri are loc cel puțin o dată pe săptămână. Situația se schimbă însă în cazul structurilor comunitare consultative, care se întâlnesc de cele mai multe ori o dată pe lună (35%) sau mai rar de o dată la două luni (34%). În timp ce comunicarea cu ceilalți membri ai echipei de proiect se produce de cele mai multe ori față în față (67%) și în mai mică măsură prin telefon (27%) sau e-mail (3%), relația cu coordonatorul județean este mijlocită, în marea majoritate a cazurilor, de telefon (76%) și e-mail (12%), situație lesne de înțeles dacă luăm în considerare proximitatea și interdependența membrilor echipelor locale în activitatea curentă. În cazul relației cu membrii echipelor locale din alte comunități, pe primul loc în topul mijloacelor de comunicare utilizate se plasează telefonul (76%), iar comunicarea față în față o devansează pe cea prin e-mail (12% față de 8%). Grupurile de discuții on-line sunt menționate de o pondere foarte mică a respondenților (2% în relația cu membri ai echipei din alte comunități și 1% cu membri echipei de proiect).

**Tabelul 4. Cât de des...?**

| | Mai rar | O dată la 2 luni | O dată pe lună | O dată la 2 săptămâni | O dată pe săptămână | De câteva ori pe săptămână | NR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Comunicați cu ceilalți membri ai echipei locale de proiect | 2% | 2% | 5% | 5% | 20% | 65% | 2% |
| Comunicați cu coordonatorul județean | 5% | 2% | 9% | 10% | 27% | 45% | 2% |
| Au loc întâlniri ale structurilor comunitare consultative | 34% | 9% | 35% | 10% | 7% | 3% | 3% |

Distribuția teritorială a comunităților și accesul dificil în o parte a acestora, împreună cu faptul că parte a personalului nu provine din comunitatea pe care o are în responsabilitate (conform datelor culese, aproximativ 20% dintre membrii echipelor comunitare fac naveta) fac ca activitatea acestor angajați să fie afectată și contribuie la reducerea timpului alocat persoanelor aflate în dificultate. Dacă la început au întâmpinat reticență din partea membrilor comunităților în care făceau naveta, care nu îi cunoșteau, după aproape doi ani de la debutul modelului, comunicarea cu aceștia nu mai constituie o problemă, ci în activitatea cotidiană membrii echipelor comunitare se confruntă mai degrabă cu imposibilitatea satisfacerii nevoilor beneficiarilor din lipsă de timp sau alte resurse, cu situații în care trebuie să utilizeze resursele proprii (ex. mașina personală, acolo unde nu există alte mijloace de transport; materiale consumabile), scăderea puterii de muncă prin oboseala acumulată, etc. În aceste condiții, 58% dintre membrii echipelor comunitare intervievați au apreciat numărul de lucrători ca insuficient în raport cu numărul beneficiarilor din comunitate (Tabelul 5). Opiniile privind timpul avut la dispoziție sunt împărțite, aproximativ jumătate dintre respondenți considerând că acesta nu este suficient pentru a satisface nevoile copiilor și mamelor cu probleme din comunitate.

**Tabelul 5. În ce măsură sunteți de acord cu următoarele afirmații privind proiectul derulat cu sprijinul UNICEF?**

| | În foarte mică măsură | În mică măsură | În mare măsură | În foarte mare măsură | NȘ | NR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Timpul disponibil este suficient pentru a satisface nevoile copiilor cu probleme din comunitate | 11% | 36% | 38% | 8% | 1% | 6% |
| Timpul disponibil este suficient pentru a satisface nevoile mamelor cu probleme din comunitate | 6% | 41% | 35% | 7% | 0% | 11% |
| Numărul de lucrători comunitari este suficient pentru a acoperi numărul de beneficiari din comunitate | 20% | 38% | 27% | 9% | 0% | 6% |

Distanța mare până la beneficiar constituie o problemă cu atât mai presantă pentru membrii echipelor comunitare (reclamată de 59% dintre membrii echipelor comunitare), cu cât ponderea cea mai importantă în activitatea curentă a acestora revine mersului pe teren pentru a vizita familii aflate în situații de risc: peste jumătate dintre lucrători apreciază că alocă minim 30 de ore lunar acestei activități.

Înțelegerea deficitară a rolurilor pe care le au de îndeplinit membrii echipelor comunitare angajați pentru implementarea modelului și/sau modul de lucru practicat în anumite instituții, prin care angajaților li se impun și alte sarcini administrative decât cele prevăzute în fișa postului, au afectat activitatea membrilor echipelor comunitare. Spre exemplu, asistenții sociali și cei medicali comunitari angajați pentru implementarea modelului UNICEF au primit și sarcini administrative care nu vizau activitatea proiectului și nu intrau în atribuțiile acestora.

*„Asistenta medicală comunitară, în anumite primării, s-a întâmplat să primească alte sarcini decât cele de proiect; DSP a explicat angajaților primăriei ca ele au alte sarcini sau în alte situații, asistenții sociali din primărie consideră că cei angajați în proiect sunt separați și nu prea există o bună colaborare."* (coordonator județean PMS*)*

Deși membrii echipelor comunitare sunt angajați în cadrul APL, unii dintre aceștia se auto-definesc ca angajați ai UNICEF și sunt percepuți și de membrii comunităților tot ca parte a echipei UNICEF, ceea ce le afectează activitatea pe mai multe paliere. Pe de o parte, contribuie la menținerea unei relații tensionate între membrii echipelor comunitare și ceilalți angajați ai APL, iar pe de altă parte crește încrederea membrilor comunității în UNICEF, în detrimentul celei în autoritățile locale care sunt însă principalul pilon pentru asigurarea sustenabilității modelului.

Una dintre problemele semnalate atât în cadrul focus grupurilor cu membrii echipelor comunitare, cât și al celui cu coordonatorii județeni, o reprezintă și salarizarea neunitară a personalului angajat de administrația publică locală, existând diferențe salariale între angajații de pe aceleași poziții din cadrul primăriilor din localități diferite. În același timp, asistenții medicali comunitari s-au confruntat cu situația de a fi remunerați cu aproximativ 2/3 din salariile prevăzute în grila de salarizare, ca urmare a restricțiilor de încadrare în mediile salariale ale APL.

Timpul insuficient este reclamat și de consilierii școlari, care, ca urmare a normei de 800 de elevi/ consilier și a faptului că în mediul rural și în orașele mici cele mai multe școli nu au acest număr de elevi, sunt nevoiți să realizeze această normă în mai multe școli. Astfel, prezența consilierului școlar într-o comunitate ajunge să fie de 1-2 zile pe săptămână, fapt ce afectează nu doar timpul alocat consilierii elevilor, ci și colaborarea cu ceilalți membrii ai echipei de proiect. Totodată, în unele comunități, chiar unele dintre cele mai sărace, nu există consilier școlar. Analiza datelor cercetării realizate în județul Bacău a scos în evidență și următoarele aspecte:

- Gruparea școlilor în care își desfășoară activitatea un consilier nu ține cont de distanța dintre acestea și domiciliul consilierului, fapt care face și mai dificilă desfășurarea activității.
- Persoanele angajate pe poziția de consilieri școlari de către UNICEF în cadrul modelului nu sunt bugetate de către MEN, fapt care crește gradul de instabilitate al postului.
- Atribuțiile consilierilor școlari angajați în cadrul modelului și cele ale consilierilor angajați de către CJRAE sunt diferite, în sensul că în cazul primilor atribuțiile sunt mai limitate (nu au ore de predare la clasă) (declarații ale consilierilor/focus-grup/interviuri autorități județene). Unii dintre consilierii școlari nu au ore de consiliere școlară individualizate, ci fac consiliere de grup din cauza lipsei spațiilor dedicate acestei activități. Consilierii școlari angajați în cadrul modelului UNICEF au fost orientați preponderent către acele școli defavorizate, în care nu a existat un astfel de specialist. În multe cazuri, organizarea unui spațiu (cabinet) pentru consilierea individuală în aceste școli din comunitățile dezavantajate este foarte dificilă sau chiar imposibilă pentru că nu există un spațiu fizic în instituția de învățământ. Instabilitatea acestei categorii de personal (consilierii școlari sunt angajați pe perioadă determinată) nu încurajează nici directorii de școli și nici consilierul școlar să facă investiții în acest sens (identificarea unui spațiu, dotarea lui cu echipamente/materiale etc.).
- Unii dintre consilierii școlari angajați prin proiect sunt cadre didactice în școală (de regulă învățători) care au în aceste condiții o jumătate de normă de consiliere plus norma didactică. Pe lângă faptul că programul acestor cadre didactice este mult mai încărcat, apare și o problemă de deontologie profesională: rolul consilierului școlar este acela de a media între personalul didactic și elevii și părinții acestora. În condițiile în care avem de-a face cu un cadru didactic - învățător - care predă la o clasă în care un elev, un părinte sau mai mulți au probleme de comunicare/relaționare cu învățătorul cum poate acesta să-și îndeplinească și responsabilitatea de consilier școlar?

Un alt aspect problematic legat de activitatea echipei comunitare îl constituie fluctuația personalului, care a reprezentat una dintre problemele majore ale modelului în primii ani. Spre exemplu, fluctuația consilierilor școlari, ca urmare a schimbării localităților unde au postul, face ca în multe cazuri să nu existe continuitate în activitatea acestora la nivelul comunităților. Din moment ce implementarea activităților PMS depinde foarte mult de existența a minim trei membri ai echipei comunitare - asistent social, asistent medical comunitar și consilier școlar – lipsa unuia dintre ei afectează activitatea echipei și produce întârzieri în implementare.

**Elemente de succes**

- Furnizarea de resurse umane complementare celor deja existente în comunitate, special dedicate pentru furnizarea serviciilor integrate la nivel comunitar (protecție socială, sănătate, educație);
- Echipe multidisciplinare care să ofere servicii integrate la nivelul comunității;
- Angajarea asistentului social și a asistentului medical comunitar în cadrul APL, ceea ce a dus la creșterea capacității APL și a creat premisele pentru sustenabilitatea modelului;
- Creșterea numărului de consilieri școlari;

- Structura de management a modelului, care a facilitat implementarea acestuia (coordonatorii județeni), care a început să funcționeze într-o nouă paradigmă, trans-instituțională și centrată pe beneficiar.

**Principalele provocări**

- Dificultăți în recrutarea personalului conform cerințelor de calificare cerute (ex. asistenți sociali, consilieri școlari, asistenți medicali comunitari);
- Suplimentarea sarcinilor membrilor echipelor comunitare cu activități administrative de către APL;
- Salarizare neunitară a resurselor umane angajate de APL (ex. situația în care reprezentanții APL decid plafonarea salariilor la nivelul celor din primărie pentru AMC);
- Fluctuația mare de resurse umane implicate în derularea activităților;
- Comunicarea deficitară în cadrul unor echipe comunitare și între echipele comunitare și angajații primăriilor neasociați cu modelul UNICEF;
- Auto-identificarea și identificarea de către comunitate a membrilor echipei comunitare cu echipa UNICEF și nu cu APL.

### CREARE/DEZVOLTARE DE CAPACITATE

Unul dintre avantajele importante ale modelului l-a reprezentat schimbarea paradigmei asociate furnizării de servicii în sensul centrării pe nevoile beneficiarilor. În cadrul acestei abordări, membrii echipelor comunitare au mers în comunitate să viziteze beneficiarii și să completeze un chestionar legat de nevoile lor/de diverse aspecte ale calității vieții. A fost un proces proactiv de *„cunoaștere a comunității cu nevoile ei”* (coordonator județean PMS). Prin vizitele la domiciliu și realizarea recensământului în comunitate, modelul a contribuit la creșterea gradului de cunoaștere a problemelor sociale din comunități de către autoritățile locale. Astfel au fost identificate probleme sociale pe care, înaintea demarării proiectului UNICEF, autoritățile nu le identificaseră sau nu le cunoșteau suficient, cu precădere din cauza lipsei resurselor umane. În multe primării exista un singur asistent social, nu întotdeauna cu studii de specialitate, care era copleșit de volumul de muncă și îndeplinea preponderent sarcini administrative (întocmirea dosarelor pentru beneficiari) în detrimentul activității de teren. Ca urmare a abordării proactive, centrate pe beneficiar, modelul a permis cunoașterea aprofundată a vulnerabilităților copiilor și identificarea serviciilor necesare simultan, spre deosebire de perioada anterioară proiectului când această categorie era abordată împreună cu ceilalți beneficiari de asistență socială (vârstnici, persoane cu dizabilități, etc.), ceea ce ducea la o cunoaștere insuficientă. De asemenea, un alt punct tare al modelului UNICEF îl constituie centrarea pe serviciile de prevenire a separării copilului de familie și pe asigurarea condițiilor necesare dezvoltării corespunzătoare a acestuia, din punct de vedere al sănătății și educației.

*„Nevoile oamenilor au fost identificate la domiciliul lor; erau obișnuiți să vină ei la primărie, să ceară, să se plângă … poate au fost familii la care pentru prima data a intrat cineva în curte; serviciile se acordă la domiciliu.”* (reprezentant instituție publică județeană).

**Tabelul 6. În ce măsură credeți că prin proiectul derulat cu sprijinul UNICEF, în comunitatea în care dvs. lucrați...?**

| | În foarte mică măsură | În mică măsură | În mare măsură | În foarte mare măsură | NȘ | NR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Primăria acordă mai multă atenție rezolvării problemelor sociale | 0% | 4% | 48% | 28% | 2% | 17% |
| S-a îmbunătățit colaborarea dintre instituțiile din comună (primărie, cabinet medical, școală) | 1% | 6% | 51% | 25% | 1% | 16% |
| S-a îmbunătățit colaborarea dintre instituțiile din comună și cele de la nivel județean cu atribuții în domeniul asistenței sociale și protecției copilului | 0% | 3% | 46% | 36% | 2% | 14% |
| S-a îmbunătățit colaborarea dintre instituțiile din comună și cele de la nivel județean cu atribuții în domeniul sănătății | 0% | 4% | 57% | 23% | 0% | 15% |

Conform opiniilor a 81% dintre membrii echipelor comunitare, îmbunătățirea colaborării dintre instituțiile din comunitate și cele de la nivel județean cu atribuții în domeniile asistenței sociale și protecției copilului și sănătății se numără printre principalele beneficii ale implementării modelului UNICEF. În același timp, 67% dintre aceștia apreciază că relațiile inter-instituționale în domeniul educației s-au îmbunătățit ca urmare a implementării proiectului. Trebuie menționat și că printre beneficiile proiectului, 76% dintre respondenți plasează și îmbunătățirea relațiilor dintre instituțiile de la nivel local (primărie, școală, cabinet medical).

Majoritatea medicilor de familie au primit bine programul, considerând că acesta, prin suplimentarea personalului medical de specialitate cu sarcini de prevenție a dus la creșterea calității asistenței medicale în comunitate.

*„Nu știu ce m-aș fi făcut în perioada campaniei de vaccinare dacă nu aveam sprijinul asistentului comunitar care a mobilizat comunitatea la vaccin”* (medic de familie).

Totodată, prin intermediul aplicațiilor pentru micro-granturi, modelul UNICEF a dus la creșterea capacității reprezentanților autorităților locale de a elabora aplicații pentru atragerea de finanțare.

**Elemente de succes**

- Dezvoltarea competențelor necesare paradigmei de servicii centrate pe beneficiar (cunoștințe, abilități, atitudine față de beneficiari) etc.;
- Creșterea gradului de cunoaștere a problemelor sociale de către APL;
- Cunoașterea aprofundată și proactivă a vulnerabilităților copiilor din comunitate;
- Dezvoltarea serviciilor de asistență socială la nivel comunitar;
- Creșterea capacității APL de a elabora propuneri de proiecte pentru atragere de finanțare (micro-granturile, dar și POCU).

**Principalele provocări**

- Capacitate redusă a APL de dezvoltare și furnizare de servicii sociale;
- Fondurile publice locale extrem de reduse pentru furnizarea de servicii sociale/medicale;
- Accent pus pe „tratare” și nu pe „prevenție”;
- Întârzieri în unele comunități în demararea activităților ca urmare a necesității de a califica personalul (ex. lucrătorii sociali);

- Comunicare deficitară între membrii echipei comunitare și angajații APL, ceea ce a generat în unele cazuri disfuncționalități în implementarea activităților modelului (ex. decontarea cheltuielilor din micro-granturi);
- Niveluri diferite de implicare a medicilor de familie din comunități ca urmării a neincluderii lor formale în model.
- Nivel redus de calificare a resurselor umane de la nivelul APL care să implementeze proiecte din fonduri extra-bugetare;
- Schimbările în cadrul APL generate de ciclurile electorale (primari).

### INSTRUMENTE UTILIZATE

AURORA este considerată a fi unul dintre cele mai importante instrumente dezvoltate în cadrul modelului și extrem de util în activitatea de identificare a nevoilor sociale și monitorizare a furnizării de servicii la nivel local și în depistarea precoce a cazurilor. Această metodologie a stat la baza elaborării unor instrumente de colectare a datelor privind situația copilului aflat în situații de risc (HG 691/2015) și, potrivit datelor culese în cercetarea calitativă, Ministerul Sănătății intenționează să integreze datele din AURORA cu cele din aplicația proprie pe asistență medicală comunitară pentru a contribui la o imagine comprehensivă a situației beneficiarilor (copii, femei gravide etc.).

*„Este nevoie de un sistem informatic de tipul celui din AURORA pentru că nu poți lua decizii fără să știi pe ce stai la nivel local. În acest moment autoritățile publice nu au nicio aplicație pe prevenire."* (reprezentant administrație publică centrală)

Membrii comunităților locale au fost mai reticenți la început, nefiind informați foarte bine despre necesitatea furnizării datelor în cazul recensământului comunitar. Pe măsură ce au fost informați și au înțeles beneficiile, au cooperat mai bine cu membrii echipelor locale. În unele comunități, o contribuție importantă în convingerea membrilor comunității să primească lucrătorii comunitari și să le răspundă acestora la întrebări au avut-o asistenții sociali din cadrul primăriei, care erau deja cunoscuți în comunitate, și care, la început, i-au însoțit pe ceilalți membrii ai echipei pe teren. În ciuda reticenței membrilor comunităților vizavi de furnizarea unora dintre informațiile solicitate pentru completare în AURORA (situație cu care s-au confruntat 44% dintre membrii echipelor comunitare), aplicația este considerată utilă de peste 70% dintre membrii echipelor comunitare în toate etapele activității lor, de la identificarea beneficiarilor și evaluarea nevoilor până la informarea, consilierea și referirea acestora, dar și monitorizarea și evaluarea intervenției și furnizarea de servicii integrate pentru beneficiari. De asemenea, AURORA este privită de 65% dintre membrii echipelor comunitare ca unul dintre factorii care contribuie la succesul proiectului.

Ca instrument de lucru, AURORA este un sistem perfectibil, iar membrii echipei de proiect din teren au exprimat o serie de sugestii privind îmbunătățirea acestuia, printre care verificarea coerenței datelor și a asocierilor logice dintre vulnerabilitățile generate și serviciile propuse pentru furnizare (ex. servicii de consiliere pentru copii de o lună) și introducerea unor noi criterii pe baza cărora să poată fi selectate cazurile sau de noi funcții. Nu toate punctele slabe amintite de membrii echipelor comunitare semnalează probleme în designul aplicației, o parte indicând o înțelegere deficitară a instrucțiunilor de completare a datelor în AURORA de către membrii echipelor comunitare (ex. adaptarea anumitor întrebări la vârsta copiilor din gospodărie, la nivelul de alfabetizare a părinților sau relevanța anumitor întrebări), ceea ce reclamă intensificarea eforturilor de formare a acestora.

*„AURORA este un instrument bun de identificare a persoanelor vulnerabile si a serviciilor de care aceştia au nevoie. Cred că trebuie completată astfel ca de la un instrument de identificare să poată să fie folosit și ca un instrument de monitorizare a serviciilor în timp real; astfel, ar fi nevoie de modificat softul să fie mai dinamic/ sau să se definească priorități"* (reprezentant administrație publică centrală)

*„Este extrem de utilă pentru identificarea nevoilor, componenta de servicii este insuficient dezvoltată în acest moment; ... dacă pentru identificarea nevoilor este foarte utilă [AURORA] și poate fi preluată integral la catagrafierea populației, serviciile de interes pentru instituții sunt mai complexe decât cele din AURORA; soluția ar putea fi integrarea/interfața cu alte aplicații software!"* (reprezentant organizație parteneră)

Chiar dacă abordarea modelului a prevăzut elaborarea metodologiei de lucru integrate după alcătuirea echipelor comunitare funcționale și după identificarea vulnerabilităților la nivel local, ca urmare a decalajelor dintre comunități în ceea ce privește gradul de implementare a activităților modelului, unele dintre echipele comunitare au menționat necesitatea metodologiei și dificultățile cu care se confruntă ca urmare a lipsei acesteia (ex. suprapuneri de responsabilități, neîndeplinirea unora dintre sarcini).

*„Nu are o metodologie de acordare de servicii. Fiecare comunitate face în felul ei."* (membru echipă comunitară)

Pentru discutarea diverselor probleme din comunitate și identificarea soluțiilor pentru cazurile mai grave, modelul UNICEF a prevăzut activarea structurilor consultative comunitare. În multe localități aceste structuri consultative comunitare sunt formale și nu se implică decât foarte puțin în rezolvarea cazurilor grave, deciziile fiind luate în majoritatea cazurilor de către autoritatea locală. Aceste SCC-uri se întrunesc doar când există cazuri grave de abuz al copilului la nivelul localității, iar implicarea lor ca și for consultativ în implementarea activităților modelului a fost extrem de redusă. Cu toate acestea, implementarea modelului UNICEF a constituit un prim pas spre mobilizarea, chiar dacă timidă deocamdată, a acestor structuri.

**Elemente de succes**

- AURORA a facilitat identificarea nevoilor la nivel local și planificarea serviciilor integrate necesare;
- AURORA a facilitat mai buna înțelegere a nevoilor copiilor și familiilor acestora de către decidenții de la nivel județean.
- Perfecționarea continuă a AURORA în funcție de feedback-ul primit de la membrii echipei comunitare;
- Reactivarea structurilor comunitare consultative în unele comunități.

**Principalele provocări**

- Diferențe de înțelegere a metodologiei de lucru cu AURORA la nivelul membrilor echipelor comunitare;
- Lipsa unei metodologii de lucru pentru furnizarea de servicii integrate;
- Nemulțumirile actorilor de la nivel local (APL, școală) privind accesul diferențiat la AURORA, generate cu precădere de colaborarea slabă cu membrii echipei comunitare.

### FURNIZAREA DE SERVICII

Din punct de vedere al satisfacerii nevoilor identificate la nivelul comunitar, 76% dintre membrii echipelor comunitare plasează creșterea numărului de copii ale căror nevoi sociale au fost identificate printre primele beneficii ale implementării modelului și semnalează o schimbare în bine la nivelul autorităților locale, care acordă mai multă atenție rezolvării problemelor sociale din comunitate. Cu toate acestea, potrivit membrilor echipelor comunitare, modelul implementat de UNICEF obține rezultate foarte bune din punct de vedere al identificării nevoilor comunității, însă aprecierile privind gradul de acoperire a nevoilor copiilor și mamelor în situație de risc din comunitate sunt mai rezervate (peste 65% dintre lucrători acordă cel puțin nota 6 - unde 1 înseamnă foarte slab și 10 – foarte bun - gradului de satisfacere a nevoilor beneficiarilor).

*„Din punct de vedere al identificării vulnerabilităților, proiectul răspunde perfect nevoilor”* (reprezentant autoritate publică locală).

În ceea ce privește beneficiarii, avantajele implementării proiectului care reunesc cel mai mare număr de răspunsuri din partea membrilor echipei comunitare sunt cele care vizează componenta socială. Astfel, peste 70% dintre membrii echipelor comunitare privesc ca principale beneficii ale proiectului: îmbunătățirea accesului oamenilor la servicii sociale, creșterea numărului de copii ale căror nevoi sociale au fost identificate, intensificarea atenției primăriei pentru rezolvarea problemelor sociale și creșterea numărului de servicii sociale furnizate (

Tabelul 7).

Sub aspect medical, câștigurile datorate proiectului conform membrilor echipelor comunitare intervievați includ creșterea numărului de nou născuți vizitați acasă (în primul an de viață) de către asistentul medical comunitar, a numărului de femei însărcinate care beneficiază de monitorizarea evoluției sarcinii pe tot parcursul acesteia, a numărului copiilor care au beneficiat de consultații medicale la cabinetul din localitate și, în mai mică măsură, creșterea numărului cazurilor de copii săraci cu probleme care au fost consultați de medicii de familie și a persoanelor dezavantajate din comunitate înscrise la medicul de familie (

Tabelul 7).

**Tabelul 7. În ce măsură credeți că prin proiectul derulat cu sprijinul UNICEF, în comunitatea în care dvs. lucrați...?**

| | În foarte mică măsură | În mică măsură | În mare măsură | În foarte mare măsură | NȘ | NR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| S-a îmbunătățit accesul oamenilor la servicii sociale | 0% | 8% | 69% | 8% | 0% | 14% |
| A crescut numărul copiilor ale căror nevoi sociale au fost identificate | 2% | 12% | 51% | 25% | 0% | 10% |
| A crescut numărul de servicii sociale furnizate | 2% | 14% | 53% | 22% | 0% | 10% |
| A crescut calitatea vieții pentru membrii comunității | 2% | 32% | 38% | 9% | 2% | 18% |
| Oamenii din comunitate au devenit mai conștienți de drepturile lor | 0% | 12% | 55% | 16% | 0% | 17% |
| A crescut numărul nou născuților vizitați acasă (în primul an de viață) de către asistentul medical comunitar | 4% | 4% | 47% | 28% | 2% | 15% |
| A crescut numărul femeilor însărcinate care beneficiază de monitorizarea evoluției sarcinii pe tot parcursul acesteia | 2% | 15% | 53% | 15% | 0% | 15% |
| A crescut numărul cazurilor de copii săraci cu probleme de sănătate (anomii, distrofii etc.) care au fost consultați de medicii de familie | 15% | 17% | 45% | 9% | 0% | 15% |
| A crescut numărul copiilor care au beneficiat de consultații medicale la cabinetul din localitate | 2% | 9% | 53% | 19% | 2% | 15% |

De cealaltă parte, dificultățile cu care membrii echipelor comunitare s-au confruntat în furnizarea de servicii sociale includ nivelul redus de informare al beneficiarilor adulți și de reticența acestora. Astfel, nivelul scăzut de informare al părinților cu privire la îngrijirea corespunzătoare a copiilor (nutriție, igienă) și recunoașterea semnelor incipiente de boală, îngrijirea copiilor și adresarea la medic în caz de îmbolnăvire au fost apreciate ca problematice de 53%, respectiv 43% dintre respondenți. Acestora li se adaugă nivelul scăzut de informare al viitoarelor mame privind riscul ne-monitorizării sarcinii (40%) sau regulile de îngrijire a nou-născutului (36%). În cele mai multe cazuri, rezistența din partea membrilor comunității a fost depășită prin prezența altor angajați ai autorităților locale alături de lucrătorul social și asistentul medical comunitar în teren sau oferirea de servicii medicale primare populației. În plus, faptul ca membrii echipelor comunitare erau angajați ai primăriei a contat foarte mult pentru a câștiga încrederea membrilor comunităților.

*„Le oferea [asistentul medical comunitar] câte un serviciu medical (cântărit, măsurat tensiunea) și le-a câștigat încrederea."* (membru al echipei comunitare)

*„Le-am câștigat încrederea prin acești oameni pe care-i avem și sunt cunoscuți"* (reprezentant administrație publică locală)

**Tabelul 8. În ce măsură v-ați confruntat cu următoarele probleme în implementarea activităților proiectului?**

| | În foarte mică măsură | În mică măsură | În mare măsură | În foarte mare măsură | NȘ | NR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Reticența părinților de a răspunde la întrebările din AURORA | 13% | 32% | 32% | 12% | 2% | 8% |
| Nivel scăzut de informare al viitoarelor mame privind riscurile ne-monitorizării sarcinii | 12% | 40% | 31% | 8% | 0% | 8% |
| Nivel scăzut de informare al mamelor cu privire la regulile de îngrijire a nou-născutului | 14% | 41% | 30% | 6% | 2% | 8% |
| Nivel scăzut de informare al părinților cu privire la îngrijirea corespunzătoare a copiilor (nutriție, igienă, etc.) | 4% | 34% | 45% | 9% | 0% | 9% |
| Nivel scăzut de informare al părinților cu privire la recunoașterea semnelor incipiente de boală, îngrijirea copiilor și adresarea la medic în caz de îmbolnăvire | 11% | 36% | 36% | 6% | 0% | 11% |
| Marginalizarea copiilor din familii dezavantajate la școală | 25% | 38% | 23% | 4% | 3% | 6% |
| Distanța mare până la beneficiari | 12% | 17% | 31% | 28% | 4% | 8% |

Percepția a 54% dintre membrii echipelor comunitare este că a crescut numărul copiilor săraci cu probleme de sănătate care au fost consultați de medicul de familie. Cu toate acestea, accesul copiilor vulnerabili la medicul de familie este în continuare percepută ca problematic (15% din copiii din familii dezavantajate sunt percepuți a avea în mare și foarte mare măsură dificultăți de acces la medicul de familie), iar relația cu medicii de familie este în anumite comunități mai puțin bună (13% dintre membrii echipelor comunitare apreciază medicii de familie ca necooperanți față de măsurile modelului).

Participarea medicilor de familie nu a fost prevăzută inițial în cadrul obiectivelor modelului. Cu toate acestea, asistenții medicali comunitari au avut nevoie să-și coordoneze activitatea cu cea a medicilor de familie, cu atât mai mult cu cât nu sunt clar delimitate responsabilitățile acestora în ceea ce privește asistența gravidei și a copilului și nici relațiile instituționale de comunicare între aceste două categorii de profesioniști.

**Elemente de succes**

- Abordarea multidisciplinară și oferirea de servicii variate, adaptate la nevoile beneficiarilor;
- Furnizarea de servicii de asistență medicală comunitară, servicii medicale de prevenire a patologiei nou născutului, gravidei, adolescenților, etc.
- Creșterea ponderii serviciilor integrate de prevenție la nivel comunitar;
- Creșterea calității asistenței medicale în comunitate, în special ca urmare a activităților de prevenire (monitorizarea nou născutului și a gravidei la domiciliu, creșterea accesului copiilor defavorizați la medicul de familie);
- Caracterul proactiv al serviciilor oferite – lucru în comunitate pentru oferirea de servicii;

**Principalele provocări**

- Conștientizarea pe parcursul implementării (nu din faza de design) a necesității implicării medicului de familie în activitățile modelului;
- Reticența unor medici de familie de a sprijini activitățile din cadrul modelului;
- Necorelarea numărului de membri ai echipelor comunitare cu numărul beneficiarilor, complexitatea nevoilor acestora și a serviciilor de furnizat;

- Lipsa de informare a părinților cu privire la importanța monitorizării sarcinii, a îngrijirii nou născutului, a igienei și alimentației acestuia, a recunoașterii principalelor semne de boală etc.

### 5.2.2. EDUCAȚIE INCLUZIVĂ DE CALITATE

Pachetul Educație Incluzivă de Calitate reprezintă cea de-a doua componentă a modelului „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității" și vizează atât creșterea calității educației, cât și participarea școlară a tuturor copiilor, în special a celor vulnerabili. Pachetul cuprinde intervenții centrate pe copil realizate la nivelul școlii, familiei și comunității și are caracter universal, toți elevii și toate școlile putând beneficia de intervențiile respective (UNICEF, 2016, p. 4). Obiectivul Pachetului Educație Incluzivă de Calitate îl constituie accelerarea eforturilor de realizare a dreptului la educație al tuturor copiilor, în special a celor vulnerabili, prin îmbunătățirea calității modului de predare și a administrării școlilor, și prin mobilizarea școlilor, familiilor și comunităților pentru sprijinirea participării școlare și susținerii fiecărui copil (UNICEF, 2016, p. 5).

Intervențiile derulate în cadrul EIC au vizat schimbări la nivel local (atât la nivel preșcolar, cât și la nivel școlar) pentru creșterea calității procesului educațional, la nivel județean (dezvoltarea capacității de monitorizare, îndrumare și suport) și național pentru dezvoltarea/revizuirea cadrului normativ care să faciliteze implementarea unui asemenea model. Datele cercetării calitative în care au fost incluși reprezentanți ai instituțiilor publice cu competențe în domeniul educației (MEN, ISE, ARACIP) au relevat faptul că obiectivele pachetului EIC sunt compatibile cu cele prevăzute în documentele naționale referitoare la organizarea și funcționarea sistemului de învățământ din România. Astfel, preluarea în legislație și în normele care ghidează sistemul de învățământ a practicilor și obiectivelor modelului UNICEF este posibilă, acest fapt creând premisele pentru sustenabilitatea pachetului EIC. La nivelul MEN există preocuparea de găsi soluții pentru creșterea numărului de consilieri școlari, de a reduce norma consilierului școlar, de a dezvolta un program de studii de master în didactică, de a dezvolta un curriculum pe educație incluzivă/non-discriminare.
Principalele beneficii ale implementării Pachetului Educație Incluzivă de Calitate identificate în urma analizei datelor cercetării de față sunt următoarele:

- Creșterea capacității de management a școlilor prin participarea la un proces de evaluare inițial care să le ofere o diagnoză a îndeplinirii indicatorilor de calitate, identificarea aspectelor ce trebuie îmbunătățire și realizarea unor planuri de măsuri ce urmează a fi întreprinse, formarea profesională a structurii de management a școlilor;
- Creșterea calității procesului de educație prin îmbunătățirea competențelor specifice și transversale ale cadrelor didactice;
- Creșterea calității și eficienței comunicării dintre directorii de școli și între aceștia și ISJ, CJRAE, CCD;
- Creșterea calității resurselor umane prin formare continuă, cu accent pe dobândirea de competențe care să conducă spre realizarea unor ore mai atractive pentru elevi, activități centrate pe elev (efecte ale formării ISE). Există cadre didactice care nu participaseră la nicio formare până la modelul UNICEF (de exemplu, cele din zona 7 a modelului). Zona 7 este una dintre cele mai izolate din județ din punct de vedere geografic, cu unul dintre cele mai scăzute niveluri de dezvoltare socio-economică, cu dificultăți de comunicare on-line cauzate atât de lipsa competențelor, cât și de infrastructură (lipsa semnalului de telefonie mobilă).
- Creșterea nivelului de implicare a părinților în activitățile școlare ale copilului – prin realizarea de activități comune părinți – copii;

- Îmbunătățirea competențelor parentale ale unui număr de peste 8000 de părinți care au învățat să relaționeze mai bine cu copiii lor.

Rezultatele analizei datelor cercetării cantitative și calitative relevă un impact pozitiv al implementării activităților din cadrul pachetului EIC pe patru niveluri de analiză: participarea elevilor, implicarea părinților, capacitatea de management a școlilor și colaborarea cu alți actori comunitari și județeni. Datele cercetării cantitative la care au participat cadrele didactice, directorii unităților de învățământ, educatorii parentali și personalul didactic auxiliar indică schimbări în ceea ce privește participarea școlară a copiilor, calitatea rezultatelor școlare ale acestora, implicarea părinților în procesul educațional și competențele cadrelor didactice[4] (Tabelul 9):

- A crescut participarea elevilor atât în activități extrașcolare (85% dintre respondenți consideră acest lucru), cât și la orele de clasă (cf. 67% dintre respondenți) și chiar s-au îmbunătățit și rezultatele școlare (53% dintre respondenți).
- Părinții și-au îmbunătățit abilitățile parentale (cf. 64% dintre subiecți): cei care au participat la cursurile de educație parentală au devenit mai interesați de activitatea școlară a copiilor (60% dintre respondenți apreciază astfel). În același timp, a crescut participarea lor în activitățile de educație extrașcolară (cf. 61% dintre respondenți).
- Impactul la nivelul instituțiilor de învățământ, în ceea ce privește calitatea educației, este destul de mare deoarece: au fost dezvoltate competențele profesionale ale cadrelor didactice (potrivit 82% dintre respondenți), s-au îmbunătățit metodele de predare (76% dintre respondenți), a crescut numărul de activități extrașcolare derulate (cf. 83% dintre respondenți), s-a îmbunătățit capacitatea școlii de cunoaștere a profilului copiilor în risc major de abandon (79%) și de inițiere de acțiuni de sprijin pentru copiii în situație de risc (78%), a crescut vizibilitatea activității școlii în comunitate (75%) și s-a îmbunătățit și capacitatea școlii de a elabora documente strategice și operaționale (72%) și de a elabora proiecte (58%).
- Prin activitățile derulate, s-a îmbunătățit și colaborarea cu autoritățile publice locale (62%), dar și implicarea acestora în reducerea abandonului școlar (57%).

**Tabelul 9. Impactul pachetului EIC al modelului UNICEF la nivel local**

| | În foarte mică măsură | În mică măsură | În mare măsură | În foarte mare măsură | Nu știu | NR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Asupra părinților** | | | | | | |
| Părinții copiilor vin mai des la școală/ grădiniță pentru a se interesa de copiii lor | 4% | 31% | 46% | 14% | 3% | 2 % |
| Părinții copiilor îi ajută mai des pe aceștia la teme | 8% | 34% | 39% | 7% | 10% | 2 % |
| Părinții copiilor participă mai des la activități de educație extra-școlare (activități în aer liber, excursii etc.) | 5% | 29% | 48% | 13% | 3% | 2 % |
| S-au îmbunătățit abilitățile parentale ale părinților elevilor dvs. | 3% | 23% | 48% | 15% | 7% | 3 % |

[4] *** Procentele din paranteze reprezintă % dintre respondenți au fost de acord (în foarte mare și mare măsură) cu afirmațiile enumerate în tabel.*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Asupra copiilor** | | | | | | |
| A crescut participarea școlară/ în educație timpurie (grădiniță) | 3% | 16% | 45% | 22% | 12% | 2 % |
| A crescut implicarea elevilor în activități extrașcolare | 1% | 10% | 63% | 23% | 1% | 2 % |
| S-au îmbunătățit rezultatele școlare ale copiilor | 3% | 34% | 44% | 9% | 6% | 3 % |
| **Asupra cadrelor didactice** | | | | | | |
| S-au dezvoltat competențele profesionale ale cadrelor didactice | 3% | 9% | 59% | 23% | 4% | 2 % |
| S-au îmbunătățit metodele de predare ale profesorilor din școala dvs. | 1% | 13% | 58% | 18% | 8% | 2 % |
| **Asupra instituțiilor de învățământ** | | | | | | |
| A crescut vizibilitatea școlii în comunitate | 1% | 13% | 56% | 19% | 8% | 2 % |
| A crescut numărul de activități extrașcolare organizate de școală | 2% | 9% | 64% | 19% | 3% | 3 % |
| A crescut numărul de acțiuni organizate în parteneriat cu alte școli din județ | 5% | 30% | 34% | 8% | 20% | 3 % |
| S-a îmbunătățit capacitatea școlii de cunoaștere a profilului copiilor în risc major de abandon | 2% | 9% | 61% | 18% | 6% | 3 % |
| S-a îmbunătățit capacitatea școlii de inițiere a unor activități de sprijin pentru copiii în situație de risc | 2% | 11% | 62% | 16% | 6% | 3 % |
| A crescut capacitatea școlii de elaborare de proiecte pentru atragere de finanțări | 4% | 19% | 45% | 13% | 16% | 3 % |
| A crescut capacitatea școlii de a elabora documente strategice și operaționale | 2% | 10% | 58% | 15% | 13% | 3 % |
| A crescut implicarea autorităților locale în prevenirea abandonului școlar | 6% | 21% | 42% | 15% | 13% | 3 % |
| S-a îmbunătățit colaborarea școlii cu primăria | 6% | 16% | 39% | 23% | 14% | 3 % |
| S-a îmbunătățit colaborarea școlii cu instituțiile de la nivel județean cu atribuții în domeniul educației | 2% | 17% | 40% | 13% | 24% | 4 % |

**NR- non-răspuns*

*** Procentele reprezintă % dintre respondenți au fost de acord (în foarte mare, mare, mică, foarte mică măsură) cu afirmațiile enumerate în tabel.*

Succesul implementării intervențiilor din pachetul EIC este influențat de o serie de aspecte cum ar fi managementul instituției de învățământ, calitatea activităților de orientare și consiliere școlară, implicarea părinților în procesul de educație, monitorizarea elevilor în situație de risc, promovarea

modelelor de succes în rândul elevilor pentru a le crește stima de sine și a-i motiva, suportul oferit de autoritățile locale, colaborarea dintre instituția de învățământ și celelalte instituții locale/servicii comunitare, dar și resursele financiare avute la dispoziție. Analiza datelor cercetării cantitative plasează în categoria celor mai importanți factori care contribuie la succesul implementării educației incluzive de calitate: implicarea părinților (95%), orientarea și consilierea școlară (92%), managementul școlii (91%), monitorizarea elevilor în situații de risc (91%), promovarea modelelor de succes în rândul elevilor (91%), resursele financiare (89%), sprijinul autorităților locale (88%) și infrastructura școlară (86%) (Tabelul 10).

**Tabelul 10. Factori care contribuie la succesul implementării educației incluzive de calitate**

| | În foarte mică măsură | În mică măsură | În mare măsură | În foarte mare măsură | Nu știu | NR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Managementul școlar | 0% | 3% | 34% | 57% | 3% | 3% |
| Infrastructura școlară | 1% | 5% | 35% | 51% | 4% | 4% |
| Orientarea și consilierea școlară | 1% | 3% | 40% | 52% | 1% | 3% |
| Monitorizarea elevilor în situație de risc | 1% | 3% | 39% | 52% | 1% | 3% |
| Colaborarea cu serviciile comunitare | 1% | 5% | 38% | 49% | 3% | 4% |
| Implicarea părinților | 0% | 2% | 29% | 66% | 1% | 3% |
| Promovarea modelelor de succes în rândul elevilor | 0% | 5% | 40% | 51% | 1% | 3% |
| Sprijinul autorităților locale | 2% | 4% | 36% | 52% | 2% | 4% |
| Parteneriatele cu ONG-uri | 2% | 12% | 40% | 35% | 8% | 3% |
| Resursele financiare | 1% | 4% | 25% | 64% | 3% | 3% |
| Legislația | 3% | 10% | 39% | 38% | 7% | 4% |

**NR- non-răspuns*

*** Procentele reprezintă % dintre respondenți au fost de acord (în foarte mare, mare, mică, foarte mică măsură) cu afirmațiile enumerate în tabel.*

Implementarea activităților pachetului EIC s-a confruntat cu următoarele tipuri de probleme (conform datelor cercetării cantitative): interesul scăzut al părinților față de rezultatele școlare ale copiilor (33%), reticența părinților de a participa la activitățile de consiliere (25%), lipsa de implicare a părinților în activitățile organizate de școală (23%), reticența părinților de a participa la cursurile de educație parentală (23%). Lipsa de cooperare a actorilor locali a fost menționată ca fiind o problemă doar în puține cazuri: a medicilor de familie a fost menționată de 13% dintre respondenți, iar a primăriei de 10%. Atât datele cercetării calitative, cât și cele de tip cantitativ au evidențiat o serie de provocări cărora au avut să le răspundă intervențiile derulate în cadrul pachetului EIC al modelului UNICEF, majoritatea fiind asociate cu calificarea personalului (cadre didactice, consilieri școlari) și relațiile dintre instituția de învățământ și actorii locali și județeni. Dintre acestea menționăm:

- insuficienta acoperire cu personal calificat în toate instituțiile de învățământ (este vorba în special de consilieri școlari);
- numărul mare de elevi care revin unui consilier școlar;
- accesul limitat al cadrelor didactice la formare continuă de calitate;

- relațiile deficitare între instituțiile locale și centrale cu rol de coordonare și control (ISJ, CJRAE, ARACIP, MEN) și instituțiile subordonate (unități școlare);
- colaborarea redusă între instituțiile de învățământ și alte instituții locale (primării, Consiliu județean, DAGSPC, organizații non-guvernamentale).

### RESURSE UMANE

Intervențiile realizate în cadrul pachetului EIC vizează: „îmbunătățirea capacității conducerii școlii și cadrelor didactice de a veni în sprijinul fiecărui copil în parte, potrivit nevoilor acestuia; îmbunătățirea metodelor și instrumentelor didactice; crearea de parteneriate cu familiile elevilor și dezvoltarea abilităților parentale; mobilizarea comunităților în sensul susținerii educației; îmbunătățirea abilităților non-cognitive și motivației copiilor; încurajarea diversității în rândul elevilor, indiferent de gen, etnie, religie, (diz)abilitate și statut socio-economic (UNICEF, 2016, p. 4). Creșterea calității educației se obține prin crearea unui mediu prietenos studiului pentru toți copiii preșcolari și școlari, formarea adecvată a cadrelor didactice și asigurarea unor metodologii și instrumente didactice moderne centrate pe elev, dar și prin stimularea participării părinților la procesul de educație și a colaborării între instituțiile comunitare.

Rezultatele anchetei online cu cadre didactice, directorii unităților de învățământ, educatori parentali și personal didactic auxiliar relevă faptul că în cadrul instituțiilor de învățământ unde își derulează activitatea respondenții, personalul de sprijin pentru integrarea elevilor îl reprezintă consilierii școlari în 71% din cazuri, mediatorii școlari în 53% și personalul didactic de sprijin pentru copiii cu CES în 20% din cazuri. Dacă avem în vedere zonele de implementare ale modelului susținut de UNICEF, se observă că în cazul zonei 7 (comunele Colonești, Lipova, Motoșeni, Stănișești, Vultureni, Răchitoasa) se regăsește cel mai mic număr de personal didactic de sprijin din cauza distanței mari față de centrele urbane mari care face neatractivă ocuparea unor astfel de posturi. Zonele care au și un centru urban (zona 1- Bacău și zona 5 - Moinești) beneficiază de cel mai mare număr de personal de sprijin, inclusiv psihologi școlari sau personal didactic de sprijin pentru copiii cu CES. Acest personal de sprijin este necesar pentru a asigura nu doar integrarea copiilor cu CES sau a copiilor în situații de risc, ci și pentru a realiza orientarea și consilierea profesională/vocațională, psihologică, emoțională, socială a tuturor elevilor. În cazul instituțiilor de învățământ unde există consilier școlar, colaborarea cu acesta în rezolvarea diferitelor probleme ale elevilor este bună (29%) și foarte bună (32%).

Îndeplinirea obiectivelor pachetului EIC presupune în primul rând existența unor resurse umane calificate – cadre didactice, managementul unităților școlare și personalul din echipele comunitare (consilier școlar, mediator școlar). Personalul didactic are un rol foarte important asupra participării școlare a elevilor, a motivației acestora pentru a învăța, a rezultatelor școlare obținute, dar și asupra relației dintre școală-familie-comunitate. Pachetul EIC a inclus în activitățile desfășurate cursuri de formare a personalului didactic cu un conținut nou, modern care să faciliteze implementarea principiilor educației incluzive de calitate.

Faptul că una dintre instituțiile subordonate MEN și care are în responsabilitate formarea personalului didactic – Casa Corpului Didactic - nu a fost parte în model poate fi un punct sensibil al modelului din perspectiva formării continue. Prin implicarea acestei instituții s-ar fi creat premisele pentru continuarea tipului de formare furnizat prin pachetul EIC și pentru continuarea și dezvoltarea modelului UNICEF. Au existat însă discuții cu Casa Corpului Didactic de preluare în oferta lor de formare a pachetului oferit de model în cadrul componentei Educație Incluzivă de Calitate.

La nivel județean dezvoltarea capacității de îndrumare, monitorizare și supervizare a fost realizată și prin crearea la nivel județean a unei structuri de management a implementării intervențiilor pachetului EIC formată din șapte coordonatori județeni, câte unul pentru fiecare zonă a modelului. Acești coordonatori județeni au ca principale responsabilități: monitorizarea implementării activităților pachetului EIC, oferirea de suport pentru realizarea intervențiilor, dar și identificarea nevoilor și problemelor existente și propunerea de soluții de remediere a lor. Analiza datelor culese în cadrul interviurilor cu directorii de școli și a focus grupurilor cu echipele comunitare a reliefat importanța acestei structuri de sprijin pentru implementarea eficientă a activităților pachetului EIC.

**Elemente de succes**

- Creșterea numărului de consilieri școlari;
- Tematica variată a cursurilor de formare pentru dezvoltarea competențelor cadrelor didactice, directorilor de școală și personalului didactic auxiliar;
- Existența coordonatorilor județeni dedicați implementării intervențiilor pachetului EIC.

**Principalele provocări**

- Insuficienta adaptare a ofertei de cursuri pentru învățământul preșcolar;
- Fluctuația mare de consilieri școlari implicați în derularea activităților.

### CREARE/DEZVOLTARE DE CAPACITATE

Îndeplinirea obiectivelor pachetului EIC presupune crearea și dezvoltarea de capacitate la nivelul unităților de învățământ, care s-a realizat în cadrul EIC prin evaluarea școlilor de către ARACIP, creșterea competențelor cadrelor didactice, îmbunătățirea competențelor de management ale directorilor de școli, formarea competențelor de educație parentală și a celor de elaborare de cereri de finanțare.

Analiza datelor cercetării cantitative arată că instituțiile de învățământ din care provin respondenții au beneficiat de activitățile derulate în cadrul pachetului EIC: evaluare din partea ARACIP, micro-grant, formare pentru cadrele didactice pe arii curriculare, formare pentru cadrele didactice în arii extra-curriculare, activități de învățare pe platforma on-line de educație interculturală, activități de pe platforma on-line privind violența în școală, formare pentru managementul școlii, consiliere pentru echipa managerială a școlii, cursuri de educație parentală, prezentarea modelelor de succes pentru creșterea stimei de sine a elevilor, schimburi interșcolare, lecții demonstrative organizate de Institutul de Științe ale Educației. Cei mai mulți respondenți au menționat că unitățile de învățământ din care fac parte au beneficiat de cursurile de educație parentală (99%), evaluarea din partea ARACIP (98%), micro-granturile (98%), formarea cadrelor didactice pe discipline (97%) și formarea cadrelor didactice în arii extra-curriculare (95%). Cei mai mulți dintre respondenți au participat la evaluarea instituției de învățământ de către ARACIP (74%), formarea profesională pe discipline (63%) și micro-granturi (58%).

**Evaluarea ARACIP**

În opinia respondenților, alegerea județului Bacău pentru implementarea modelului se datorează faptului că autoritățile administrative locale dar și cele ale școlilor au manifestat cea mai mare deschidere pentru acest tip de intervenție. Toate instituțiile de învățământ care au intrat în proiect au parcurs un proces de evaluare realizată de către ARACIP. Acesta primă evaluare a atras atenția și asupra unui aspect care are mai puțină legătură cu procesul educațional: relația dintre școală și autoritatea locală. Cu toate că inițial a fost privită cu reținere și chiar cu respingere, evaluarea ARACIP

a avut efecte pozitive și asupra implicării autorităților publice locale. În multe dintre instituțiile de învățământ în care am realizat culegerea de date, directorii de școală au confirmat faptul că evaluarea ARACIP, care a inclus și discuții cu reprezentanții administrației locale, a avut ca efect renovarea clădirilor, construirea de spații noi de învățare, achiziționarea de materiale didactice necesare bunei desfășurări a activității educaționale. Un aspect foarte important este și acela că imaginea unor instituții s-a schimbat semnificativ în bine:

*„Pentru cadrele didactice ARACIP-ul este un bau-bau... dar acest bau-bau a căpătat un chip uman în momentul în care oamenii au înțeles că evaluarea nu se face pentru a penaliza, ci pentru a ajuta."* (reprezentant autoritate publică județeană)

**Dezvoltarea competențelor de management**

Un alt factor care contribuie la succesul intervenției pachetului EIC îl constituie buna comunicare între reprezentanții instituțiilor care influențează sau sunt în măsură să influențeze accesul și participarea la educație al copiilor. Pentru că relațiile dintre școală și celelalte instituții comunitare (primării, dispensare medicale) nu funcționează întotdeauna foarte bine, prin modelul UNICEF s-au organizat și întâlniri menite să schimbe această situație. Din analiza discuțiilor cu reprezentanții instituțiilor de învățământ implicate, mai ales la nivel de management (ISJ, CJRAE, ISE, directori de școală etc.) a reieșit faptul că organizarea acestor întâlniri, în care oamenii s-au cunoscut și s-au informat asupra responsabilităților fiecărei instituții din care fac parte, a fost extrem de benefică: școala a informat primăria despre activitățile pe care urmează să le organizeze, iar primăria a pus la dispoziție anumite facilități pentru buna desfășurare a acestora (mijloace de transport, spații); acolo unde resursele financiare ale școlii și ale familiilor s-au dovedit insuficiente pentru anumite activități, diferența de costuri a fost asigurată din fondurile unor organizații non-guvernamentale din localitate etc.

Conform respondenților la chestionarul on-line, modelul dezvoltat de către UNICEF și în particular pachetul EIC au fost sprijinite într-o proporție destul de ridicată de către autoritățile publice locale și de către părinții copiilor (cf. 64% dintre respondenți), ceea ce contribuie la implementarea mai ușoară a activităților ulterioare. Cu toate acestea, în opinia a 33% din personalul didactic intervievat, ponderea părinților care nu acordă sprijin activităților implementate rămâne destul de mare. De asemenea, un procent destul de ridicat dintre respondenți (34%) au apreciat că politicile publice actuale sprijină într-o mică măsură implementarea unui astfel de model de educație incluzivă de calitate mai ales ca urmare a încărcării cu sarcini administrative a cadrelor didactice, a lipsei unor stimulente pentru cadrele didactice astfel încât acestea să se implice în activitățile extra-curriculare, a lipsei personalului de sprijin în unele școli etc.

În sprijinirea activității instituțiilor de învățământ cel mai mult se implică părinții, comunitatea locală și autoritățile publice locale, în timp ce agenții economici locali sprijină doar în mică și foarte mică măsură. Implicarea acestora din urmă în susținerea activității instituțiilor de învățământ este mai mare în zonele cu centre urbane industrializate (Bacău, Moinești), unde își desfășoară activitatea companii private mari sau IMM-urile cu activitate economică însemnată și care pot acorda suport financiar instituțiilor de învățământ. Actorii locali sprijină instituțiile de învățământ și prin derularea de acțiuni comune, cele mai multe dintre acestea fiind organizate în parteneriat cu poliția (85%), biserica (82%), primăria (74%) și medicii de familie (63%). Acești actori locali sunt cei cu care există parteneriate în mod tradițional la nivel comunitar. Aceste parteneriate cu poliția, medicii de familie,

instituțiile de cult pot fi extinse prin cuprinderea de noi activități care să faciliteze educația incluzivă de calitate.

Formarea managementului unităților de învățământ a cuprins tematici precum: planificarea dezvoltării instituționale școlare, „cercul calității" cu aplicații, abordări strategice în prevenirea abandonului şi creșterea participării școlare, asigurarea calității educației centrată pe elevii din medii defavorizate; evaluarea rezultatelor și a impactului activităților din școală, decizia de dezvoltare fundamentată pe dovezi, utilizarea rezultatelor evaluărilor pentru sprijinirea dezvoltării școlii; operaționalizarea țintelor de dezvoltare și formularea obiectivelor operaționale și a indicatorilor de realizare; monitorizare şi evaluare (inclusiv instrumente de monitorizare şi evaluare) pe baza standardelor naționale de calitate a educației; dezvoltarea de proiecte şi activități (inclusiv extra curriculare) care sprijină participarea la educație, bugetarea activităților; monitorizarea și asistarea elevilor în situație de risc major de abandon. Toată această activitate de formare a personalului implicat în managementul școlar are drept scop creșterea calității procesului de educație. Formarea acestor competențe la nivelul managementului unităților de învățământ contribuie la creșterea capacității acestor instituții de a realiza documente strategice, colecta sistematic date și a le utiliza în procesul decizional, monitoriza și evalua procesul de învățământ, identifica soluțiile de asigurarea a calității, comunica eficient cu ceilalți actori comunitari, dar și cu cadrele didactice, elevii și părinții acestora. Aceste competențe au ajutat și la rezolvarea diverselor probleme identificate în cadrul evaluării ARACIP. Pe lângă obiectivele legate de creșterea participării școlare a elevilor, îmbunătățirii rezultatelor lor școlare, implicării mai mari a părinților în procesul de educație, se urmărește și creșterea nivelului de satisfacție a elevilor și părinților față de activitățile școlii și față de viața școlară în general, scăderea numărului de cazuri de violență în școală sau creșterea generală a "stării de bine" în școală. Ancheta on-line cu cadrele didactice, directorii de școli, personalul nedidactic și educatorii parentali a arătat că s-a îmbunătățit capacitatea școlii de cunoaștere a profilului copiilor în risc major de abandon (79%), s-a îmbunătățit capacitatea școlii de inițiere a unor activități de sprijin pentru copiii în situație de risc (78%) și crescut capacitatea școlii de a elabora documente strategice și operaționale (73%).

Creșterea capacității școlilor de a elabora propuneri de proiecte pentru atragere de finanțare (micro-granturi) a fost unul dintre rezultatele imediate obținute prin implicarea cadrelor didactice și directorilor de unități de învățământ în activitatea de scriere a proiectelor pentru micro-granturi. În cadrul sesiunilor de formare cu managementul școlar a fost prezentată structura proiectului și s-a explicat ce informații trebuie să conțină fiecare dintre părțile aplicației. Pentru primul an, în întocmirea aplicațiilor pentru micro-granturi, școlile au beneficiat și de îndrumare și suportul oferit de coordonatorii județeni. Datele anchetei on-line arată că 58% dintre respondenți consideră că a crescut capacitatea școlii de elaborare de proiecte pentru atragere de finanțări în mare și foarte mare măsură.

**Dezvoltarea competențelor cadrelor didactice**

Sistemul de învățământ din România dispune de un personal calificat într-o proporție de peste 95% (Apostu et. al., 2012) fapt care reprezintă un aspect pozitiv pentru educația elevilor. Calificarea obținută în sistemul formal (licee pedagogice, colegii pedagogice, universități) se dovedește însă de multe ori insuficientă pentru a face față solicitărilor actuale din educație. De exemplu, cadrele didactice nu sunt formate în lucrul cu elevii cu CES, numărul de ore de practică pedagogică din programul de formare al personalului didactic s-a redus semnificativ în ultimii ani, nu există module de anti-discriminare, reducere a marginalizării și stigmatizării etc. În cadrul modelului UNICEF au fost

realizate cursuri de formare pentru a-i sprijini să lucreze mai bine cu elevii, să își îmbunătățească metodele de predare, să înțeleagă și să aplice conceptul de educație centrată pe elev, să înțeleagă conceptul de incluziune/educație incluzivă, să-și diversifice metodele de a comunica cu părinții elevilor, cu comunitatea în general.

Datele cercetării calitative au indicat că partenerii UNICEF implicați în activitatea de formare profesională din cadrul pachetului EIC au venit cu un conținut al formării modern, accesibil și adecvat nevoilor cadrelor didactice, fapt care a crescut atractivitatea cursurilor și a facilitat acumularea de cunoștințe și formarea de competențe. Această dezvoltare de competențe a condus la schimbări în metodele de predare ale cadrelor didactice și la implicarea mai mare a elevilor în actul educațional:

*„odată cu acest proiect am <rupt> monotonia, rutina în activitatea desfășurată în școală - elevul venea la școală, înțelegea sau nu ceea ce se preda, pleca acasă, își făcea sau nu temele și a doua zi o lua de la capăt...Nu mai este așa. Copiii vin acum cu inițiative, au idei despre cum am putea desfășura unele activități, se duc acasă și le povestesc părinților, părinții vin acum spre noi, se implică ...”*(reprezentant instituție de învățământ mediul rural)

Din punctul de vedere al reprezentanților partenerilor implicați în activitatea de formare profesională a cadrelor didactice, obiectivul formării a constat în crearea unei „școli prietenoase” iar rezultatul este acela că, unele cadre didactice și-au schimbat stilul de predare, au adoptat un model didactic modern în care accentul se pune pe gândire creativă, implicare și nu pe memorare și reproducere. ISE s-a concentrat pe formarea personalului didactic nu doar pentru disciplinele de care aceștia sunt responsabili la orele de clasă, ci și pe un tip de formare transversală: cursuri de educație pentru sănătate, educație împotriva violenței în școală și a violenței domestice, educație pentru mediu etc. Acest tip de cursuri a scos din „zona de confort” foarte multe cadre didactice însă, pe termen mediu și lung efectele se așteaptă să fie pozitive. Formarea personalului didactic a avut ca obiectiv însușirea de către acesta a metodelor și tehnicilor de predare-învățare prin care elevul „este învățat să învețe”. Metodele de predare-învățare de tip participativ sunt mult mai complexe și necesită mai multă implicare din partea personalului didactic. Ca în orice activitate de educație, și rezultatele schimbării practicilor educaționale se vor vedea în timp. Analiza datelor de interviu a reliefat faptul că în acest moment rezultatele se resimt doar la nivelul atitudinii elevilor față de școală: vin cu mai mult interes la ore, pun întrebări cadrelor didactice despre activitățile viitoare etc.

Pregătirea personalului didactic din sistemul preșcolar a constituit una dintre componentele intervenției Step by Step din cadrul modelului, dedicate valorizării educației timpurii, alături de dotarea cu material didactic a grădinițelor. În mediul rural, în special, ambele tipuri de intervenții au fost foarte apreciate de personalul didactic, dar și de către familiile copiilor, conform informațiilor obținute în cadrul interviurilor cu directorii de unități de învățământ și focus grupurilor cu părinți sau membrii echipelor comunitare.

Dincolo de dezvoltarea competențelor, cunoașterea altor colegi din sistem cu care să schimbe idei despre îmbunătățirea activității sau stabilirea unor relații mai bune cu reprezentanții ISJ, ARACIP, unele cadre didactice au identificat și beneficii ale modelului care nu au fost anticipate. În localitățile rurale, din cauza scăderii numărului de copii de vârstă școlară multe instituții de învățământ au fost închise, iar elevii mutați la cea mai apropiată școală. În multe situații închiderea școlii a însemnat și creșterea ratei de abandon școlar sau absenteism în rândul elevilor. Unii directori de școală au văzut în acest model o oportunitate de a „pregăti” mutarea elevilor din școlile pe cale de a fi restructurate. Astfel, acești directori au implicat elevii din școlile aflate în curs de restructurare și părinții în

activitățile din proiect, i-au adus de foarte multe ori în școala în care vor urma să fie mutați și astfel nu doar că au redus impactul schimbării, dar părinții și elevii au fost cei care au cerut să se realizeze această mutare.

**Elemente de succes**

- Creșterea gradului de înțelegere a conceptului EIC și a importanței acesteia la nivelul managementului școlilor prin sesiunile de formare;
- Dezvoltarea competențelor (cunoștințe, abilități) cadrelor didactice de a desfășura activități de predare centrate pe elev;
- Creșterea capacității școlilor de a elabora propuneri de proiecte pentru atragere de finanțare;
- Creșterea calității procesului de educație în școlile cuprinse în model ca urmare a evaluării ARACIP;
- Creșterea calității în învățământul preșcolar ca urmare a intervenției Step by Step;
- Schimbare de perspectivă la nivelul școlilor asupra rolului instituțiilor (ex. ARACIP, ISJ): control → îndrumare.

**Principalele provocări**

- Dificultăți de înțelegere a conceptului de EIC în rândul cadrelor didactice. Ex. restrângerea conceptului la derularea de activități pentru copiii vulnerabili sau la activități extrașcolare care implică un consum ridicat de resurse financiare.
- Rezistența inițială a cadrelor didactice ca urmare a perceperii activităților din pachetul EIC drept sarcini suplimentare.
- Mobilitatea crescută a cadrelor didactice cu precădere în comunitățile mai sărace cuprinse în model.
- Schimbările în managementul școlar ca urmare a modificărilor legislative.

### INSTRUMENTE UTILIZATE

Instrumentele utilizate în cadrul pachetului EIC au fost diverse pentru a acoperi gama variată de nevoi existente a diferiților beneficiari – preșcolari, școlari, cadre didactice, managementul școlar, părinți: cursuri de formare, micro-granturi, cursuri de educație parentală, lecții demonstrative, prezentarea de modele de succes pentru creșterea stimei de sine a elevilor, platforme on-line de învățare, etc.

În opinia cadrelor didactice, directorilor de școli și educatorilor parentali cele mai utile activități derulate în cadrul pachetului EIC au fost cursurile de formare pe discipline (80% au oferit note de 8, 9 și 10) și micro granturile (80% au oferit note de 8, 9 și 10), urmate de cursurile de formare în arii extra-curriculare (75%), de pachetul pentru promovarea diversității (74%) și lecțiile demonstrative (74%) (

Tabelul 11). Învățarea pe platformele on-line a fost apreciată ca utilă de 64% dintre respondenți, dar au fost menționate și o serie de probleme legate de accesibilitate și de „rigiditatea" activităților de pe platformele on-line.

*„La unele discipline activitățile cerute pe platformă sunt mult prea rigide, impuse strict ca tematică, ceea ce nu se potrivește cu specificul școlii. Vă rugăm să țineți cont de faptul că toate cadrele didactice din toate secțiunile proiectului au normă de predare, activități în fișa postului ce duc constant la depășirea timpului legal de lucru. O parte din aceste cerințe sunt integrate în timpul orelor, dar*

*intrarea pe platformă care merge şi nu prea, pregătirea materialelor, şi toate celelalte pun presiune pe cadrele didactice."* (cadru didactic)

**Tabelul 11. Utilitatea activităților**

| | 1 Foarte slabă | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 Foarte bună | NR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| pachetului pedagogic pentru promovarea diversității | 1% | 1% | 1% | 1% | 6% | 4% | 9% | 16 % | 21 % | 37% | 4% |
| cursurilor de formare pe discipline | 1% | 1% | 1% | 1% | 4% | 4% | 6% | 15 % | 20 % | 45% | 3% |
| cursurilor de formare în arii extra-curriculare | 1% | 0% | 1% | 1% | 3% | 5% | 9% | 14 % | 20 % | 41% | 4% |
| învățării pe platformele on-line | 2% | 1% | 2% | 3% | 8% | 5% | 12 % | 17 % | 18 % | 29% | 3% |
| lecțiilor demonstrative | 2% | 1% | 1% | 1% | 4% | 5% | 7% | 14 % | 22 % | 38% | 6% |
| schimburilor inter-școlare | 2% | 0% | 2% | 2% | 7% | 5% | 10 % | 15 % | 15 % | 37% | 5% |
| micro-granturilor pentru școli | 1% | 0% | 1% | 1% | 3% | 4% | 7% | 10 % | 18 % | 52% | 3% |

**NR- non răspuns*

Unul dintre obiectivele proiectului l-a reprezentat implicarea într-o mai mare măsură a părinților în viața școlii. În acest sens, HOLTIS (partener în cadrul pachetului EIC) a format cadrele didactice pentru derula activități de educație parentală prin care să stimuleze participarea acestora la procesul de educație și să îmbunătățească relația dintre copii și părinți. Dacă avem în vedere rezultatele cercetării cantitative și calitative (focus grupurile cu părinții, cele cu membrii echipelor comunitare, interviurile cu directorii de școli), cursurile de educație parentală au avut succes , rezultatele observându-se în comportamentul părinților, care au început să comunice mai bine cu copiii, au fost mai atenți la problemele emoționale ale acestora, au înțeles că este important să își asculte copiii și să le ofere și protecție afectivă.

*„mulți părinți au susținut că nu și-au îmbrățișat niciodată copiii...și nu au înțeles până la aceste cursuri ce mult poate face o îmbrățișare"* (reprezentant organizație parteneră)

*„[am învățat] despre stres familial, cum să mă exprim, să fiu mai calm cu copiii"* (părinte)

*„după aceste cursuri am putut să îmi privesc băiatul cu alți ochi, am reușit sa îi înțeleg mai bine punctele de vedere, nevoile; cursul m-a ajutat să încep să comunic mai bine cu el*" (FG părinți, Moinești)

*„Cursurile de educație parentală au ajuns să fie foarte apreciate. Dacă l-a început ne rugam de părinți să vină să participe și ne spuneau că nu au timp, că nu le trebuie, încet- încet au început să vină și au fost încântați. Pentru unii dintre ei aceste cursuri a fost și o ocazie să mai socializeze puțin, să iasă din gospodărie, să vorbească și cu o altă lume decât cea cu care sunt obișnuiți. Și să știți că au început să comunice mai bine și cu copiii, nu numai să îi certe."* (FG membrii echipelor comunitare, Scorțeni)

Cursurile de educație parentală au facilitat întâlniri între cadrele didactice - formatori (educație parentală) și părinți reușind să creeze o relație mai apropiată între aceștia deoarece discuția nu s-a purtat de la cadru didactic (ce reprezintă autoritatea) la părintele aflat într-o situație socio-economică și financiară precară (reprezentantul subordonatului), ci de la părinți la părinți.

*„prin cursurile astea am cunoscut și noi mai bine părinții.. i-am văzut cu alți ochi și am constatat că în comuna noastră avem oameni extraordinari...oameni care stăteau în banca lor, cuminți, cu problemele lor și despre care am descoperit că sunt adevărate enciclopedii, că au principii de viață minunate și valori extraordinare....știți cât de mult am învățat cu toții de la acești oameni?"* (reprezentant instituție școlară din mediul rural)

O activitate foarte importantă în cadrul pachetului EIC a reprezentat-o scrierea aplicațiilor pentru micro-granturi: școlile implicate în proiect identificau anumite nevoi, scriau un proiect și îl trimiteau spre evaluare și finanțare UNICEF-ului. Potrivit reprezentanților organizațiilor județene, toate școlile implicate în model au realizat un proiect și au primit finanțare pentru el. Diferențele între școli au constat în intervalul de timp dintre momentul în care au trimis propunerea către UNICEF și primirea finanțării, durata fiind influențată de experiența cadrelor didactice în a scrie proiecte. În școlile în care exista personal cu experiență în scrierea de proiecte, aplicațiile au fost mai bine realizate, a fost nevoie de mai puține modificări/observații și finanțarea a venit mai repede, în timp ce în școlile în care nu a existat acest tip de experiență lucrurile au decurs mai greu. Din diferite motive, personalul didactic nu a fost bine informat cu privire la aceste aspecte și au interpretat în mod diferit situația. În unele școli, faptul că au primit finanțare mai târziu a fost perceput ca o lipsă de transparență din partea finanțatorului :

*„am vorbit și cu colegii...noi am încărcat toate activitățile pe platformă...am muncit cu toții foarte mult...și alții au primit banii mai repede și noi nu*."(reprezentant instituție școlară)

Micro granturile acordate școlilor au avut beneficii mai ales în ce privește numărul de activități extrașcolare derulate, implicarea elevilor în alte activități decât cele școlare, creșterea participării școlare a celor din grupuri vulnerabile, dezvoltarea competențelor parentale ale părinților. Cu toate acestea, cadrele didactice care au completat chestionarul on-line au exprimat și o serie de nemulțumiri vizavi de anumite aspecte ale implementării micro-granturilor cum ar fi:

- perioada scurtă de implementare, care a făcut ca volumul de muncă depus de cadrele didactice să fie mai mare comparativ cu activitatea desfășurată în mod obișnuit;
- lipsa de recompensare a cadrelor didactice pentru munca voluntară depusă;
- lipsa unui spațiu adecvat pentru activitățile derulate, fie pentru că instituția de învățământ nu dispunea de acest spațiu, fie pentru că la nivel de comunitate nu exista o clădire care să răspundă din toate punctele de vedere cerințelor unui spațiu în care se pot desfășura activități educaționale;
- birocrația mare care a presupus realizarea de fotografii, raportări etc.

*„Cadrele didactice implicate în activitățile din micro grantul de anul trecut nu au primit nicio diplomă sau o adeverință care să certifice munca la acest proiect (ținând cont că la noi, în învățământ orice punct contează în Fișa de evaluare). Rezultatele activităților, bucuria și dăruirea copiilor au fost singurele mulțumiri ale cadrelor didactice implicate în micro grant. Dorim să ne fie recunoscută munca depusă."* (cadru didactic)

Mai importantă decât valoarea financiară a granturilor s-a dovedit a fi dezvoltarea de deprinderi în a scrie proiecte. Activitatea de acordare a micro-granturilor reprezintă o modalitate de a asigura sustenabilitatea modelului UNICEF: majoritatea persoanelor intervievate au susținut că este puțin probabil ca autoritățile locale/județene să preia acest proiect în momentul încheierii sale și că singura variantă de continuare a activității o reprezintă obținerea unor alte finanțări. Prin micro-granturi un număr mare de cadre didactice au căpătat deprinderea de a scrie proiecte.

**Elemente de succes**

- Diversitatea și complementaritatea instrumentelor utilizate pentru implementarea EIC (platforma on-line, schimburi interșcolare, lecții demonstrative, prezentarea modelelor de succes, consiliere, micro-granturi etc.).

**Principalele provocări**

- Nivel redus al competențelor și deschiderii cadrelor didactice privind utilizarea unor dintre instrumente (ex. platforma on-line).

### FURNIZAREA DE SERVICII

Abordarea care a stat la baza intervenției din cadrul modelului a avut în vedere utilizarea instrumentelor/mecanismelor existente în politica publică actuală și faptul că asigurarea sustenabilității și extinderea modelului la nivel național se pot realiza într-o măsură mai mare dacă există deja cadru normativ și nu sunt necesare resurse noi care să fie implicate. Implementarea pachetului EIC s-a bazat pe utilizarea instrumentelor existente în politica publică actuală, cum ar fi consilierul școlar, mediatorul școlar, evaluarea instituțiilor de învățământ conform metodologiei ARACIP, fără a crea mecanisme paralele.

Furnizarea de servicii în cadrul pachetului EIC a vizat crearea de capacitate la nivelul diferitelor tipuri de beneficiari (direcți sau indirecți): cadre didactice, instituții de învățământ, comunitate, care să contribuie la susținerea participării tuturor copiilor la educație incluzivă de calitate. Potrivit analizei datelor cercetării realizate în cadrul MTR (atât în ancheta cu cadre didactice, cât și în interviurile cu directorii de școli sau focus grupurile cu părinți și adolescenți), serviciile furnizate în cadrul pachetului EIC – cursuri de formare, evaluarea instituțională realizată de ARACIP, acordarea de micro-granturi prin care să fie diversificate activitățile extra-școlare, cursuri de educație parentală - au avut ca efecte (Tabelul 9):

- A fost crescută capacitatea cadrelor didactice de a utiliza metode și instrumente de predare moderne, centrate pe elev care să îmbunătățească calitatea educației.
- A fost dezvoltată capacitatea școlilor de a oferi educație incluzivă de calitate (evaluare și planuri de îmbunătățire, lecții demonstrative).
- Au fost formați educatori parentali care au lucrat cu părinții pentru a le dezvolta acestora abilitățile de comunicare și relaționare cu copiii.
- Au fost dezvoltate competențele managementului școlilor și a cadrelor didactice de identificare a copiilor aflați în situație de risc și de lucru cu ei pentru a preveni abandonul școlar.

- A fost stimulată implicarea părinților în activitatea școlară a copiilor prin crearea de activități în care aceștia să fie angrenați împreună.

Implementarea activităților din cadrul micro-granturilor sau a celor extra-școlare necesită spații adecvate, materiale didactice și implicarea cadrelor didactice care să îi îndrume pe elevi. Din păcate nu toate localitățile în care se derulează modelul au amenajate centre/spații speciale pentru activitățile extra-școlare. O altă problemă identificată în urma analizei datelor obținute din focus grupurile cu membrii echipelor locale este legată de implicarea redusă a unora dintre cadrele didactice în activitățile derulate, acestea fiind percepute de multe ori ca o sarcină în plus.

Evaluarea instituțională realizată de către ARACIP tuturor unităților de învățământ incluse în cadrul modelului a utilizat metodologia existentă la nivel național și a avut ca scop o analiză a situației actuale, dar și identificarea problemelor ce se cer a fi rezolvate și a modalităților prin care se poate face acest lucru. Pe lângă evaluarea instituției de învățământ, reprezentanții ARACIP, i-au învățat pe directorii de școală cum să elaboreze o ofertă educațională sau cum să-și facă un plan de dezvoltare instituțională. Această evaluare a fost considerată ca un demers de dezvoltare a unităților de învățământ și a calității educației oferite de acestea elevilor, fiind oferit și suport managementului școlar pentru a implementa măsurile de rezolvare a problemelor identificate. Suportul post-evaluare oferit de ARACIP a fost de un real ajutor pentru remedierea problemelor, dar și pentru identificarea celor mai bune soluții pentru a realiza acest lucru.

Îndeplinirea rezultatului modelului privind reducerea nivelului de discriminarea a populației de etnie romă și creșterea autonomiei familiilor și adolescenților de etnie romă s-a realizat prin următoarele activități, realizate de către organizațiile partenere (Institutul de Științe ale Educației, Agenția de Dezvoltare Comunitară Împreună) în cadrul Pachetului EIC:

- Furnizarea kiturilor pedagogice privind dezvoltarea stimei de sine și formarea cadrelor didactice pentru a le utiliza;
- Realizarea de lecții demonstrative pentru utilizarea kiturilor pedagogice privind dezvoltarea stimei de sine;
- Dezvoltarea metodologiei de selecție a modelelor pentru dezvoltarea stimei de sine;
- Formarea profesională a membrilor echipelor comunitare în lucrul cu populația de etnie romă;
- Derularea de campanii de comunicare cu adolescenți.

**Elemente de succes**

- Implementarea EIC fără a crea mecanisme paralele, ci prin utilizarea instrumentelor deja existente în politica publică actuală și fără a necesita surse suplimentare de finanțare
- Creșterea implicării părinților în educația copiilor
- Participarea unui număr ridicat de copii și părinți la activitățile extra-școlare derulate prin micro-granturi

**Principalele provocări**

- Lipsa infrastructurii necesare derulării activităților extrașcolare (spații, materiale didactice)
- Reticența unora dintre părinți față de cursurile de educație parentală
- Perceperea activităților din cadrul pachetului EIC ca sarcini suplimentare de către cadrele didactice.

### 5.2.3. ASPECTE TRANSVERSALE

Componenta de comunicare a modelului s-a realizat pe patru paliere distincte: comunitate (părinți și copii), profesioniști în domeniile de intervenție, autorități locale și autorități centrale (ministere și structuri subordonate). O parte importantă a fost reprezentată de crearea identității modelului (logo și siglă) care să ajute în activitatea de comunicare și care să fie ușor de memorat de cei interesați.

Documentarea intervențiilor și beneficiilor modelului în imagini și studii de caz este unul dintre instrumentele de comunicare utilizate pentru creșterea conștientizării privind importanța furnizării de servicii comunitare integrate și existența unei educații incluzive de calitate și are un impact mai mare asupra decidenților politici și a profesioniștilor în domeniu.

În cadrul modelului, comunicarea a fost realizată pe toate dimensiunile posibile astfel încât să se poată crea un cadru eficient de implementare a intervențiilor propuse:

- Comunicarea interpersonală în echipele comunitare cu membrii cu specializări diferite adresată prin programe de formare, prin feedback dat de coordonatorii județeni asupra activității acestora.
- Comunicarea la nivel comunitar - practic membrii echipelor comunitare care au realizat recensământul nevoilor copiilor și mamelor vulnerabile de la nivel comunitar au făcut un imens exercițiu de comunicare a programului din casă în casă, explicând fiecărei familii principiile modelului.
- Comunicarea interpersonală între părinți și copii în urma cursurilor oferite părinților și apoi în urma implicării lor în activități de la nivelul comunității.
- Comunicarea interinstituțională la nivel local (parteneriatul cu APL; comunicarea cu echipele APL pentru realizarea activităților de proiect, selecția personalului, încheierea contractelor, monitorizarea bunei funcționări a lucrătorilor în comunitate, etc).
- Comunicarea interinstituțională la nivel județean între instituțiile cu atribuții în domeniile educației, sănătății și protecției sociale pentru identificarea celor mai bune soluții de implementare a intervențiilor propuse.
- Comunicarea interinstituțională la nivelul instituțiilor de nivel național prin implicarea reprezentanților acestora în Comitetul Coordonare.

Componenta de advocacy derulată în perioada cuprinsă de MTR a inclus activități de promovare a modelului și a intervențiilor realizate la nivel local în rândul factorilor de decizie (Președinție, Guvern, Parlament), vizite în teren cu factori de decizie (președinte, miniștri) și personalități publice (de ex., Smiley, Andreea Marin), vizite de studiu cu jurnaliști de la nivel național pentru înțelegerea importanței intervenției, întâlniri cu factori de decizie (parlamentari, miniștri, europarlamentari, reprezentanți ai partidelor politice), participarea la grupuri de lucru sau întâlniri cu decidenți pentru realizarea cadrului de politică publică necesar implementării eficiente a modelului (politici publice privind asistența medicală comunitară, schimbarea modulului psiho-pedagogic pentru a include și elemente specifice educației incluzive, reducerea normei consilierului școlar, acordarea salariului de merit pentru cadrele didactice care lucrează cu copii din grupuri dezavantajate, implementarea pachetului minim de servicii).

Activitatea de advocacy este necesar să fie dezvoltată prin crearea de coaliții în care să fie implicați diverși actori interesați (ONG-uri, autorități locale, structuri asociative ale autorităților administrației publice locale - Asociația Comunelor din România; Asociația Orașelor din România; Asociația Municipiilor din România; Uniunea Națională a Consiliilor Județene din România) pentru a crea o voce mai puternică, care să susțină necesitatea introducerii serviciilor comunitare integrate și

educației incluzive de calitate. Mai mult decât atât, faptul ca ONG-uri cu tradiție care beneficiază de date/ baze largi de beneficiari nu au fost încă atrase în parteneriate a făcut ca acestea să nu poată fi antrenate în activități de advocacy.

Monitorizarea și evaluarea modelului, activitatea derulată permanent și necesară pentru o implementare optimă, a cuprins în perioada vizată de MTR: evaluarea inițială a situației, realizarea a două rapoarte de progres, monitorizarea la nivel județean a activității realizate la nivel comunitar (pe baza rapoartelor lunare ale membrilor echipei comunitare), monitorizarea la nivel național (pe baza rapoartelor bilunare ale coordonatorilor județeni, rapoartelor de vizită etc). Toată această activitate de monitorizare și evaluare este importantă atât pentru documentarea modelului, cât și pentru adoptarea rapidă a soluțiilor optime la diversele probleme apărute în timpul realizării intervenției. Datele culese din cercetarea de teren (focus grupuri cu membrii echipelor comunitare, focus grupuri cu coordonatorii județeni) indică faptul că au fost oferite soluții într-o perioadă redusă de timp la problemele apărute în implementare ca urmare a comunicării bune din interiorul modelului și a unei activități de monitorizare și evaluare derulate corespunzător.

**Puncte tari**

- Creșterea capacității de comunicare la toate nivelele în cadrul proiectului;
- Documentarea în imagini a studiilor de caz;
- Includerea în cadrul campaniei de advocacy a unor activități diverse pentru diferite grupuri țintă (jurnaliști, parlamentari, președinte, miniștri).

**Provocări**

- Lipsa unor coaliții de advocacy care să aibă o „voce mai puternică” în promovarea serviciilor comunitare integrate și educației incluzive de calitate (coaliție care să cuprindă și alte organizații active pe plan național, cu agende similare vizavi de bunăstarea copiilor și familiilor lor).

## 5.3. REZULTATE ATINSE

Una dintre dimensiunile importante de analiză a modelului o reprezintă măsura în care rezultatele pe termen lung propuse inițial au fost îndeplinite prin activitățile realizate. Testarea teoriei schimbării propusă prin acest model presupunea implementarea unui pachet minim de servicii sociale, dezvoltarea și implementarea unei abordări incluzive a educației la nivelul școlii și integrarea pachetului minim de servicii cu intervenția din școli. Sustenabilitatea unei astfel de intervenții este dependentă de existența unui cadru de politică publică adecvat. Din acest motiv cele trei rezultate ale modelului vizează două nivele de intervenție: local, pentru a crea un model de intervenție, și național, cu scopul de a crea cadrul de politică publică necesar implementării acestuia.

Rezultatele așteptate ale modelului sunt:

- Creșterea accesului copiilor vulnerabili și a familiilor lor la un pachet minim de servicii comunitare.
- Reducerea nivelului de discriminarea a populației de etnie romă și îmbunătățirea autonomiei (*empowerment)* familiilor și adolescenților de etnie romă.
- Schimbarea legislației la nivel național, inclusiv a legislației secundare, și creșterea alocării de resurse pe baza modelului implementat, a metodologiei și instrumentelor create.

Analiza datelor din cercetarea efectuată în cadrul MTR indică următoarele progrese înregistrate în perioada octombrie 2014 – decembrie 2016 în atingerea rezultatelor așteptate ale modelului:

**R1. Creșterea accesului copiilor vulnerabili și a familiilor lor la un pachet minim de servicii comunitare**

- Au fost dezvoltate instrumentele prin care au fost identificate nevoile sociale, de sănătate, educaționale ale copiilor (AURORA a fost îmbunătățită).
- Au fost create echipele de lucrători comunitari care să furnizeze pachetul minim de servicii (58 de lucrători sociali, 33 asistenți medicali comunitari, 32 consilieri școlari, 26 mediatori școlari, 5 mediatori sanitari).
- Au fost dezvoltate competențele specifice și transversale ale membrilor echipelor comunitare.
- A fost realizată identificarea nevoilor sociale, de sănătate, educaționale ale copiilor și familiilor lor la nivel comunitar (recensământ finalizat în 26 de comunități rurale și încă în derulare în 6 comunități rurale și 4 comunități urbane).
- A fost demarată furnizarea de servicii primare în funcție de nevoile identificate.
- A fost crescută capacitatea cadrelor didactice de a utiliza metode și instrumente de predare moderne, centrate pe elev care să îmbunătățească calitatea educației (335 cadre didactice participante la sesiunile de formare).
- A fost dezvoltată capacitatea școlilor de a oferi educație incluzivă de calitate (evaluare și planuri de îmbunătățire, lecții demonstrative).
- Au fost formați educatori parentali care au lucrat cu părinții pentru a le dezvolta acestora abilitățile de comunicare și relaționare cu copiii (4524 de părinți participanți la sesiuni de educație parentală).
- Au fost dezvoltate competențele cadrelor didactice de identificare a copiilor aflați în situație de risc și de lucru cu ei pentru a preveni abandonul școlar.
- A fost stimulată implicarea părinților în activitatea școlară a copiilor prin crearea de activități în care aceștia să fie angrenați împreună (400 de părinți implicați în activitățile derulate în școli).
- Au fost acordate micro-granturi atât pe componenta de PMS (35 micro-granturi), cât și pe cea de EIC (45 micro-granturi).
- Revitalizarea/crearea structurilor consultative comunitare în 38 de localități.

**R2. Reducerea nivelului de discriminarea a populației de etnie romă și îmbunătățirea capacității familiilor și adolescenților de etnie romă**

- Furnizarea kiturilor pedagogice privind dezvoltarea stimei de sine și formarea cadrelor didactice pentru a le utiliza;
- Realizarea de lecții demonstrative pentru utilizarea kiturilor pedagogice privind dezvoltarea stimei de sine;
- Dezvoltarea metodologiei de selecție a modelelor pentru dezvoltarea stimei de sine;
- Formarea profesională a membrilor echipelor comunitare în lucrul cu populația de etnie romă;
- Derularea de campanii de comunicare cu adolescenți.

**R3. Schimbarea legislației la nivel național, inclusiv a legislației secundare, și creșterea alocării de resurse pe baza modelului implementat, a metodologiei și instrumentelor create**

- Implicarea actorilor relevanți (MS, MEN, MMJS, ANPDCA, MDRAPFE, MF) în cadrul Comitetului de Coordonare pentru a avea acces la informații despre model și despre rezultatele acestuia, dar și pentru a le oferi oportunitatea să se implice activ în dezvoltarea modelului. Această participare în Comitetul de Coordonare a avut și rolul de a crește implicarea acestora în dezvoltarea modelului astfel încât să poată fi extins la nivel național.

- Realizarea de activități de promovare a modelului în care au fost implicați factori de decizie (vizitele în teren ale politicienilor);
- Participarea în grupuri de lucru sau întâlniri cu decidenți pentru realizarea cadrului de politică publică necesar implementării eficiente modelului (politici publice privind asistența medicală comunitară, schimbarea modulului psiho-pedagogic pentru a include și elemente specifice educației incluzive, reducerea normei consilierului școlar, acordarea salariului de merit pentru cadrele didactice care lucrează cu copii din grupuri dezavantajate, implementarea pachetului minim de servicii).

## 6. CONCLUZII ȘI LECȚII ÎNVĂȚATE

Complexitatea modelului „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității" a făcut ca pe parcursul implementării să necesite mici ajustări/modificări astfel încât să poată fi atinse într-o manieră cât mai eficientă și eficace rezultatele așteptate având în vedere realitățile existente la nivel comunitar. Procesul de analiză al modelului derulat a identificat elementele de succes și provocările existente în cele două etape – cea de pregătire și cea de implementare. Stabilirea lecțiilor învățate este un element important în procesul de evaluare și monitorizare al modelului pentru a se adopta măsurile de îmbunătățire a intervenției astfel încât să poată fi atinse obiectivele propuse.

### 6.1. ETAPA DE PREGĂTIRE A MODELULUI

**Teoria Schimbării**

- Experiența în proiecte similare implementate anterior, documentarea pașilor și a lecțiilor învățate în cadrul acestor experiențe anterioare se dovedesc a fi elemente importante pentru fundamentarea unei teorii a schimbării de succes.
- Consultarea cu actorii relevanți în perioada de design a modelului, fapt ce permite definirea împărtășită a principalelor obiective și direcții de acțiune în cadrul modelului, este un alt factor important în fundamentarea unei teorii a schimbării de succes.
- Flexibilitatea în stabilirea obiectivelor, indicatorilor, rezultatelor contribuie la reușita unui astfel de demers.
- Pentru coordonarea mai bună a celor două pachete ale modelului este necesară stabilirea procedurilor de lucru încă din etapa de pregătire a modelului.

**Parteneriate**

- Stabilirea parteneriatelor cu instituțiile județene cu responsabilități în domeniile de intervenție ale modelului, inclusiv cu Consiliul Județean, este un factor important pentru facilitarea implementării. Aceste parteneriate de la nivel județean asigură o mai mare încredere în intervenția propusă și influențează decizia autorităților publice locale de a participa la implementarea modelului.
- Semnarea parteneriatelor cu autoritățile locale care să arate angajamentul partenerilor de a coopera într-o anumită acțiune și să specifice rolurile fiecărui partener într-un demers comun reprezintă un alt element important pentru implementarea unui astfel de model.
- Schimbarea de paradigmă la nivel național necesită o implicare instituțională mai largă a ministerelor sectoriale (inclusiv direcții de buget, direcții juridice) astfel încât să poată fi conturate planuri de acțiune naționale în spiritul noii paradigme.

- Stabilirea de parteneriate cu organizațiile neguvernamentale furnizoare de servicii în comunitățile locale din județul Bacău nu a constituit un element important în etapa de pregătire a modelului , deși este posibil ca proiectele implementate de acestea să fie foarte similare și să aducă ele însele un număr de lecții de învățat.
- Implicarea actorilor locali și județeni în implementare a facilitat cunoașterea lor reciprocă și comunicarea interinstituțională.
- Implicarea actorilor naționali (în Comitetul de Coordonare) în implementare a permis identificarea unor soluții la problemele existente, pe baza cadrului legal în vigoare, în timp util.
- Deschiderea autorităților locale constituie principalul element care a facilitat implementarea modelului.

**Resurse umane**

- Personalul calificat la nivel local este redus, iar activitatea de selecție, formare, angajare este important că a avut suficientă flexibilitate astfel încât să poată fi organizate cursuri de formare pentru lucrătorii sociali. Această flexibilitate și identificarea rapidă de soluții au permis gestionarea cu succes a unui serviciu integrat în comunitate. Ar fi fost necesar ca înainte de începerea implementării să se fi realizat o analiză a pieței forței de muncă locale pentru a se cunoaște calificarea acesteia și a se planifica diverse intervenții în scopul asigurării resurselor umane necesare. Lipsa calificării specifice a resurselor umane a dus la întârzieri în implementare în unele comunități locale.
- Dimensionarea echipei comunitare nu a fost realizată în funcție de nevoile comunitare identificate și dispersia teritorială a localității, fapt ce duce la întârzieri în implementare acolo unde sunt comunități cu probleme sociale însemnate.
- Activitatea medicului de familie din comunitate nu a fost formal cuprinsă în design-ul modelului, ceea ce a afectat cooperarea dintre acesta și asistentul medical comunitar din cadrul modelului.

**Monitorizare și evaluare**

- În procesul de monitorizare și evaluare, indicatorii privind capacitatea instituțională și performanța APL în implementarea modelului ar putea oferi informații utile relevante pentru demersurile de asigurare a sustenabilității acestuia.
  - Evaluarea inițială a situației derulată în toate cele 45 de comunități constituie un demers important și necesar în stabilirea cât mai exactă a impactului modelului la nivel local.

## 6.2. ETAPA DE IMPLEMENTARE A MODELULUI

### 6.2.1. PACHETUL MINIM DE SERVICII

- Echipa de management a modelului la nivel județean este importantă pentru facilitarea comunicării și rezolvării diverselor probleme apărute în implementare. Activitatea coordonatorilor județeni a fost esențială atât în asigurarea comunicării în interiorul echipelor comunitare, cât și a celei dintre membrii echipelor comunitare și autorităților locale și județene. Îndrumarea și suportul asigurat de coordonatorii județeni echipelor locale au dus la rezolvarea rapidă a problemelor apărute și la asigurarea calității intervenției în comunitate. În plus a ajutat la creșterea încrederii membrilor echipelor comunitare în forțele proprii.
- Stabilirea clară a atribuțiilor membrilor echipelor comunitare (în fișele de post) nu limitează încărcarea acestora cu sarcini administrative în detrimentul muncii de teren. A devenit o practică

la nivelul administrațiilor publice locale, ca personalul să fie încărcat cu sarcini suplimentare, iar munca de teren să fie mai puțin valorizată.

- Implicarea formală a medicului de familie în activitățile modelului ar fi fost utilă pentru asigurarea aderării acestuia la noua paradigmă de furnizare a serviciilor, stabilirea unor relații de colaborare mai strânse și împărțirea responsabilităților cu asistentul medical comunitar.
- Deschiderea comunității față de membrii echipei comunitare este mai mare acolo unde aceștia sunt din comunitate sau au fost însoțiți pe teren de alți reprezentanți (cu vechime, cunoscuți) ai APL. Aceste aspecte au facilitat implementarea diverselor activități.
- Nivelul scăzut al competențelor resurselor umane de la nivel local implică un consum mai mare de resurse financiare pentru formarea acestora.
- Furnizarea serviciilor sociale/ medicale primare la domiciliul beneficiarilor a contribuit la creșterea încrederii membrilor comunității în APL și la rezolvarea problemelor unor categorii de beneficiari care nu aveau cunoștință de drepturile lor. Această abordare a acordării de servicii centrată pe nevoile beneficiarului și nu pe cele ale furnizorului a permis o cunoaștere mai bună a nevoilor comunitare, dar și intervenții personalizate.
- Metodologia de lucru pentru echipa comunitară este un instrument important pentru prevenirea suprapunerilor de sarcini între membrii acesteia și pentru o mai bună coordonare a activității acestora la nivel comunitar. Chiar dacă aceasta a fost prevăzută a se realiza după încheierea recensământului comunitar, stabilirea cazuisticii și începerea furnizării de servicii, unele echipe comunitare au resimțit nevoia existenței ei încă din faza de identificare de nevoi.
- Feedback-ul membrilor echipei comunitare asupra utilizării instrumentelor de lucru pe tot parcursul implementării modelului este esențial pentru remedierea erorilor și îmbunătățirea acestora. Lucrătorii care utilizează aceste instrumente de lucru sunt cei mai în măsură să ofere informații despre modul cum funcționează, problemele apărute, dar și despre nevoile de îmbunătățire ale lor pentru a le fi crescută eficiența. Acest feedback este util și pentru evitarea eventualelor înțelegeri eronate ale instrucțiunilor de utilizare a instrumentelor de lucru, așa cum a fost cazul AUROREI.
- Cunoașterea insuficientă, exclusiv la nivel teoretic, a metodologiei AURORA de către specialiștii care lucrează în domeniile de intervenție ale modelului (ONG-uri, autorități naționale) face ca aceasta să nu poată fi apreciată ca un instrument replicabil la nivel național. Pentru a putea fi utilizată la nivel național este necesar ca să fie prezentată mai pe larg metodologia AURORA, să se ofere exemple de folosire a ei și o estimare de costuri necesare implementării acesteia. În cazul actorilor cu nivel mai ridicat de cunoaștere a AUROREI, extinderea acesteia este considerată un deziderat imposibil de atins din cauza lipsei resurselor financiare atât la nivel central, cât și local. Costurile pe care le implică implementarea unei asemenea metodologii sunt apreciate a fi ridicate și, chiar dacă este extrem de utilă, nu există resursele financiare necesare.
- Lipsa infrastructurii (mașină, decontarea cheltuielilor cu combustibilul) care să faciliteze transportul lucrătorilor comunitari în zonele izolate, lipsa materialelor consumabile sunt elemente care îngreunează furnizarea de servicii.
- Capacitatea redusă a autorităților locale de a furniza servicii sociale și medicale de prevenție a fost adresată prin PMS, echipa comunitară fiind cea care, printr-o abordare proactivă a reușit să rezolve o serie de probleme cum ar fi: ne-monitorizarea sarcinilor, nivelul scăzut de informare al părinților privind primele semne de boală, accesul redus la servicii medicale al copiilor din familii sărace etc.

### 6.2.2. PACHETUL EDUCAȚIE INCLUZIVĂ DE CALITATE

- Suportul personalizat oferit de instituțiile publice școlilor a dus la îmbunătățirea imaginii acestora la nivel local, a capacității de planificare și calității proceselor decizionale (ex. evaluarea ARACIP). Evaluarea ARACIP a avut rolul nu doar de a analiza situația existentă, dar și de a ajuta la identificarea de soluții optime și personalizate în funcție de specificitățile unității de învățământ. A reprezentat și un prilej de învățare pentru managementul școlar, dar și pentru cadrele didactice care au fost implicate.
- Consilierea școlară este dificil, sau aproape imposibil de realizat, în condițiile actualelor norme (1 consilier/minim 800 elevi, distanțe mari între școli), fapt ce duce la scăderea motivației personalului specializat pentru ocuparea posturilor disponibile.
- Caracterul inedit al activităților derulate de parteneri, expertiza și notorietatea acestora au contribuit la creșterea interesului participanților (cadre didactice). În același timp varietatea instrumentelor de formare/învățare utilizate pentru cadrele didactice (cursuri de formare, lecții demonstrative, platforme on-line, schimburi de experiență etc.) a făcut ca să fie mai facilă acumularea de noi competențe.
- Participarea părinților la activități extrașcolare (finanțate prin micro-granturi) contribuie la creșterea implicării acestora în educația copiilor și la îmbunătățirea relației acestora cu școala.
- Existența coordonatorilor județeni dedicați implementării intervențiilor pachetului EIC a contribuit la implementarea activităților prevăzute, dar și la facilitarea comunicării între instituțiile de învățământ și ceilalți actori comunitari.
- Fluctuația mare a consilierilor școlari implicați în derularea activităților are ca efect o lipsă de predictibilitate și continuitate în intervenție, dar și costuri suplimentare cu formarea lor.
- Dificultățile de înțelegere a conceptului de EIC în rândul cadrelor didactice și a managementului școlar și restrângerea acestuia la derularea de activități pentru copiii vulnerabili sau la activități extrașcolare care implică un consum ridicat de resurse financiare, au fost depășite prin intervențiile realizate în cadrul EIC. Introducerea principiilor EIC este un proces de durată, care necesită activități permanente la nivelul unităților de învățământ.
- Unele cadre didactice au manifestat o rezistență inițială în implicarea în micro granturi sau activități extra-școlare deoarece au perceput activitățile din pachetul EIC drept sarcini suplimentare. Identificarea unei motivații suplimentare a cadrelor didactice pentru a participa la activitățile extrașcolare derulate a reprezentat modalitatea de a se asigura participarea acestora (acordarea de adeverințe, diplome de participare pe care să le poată utiliza în evaluarea cadrelor didactice).
- Lipsa infrastructurii necesare derulării activităților extrașcolare (spații, materiale didactice) a făcut ca în unele localități să fie dificilă implementarea acestora.
- Lipsa parteneriatului cu Casa Corpului Didactic pentru activitățile de formare a cadrelor didactice, care ar fi contribuit la creșterea capacității CCD și o mai bună înțelegere a conceptului de educație incluzivă de calitate și, prin urmare, la extinderea acestei abordări și în comunitățile din județul Bacău care nu sunt incluse în model.

### 6.2.3. ASPECTE TRANSVERSALE

- Documentarea prin studii de caz și imagini a intervențiilor realizate la nivel local este utilă în procesul de diseminare, dar și în cel de extindere a modelului la nivel național.

- Vizita în comunitate a jurnaliștilor contribuie la creșterea conștientizării necesității implementării modelului la nivel național, fiind un instrument util de advocacy.
- Activitățile de advocacy au vizat creșterea notorietății și conștientizării importanței modelului pentru rezolvarea problemelor comunitare, dar și îmbunătățirea cadrului normativ existent. Chiar dacă mesajele transmise au convins decidenții de importanța furnizării de servicii comunitare integrate și a educației incluzive de calitate, coalizarea celorlalți actori în jurul acestor obiective ar fi fost necesară pentru a crea presiune mai mare asupra factorilor de decizie.
- Monitorizarea și evaluarea constituie una dintre activitățile care au contribuit la o bună implementare a modelului. Informațiile cuprinse în cadrul rapoartelor echipelor comunitare și a coordonatorilor județeni au fost luate în considerare în procesul de îmbunătățire a intervenției modelului la nivel local.
- Implementarea modelului va fi încheiată la finalul anului 2018 pentru Pachetul Minim de Servicii și la finalul anului școlar 2018-2019 pentru Pachetul Educație Incluzivă de Calitate. În acest context, autoritățile publice locale nu sunt pregătite suficient pentru preluarea implementării modelului, multe dintre acestea afirmând că nu au identificat sursele de finanțare necesare.
- Integrarea celor două pachete principale – PMS și EIC – nu a fost realizată decât într-o mică măsură în perioada analizată de MTR. Înaintea integrării PMS și EIC era necesară o perioadă de implementare a intervențiilor din cadrul celor două pachete astfel încât să existe informații suficient de detaliate pentru a stabili cu exactitate modalitățile de integrare.

# 7. RECOMANDĂRI

## 7.1. ETAPA DE PREGĂTIRE A MODELULUI

- Organizarea unor grupuri de lucru cu partenerii naționali pentru discutarea unor soluții de asigurare a sustenabilității și replicabilității modelului. Ar fi utilă o implicare mai largă a direcțiilor din ministerele sectoriale, respectiv a direcțiilor de buget, direcțiilor juridice, etc.
- Derularea de studii prospective ale pieței muncii locale sunt necesare înainte de începerea intervenției. Astfel se poate stabili ce activități de formare a resurselor umane sunt necesare pentru a fi bugetate de la început.
- Dimensionarea resurselor umane necesare la nivel comunitar corelată cu specificul comunității (populație, probleme sociale, dispersie teritorială etc.) și existența unei strategii de „rezervă" care să poată fi aplicată în situația în care personalul la nivel local trebuie suplimentat.
- Identificarea de „aliați" - ONG-uri furnizoare de servicii integrate pentru mame și copii în comunitate, organizații care pot contribui nu numai ca *know how*, dar și ca efort de advocacy pentru atingerea scopului comun - servicii integrate de calitate crescută pentru mame și copii, cu accent pe cei cu vulnerabilități crescute.
- Definirea de indicatori pentru monitorizarea capacității instituționale la nivel local și județean ar fi utilă pentru un astfel de demers care vizează prin intervențiile propuse dezvoltarea de servicii integrate și al cărui succes este condiționat de capacitatea APL.
- Implicarea reprezentanților APL în monitorizarea și evaluarea modelului, în vederea motivării și responsabilizării acestora prin compararea propriilor rezultate cu cele obținute de alte comunități.

## 7.2. ETAPA DE IMPLEMENTARE A MODELULUI

### 7.2.1. PACHETUL MINIM DE SERVICII

- Redimensionarea resurselor umane locale în funcție de specificul comunităților (pe baza datelor din recensământul comunitar), după identificarea nevoilor și stabilirea serviciilor de intervenție necesare.
- Stimularea de parteneriate între APL/școală și alți actori locali (ONG-uri/biserică etc.) care să ofere servicii complementare celor furnizate prin model (ex. *after school*).
- Dezvoltarea metodologiei de lucru pentru echipa comunitară pentru a evita suprapunerile de sarcini.
- Sprijinirea APL în procesul de definire participativă de planuri locale de servicii integrate de prevenire socio-medico-educaționale**,** definirea de planuri adiacente de implementare, monitorizare și evaluare și documentarea în acest mod a solicitării APL de bugete pentru implementarea acestor planuri (Legea 215/2001 către CJ).
- Realizarea de acțiuni comune împreună cu medicii de familie la nivel comunitar și stabilirea unor protocoale de colaborare cu aceștia în care să fie delimitate responsabilitățile acestuia și ale asistentului medical comunitar în ceea ce privește prevenția/ serviciile medicale primare.
- Realizarea de workshop-uri cu reprezentanți ai instituțiilor publice centrale, ONG-uri (inclusiv asociații ale autorităților publice), pentru prezentarea beneficiilor AURORA și creșterea interesului pentru utilizarea acesteia.
- Sprijinirea ANPDCA cu expertiza necesară implementării HG 691/2015.
- Elaborarea de studii privind costurile implementării modelului.
- Culegerea de feedback permanent din partea membrilor echipelor comunitare legat de instrumentele de lucru (AURORA, structurile consultative comunitate).
- Organizarea de schimburi de experiență între comunitățile din model, cu implicarea factorilor de decizie din autoritățile locale.
- Organizarea de întâlniri cu reprezentanții APL pentru a găsi soluții la problemele privind lipsa facilităților de transport și a materialelor consumabile semnalate de membrii echipelor comunitare.

### 7.2.2. PACHETUL EDUCAȚIE INCLUZIVĂ DE CALITATE

- Intensificarea demersurilor de advocacy pentru reducerea normei consilierilor școlari și încheierea de parteneriate cu organizații interesate din domeniul educațional pentru creșterea capacității de influențare a politicilor publice.
- Identificarea unor mecanisme de motivare a cadrelor didactice pentru a se implica în activitățile derulate.
- Realizarea de ateliere de lucru comune pentru reprezentanții APL și ai școlii pentru a facilita comunicarea interinstituțională, coordonarea celor două pachete și înțelegerea conceptului EIC și la nivelul autorităților locale.
- Consolidarea parteneriatului cu Casa Corpului Didactic pentru activitățile de formare a cadrelor didactice, care să contribuie la creșterea conștientizării și a înțelegerii conceptul de educație incluzivă de calitate nu doar la nivelul cadrelor didactice din comunitățile incluse în model, dar și al celor din celelalte comunități ale județului.
- Sprijinirea MEN, ARACIP și ISE cu expertiza necesară implementării Planului de acțiune pentru desegregarea școlară și creșterea calității educaționale în unitățile de învățământ preuniversitar.

### 7.2.3. ASPECTE TRANSVERSALE

- Creșterea capacității reprezentanților APL și managementului școlilor de a identifica surse de finanțare și a elabora propuneri de proiecte.
- Creșterea vizibilității rezultatelor modelului la nivelul comunităților (către cetățeni și alți actori interesați).
- Intensificarea comunicării teoriei modelului și a rezultatelor obținute către actorii relevanți la nivel național și județean (ONG-uri, instituții publice) pentru extinderea parteneriatelor și atragerea de suport mai puternic pentru implementarea și extinderea modelului.
- Continuarea demersurilor de advocacy pentru scalarea modelului la nivel național. Actorii naționali consideră că nu este necesară legislație nouă, ci doar o revizuire a celei existente prin oferirea mecanismelor de implementare ale unui astfel de pachet integrat de servicii. Problema cea mai mare este cea a construcției instituționale responsabile cu implementarea pachetului minim de servicii deoarece implică coordonarea activității a cel puțin trei ministere (MMJS, MEN și MS). Această construcție instituțională este apreciată ca fiind cel mai dificil de realizat și ar trebui pusă în subordinea Prim Ministrului pentru a îi conferi o autoritate mai mare.
- Crearea de coaliții împreună cu ONG-uri, autorități locale/ județene, structuri asociative ale autorităților administrației publice locale, pentru a crea o voce mai „puternică” care să pună presiune pe decidenți în introducerea serviciilor comunitare integrate și a instrumentelor educației incluzive de calitate în cadrul politicilor publice actuale.
- În contextul finalizării implementării modelului (sfârșitul anului 2018 pentru PMS/finalul anului școlar 2018-2019 pentru EIC) este importantă: documentarea modelului prin elaborarea inclusiv a unor ghiduri de operare (pentru fiecare pachet) pentru a se putea realiza replicarea acestuia; intensificarea demersurilor de advocacy pentru replicarea și extinderea modelului la nivel național; elaborarea strategiilor de încheiere a modelului (exit strategy) pentru a se asigura preluarea acestuia de către autoritățile locale din comunitățile județului Bacău.
- Stabilirea modalităților de integrarea a celor două pachete ale modelului – PMS și EIC. Această integrare a celor două pachete este necesară pentru funcționarea eficientă a modelului și replicarea/extinderea acestuia la nivel național.

# 8. ANEXE

## ANEXA 1. TERMENI DE REFERINŢĂ - EVALUAREA INTERMEDIARĂ A MODELULUI „INCLUZIUNE SOCIALĂ PRIN FURNIZAREA DE SERVICII INTEGRATE LA NIVELUL COMUNITĂŢII", ROMÂNIA

### 1. Context

În contextul Strategiei Europa 2020 pentru o creștere inteligentă, durabilă și favorabilă incluziunii, precum și al noului cadru de finanțare din fonduri structurale europene pentru perioada 2014-2020, Guvernul României a demarat o serie de reforme ce vizează sărăcia, excluziunea socială sau părăsirea timpurie a școlii. Astfel, au fost elaborate și sunt în curs de implementare strategii naționale privind incluziunea socială, prevenirea părăsirii timpurii a școlii, sau protecția și promovarea drepturilor copilului. Principalele principii și direcții de acțiune avute în vedere în aceste strategii au fost stabilite în concordanță cu standardele și regulamentele internaționale relevante, inclusiv Convenția ONU cu privire la drepturile copilului sau Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, ratificate deja de România. La acestea se adaugă cele mai recente demersuri la nivelul UE (cum ar fi Pachetul de Investiții Sociale, Recomandarea Comisiei 2013/112/UE privind investiția în copii) care evidențiază nevoia de intervenții timpurii și abordări preventive în reducerea riscului de sărăcie și excluziune socială. În acest sens, Statele membre UE sunt încurajate să asigure acces la servicii esențiale de calitate pentru copii. De asemenea, în contextul îndeplinirii obiectivelor Strategiei Europa 2020, România și-a stabilit ținte naționale specifice, inclusiv reducerea la 11% a ratei părăsirii timpurii a școlii, respectiv reducerea cu 580.000 a numărului de persoane sărace.

În ciuda angajamentului politic și a consensului general vizavi de reformele necesare în domeniul educației, sănătății și protecției copilului, România continuă să se confrunte cu o serie de probleme importante. Potrivit ultimelor statistici, în 2014, 39,5% dintre români se aflau la risc de sărăcie sau excluziune socială[5]. Copiii reprezintă unul dintre grupurile cele mai puternic afectate de criza financiară globală care a lovit România în 2008, unul din trei copii încă trăind în sărăcie. Inechitățile persistă, resimțite mai cu seamă în rândul copiilor de etnie romă și al copiilor din mediul rural. Astfel, în timp ce, în mediul urban, rata sărăciei absolute era de 3,5%, în mediul rural aceasta a atins 12,4%; în cazul copiilor de etnie romă, rata sărăciei absolute este extrem de ridicată. În mediul urban, acest tip de sărăcie afectează 2% dintre copiii români față de 27,3% dintre cei romi, iar în comunitățile rurale procentul este de 10,6% față de 41,1%[6]. Conform datelor ANPDCA (Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție), sărăcia rămâne una dintre cauzele separării copiilor de familie (40%), urmată de dizabilitate (26,82%), abuz și neglijare (9,54%)[7]. Analiza datelor cantitative reflectă totodată o creștere a numărului de cazuri de violență raportate (de la 8.142 cazuri raportate în 2010 la 10.207 în 2015, inclusiv cele de neglijare, de la 5.494 în 2010 la 7.270 în 2015).

Capacitatea sistemului de a răspunde diferitelor provocări rămâne limitată: la nivel național, potrivit estimărilor, totalul cheltuielilor pentru protecție socială în 2012 a fost de 15,4% din PIB, unul dintre cele mai scăzute din UE[8]. Pentru furnizarea de servicii, sunt alocate numai sume limitate, ceea ce îngreunează foarte mult identificarea copiilor vulnerabili și a familiilor lor, identificarea surselor de

[5] http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=t2020_50&language=en

[6] Marian Preda (coord.), *Analiza situației copiilor din România*, Vanemonde, București, 2011

[7] Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție, www.copii.ro

[8] http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00098&plugin=1

vulnerabilitate, precum și abordarea holistică și cuprinzătoare a nevoilor copiilor. În momentul de față, există un singur asistent social la 3.350 locuitori, mulți dintre acești asistenți având atribuții în principal în gestionarea dosarelor de prestații sociale. Ca atare, capacitatea instituțională a serviciului public de asistență socială rămâne extrem de redusă, mai cu seamă în mediul rural. În contextul descentralizării asistenței sociale, resursele limitate afectează și implementarea unitară a legislației, cu consecințe asupra accesului copiilor la servicii sociale de bază.

La capitolul educație, 9,8% dintre copiii cu vârste între 7 și 15 ani se află încă în afara sistemului de educație[9]. Există disparități majore în ce privește accesul și participarea la educație în rândul copiilor de etnie romă: în România, în 2011, rata netă de cuprindere a copiilor romi în învățământul preșcolar (copii cu vârste între 3 și 6 ani) era de 37%, față de 77% la nivel național; 95% dintre copiii non-romi cu vârste între 7 și 15 ani erau cuprinși în învățământul primar și secundar, față de numai 78% dintre copiii romi[10]. Disparitățile de gen sunt și ele relevante atunci când vorbim despre accesul fetelor rome la învățământul secundar superior: femeile rome participaseră la învățământul secundar superior în proporție de 18% față de 86% în cazul femeilor non-rome, iar bărbații romi în proporție de 29% față de 81% în cazul bărbaților non-romi[11]. Normele sociale care încurajează toleranța față de multiplele forme ale discriminării contribuie la excluziunea socială a copiilor vulnerabili, inclusiv a celor romi.

Angajamentul financiar limitat față de problematica educației (2,8 % din PIB în 2013 comparativ cu 5% media UE, potrivit EUROSTAT), la care se adaugă lipsa de continuitate și coerență a reformelor în învățământ subminează accesul copiilor la o educație incluzivă de calitate. Pe de altă parte, sunt necesare îmbunătățiri și în ce privește eficacitatea sistemului de învățământ: ultimele rezultate PISA arată că 37% dintre elevii români de 15 ani ar putea fi încadrați în categoria analfabeților funcționali[12]. Accesul redus la serviciile de educație și îngrijire timpurie a copilului (în special în mediul rural), formarea insuficientă a cadrelor didactice, mecanismele limitate de interacțiune dintre școli și părinți afectează capacitatea sistemului de retenție școlară a copiilor vulnerabili. Ca atare, rata de părăsire timpurie a școlii a ajuns la 18,1% în 2014, cu mult peste media UE (11,1%)[13].

Deoarece, în general, copiii se confruntă cu multiple surse de vulnerabilitate, este esențial ca intervențiile prevăzute pentru aceștia să fie abordate într-o manieră integrată, astfel încât să fie eficiente și eficace. Cu toate acestea, cercetările arată un nivel limitat al dialogului și cooperării inter-sectoriale, ceea ce împiedică maximizarea conexiunilor și asigurarea unei abordări consecvente.

Ținând seama de numeroasele provocări în calea realizării depline a drepturilor copiilor, dar și de direcțiile strategice prevăzute în cadrul Acordului de Parteneriat dintre UNICEF și Guvernul României pentru perioada 2014-2017, UNICEF acordă asistență tehnică ministerelor de resort, în scopul

---

[9] Institutul de Statistică al UNESCO, *Inițiativa globală privind copiii în afara sistemului de educație. Studiu național - România*, București, 2012

[10] Banca Mondială, Raportul *Toward an equal start: Closing the early learning gap for Roma children in Eastern Europe*, (http://siteresources.worldbank.org/EXTROMA/Resources/RomaECD_FinalReport.pdf, pag. 12, tabel 2, ratele nete de cuprinde în învățământul preșcolar)

[11] Banca Mondială, *Studiu de diagnosticare și consultanță pentru politicile de sprijinire a incluziunii romilor din România*, 2014, pag. 23

[12] OCDE, Raport *PISA 2012 Results in Focus*, disponibil aici: https://www.oecd.org/pisa/keyfindings/pisa-2012-results-overview.pdf

[13] http://ec.europa.eu/education/library/publications/monitor15_en.pdf

influenţării politicilor publice din sfera sănătăţii, educaţiei şi protecţiei copilului. Printr-o abordare sistemică şi multisectorială, UNICEF contribuie în mod activ la elaborarea politicilor publice relevante, astfel încât copiii să se poată bucura de dreptul de a trăi într-un mediu familial sănătos şi de a beneficia de educaţie incluzivă de calitate.

Pentru a putea propune opţiuni de politici bazate pe dovezi, UNICEF şi partenerii săi implementează un model de intervenţie numit „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate", pornind de la premisa că furnizarea integrată/coordonată, la nivel naţional, a unui pachet universal de servicii sociale preventive (de sănătate, educaţie, şi protecţie socială) pentru copii şi familiile acestora va reduce inechităţile şi lipsurile cu care se confruntă copiii, dar şi costurile pe termen mediu şi lung din sectorul social.

Acest model de servicii comunitare, preventive şi incluzive este implementat în 45 de comunităţi din judeţul Bacău, având ca obiective 1) testarea serviciilor în teren care sunt deja prevăzute în lege, dar nu sunt implementate corespunzător, în vederea extinderii lor la nivel naţional; 2) elaborarea de noi protocoale, standarde etc. în scopul îmbunătăţirii calităţii acestor servicii (creşterea caracterului lor transsectorial, incluziv şi preventiv); 3) dezvoltarea de servicii noi, inovatoare.

După 18 luni de implementare, în concordanţă cu propunerile finanţatorilor, UNICEF va realiza o evaluare pentru a identifica ariile care se înscriu în parametri şi cele care necesită ajustări. Momentul acestei evaluări este ales în funcţie de disponibilitatea acelor date şi dovezi generate care permit o analiză a eficacităţii, eficienţei, relevanţei şi sustenabilităţii (de ex. caracterul său replicabil la nivel naţional) ale modelului vizat.

## 2.OBIECTul evaluării intermediare

Evaluarea intermediară are ca obiect modelul de **„Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunităţii"** implementat în perioada octombrie 2014 - decembrie 2018. Teoria Schimbării aferentă proiectului de modelare concepută în septembrie 2014 are la bază ipoteza conform căreia furnizarea integrată/coordonată a unui pachet universal de servicii comunitare (de sănătate, educaţie, şi protecţie socială) alături de un pachet de intervenţii în domeniul educaţiei incluzive de calitate pentru copii şi familiile acestora va reduce inechităţile şi lipsurile cu care se confruntă copiii, dar şi costurile pe termen mediu şi lung înregistrate la nivelul celor trei sectoare.

Modelul este implementat în 45 de comunităţi din 38 de localităţi urbane şi rurale ale judeţului Bacău, situate în nord-estul României. Comunităţile cuprind 34 comunităţi rurale (o comunitate = o unitate administrativ teritorială), precum şi 11 comunităţi urbane (o comunitate = definită ca zona deservită de o şcoală). Pentru asigurarea unui eşantion reprezentativ la nivel judeţean, selecţia celor 45 de comunităţi s-a făcut în baza unei analize iniţiale care a presupus utilizarea unui indice al socio-dezvoltării comunităţii. În urma identificării comunităţilor urbane şi rurale, 45 de şcoli au fost selectate din respectivele comunităţi. Şcolile cu cel mai lung ciclu de învăţământ (preşcolar, primar, secundar inferior, secundar superior) au fost selectate din mai multe unităţi şcolare prezente în cele 45 de comunităţi.

Bugetul alocat acestui proiect de modelare este de aproximativ 5 milioane de euro (pentru perioada 2014-2017), iar finanţarea este asigurată de Norway Grants şi din resurse UNICEF.

### 1.1 Scurt istoric al modelului de intervenţie

Ţinând cont de contextul şi situaţia socio-economică a copiilor şi familiilor acestora, în special a celor mai vulnerabili dintre ei, inclusiv de etnie romă, proiectul de modelare a fost conceput astfel încât să

se asigure acces la servicii comunitare integrate (de sănătate, educație și protecție socială/a copilului) și la educație incluzivă de calitate în Bacău, unul din cele mai sărace județe din România, în 38 de localități (din 93), atât urbane, cât și rurale. Modelul are la bază literatura de specialitate din ultimii ani, consultări cu factorii relevanți, precum și experiența anterioară a UNICEF în testarea a două modele de intervenție în domeniul educației (Campania pentru participare școlară „Hai la școală!"), respectiv protecției copilului (Prima prioritate: Niciun copil 'invizibil'!).

**Scopul modelului** este în acord cu actualul Program de țară al UNICEF pentru perioada 2014-2017, în speță acela de a furniza asistență tehnică Guvernului României în vederea reflectării problematicii copiilor pe agenda publică și a contribui la elaborarea de politici publice relevante în sănătate, educație și protecția copilului. Modelul este implementat în scop demonstrativ, pentru a dovedi că furnizarea integrată/coordonată la nivel județean a unui pachet universal de servicii comunitare (în sănătate, educație, protecție socială) pentru copii și familiile acestora poate reduce inechitățile și lipsurile cu care se confruntă copiii în respectivul județ. Scopul și obiectivele modelului au ținut cont de prevederile strategiilor naționale relevante, inclusiv (în ordinea cronologică a aprobării lor): Strategia națională pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014-2020, Strategia privind reducerea părăsirii timpurii a școlii în România 2014-2020, Strategia națională de sănătate 2014-2020, Strategia naţională privind incluziunea socială şi reducerea sărăciei 2015-2020, și Strategia Guvernului privind accelerarea reformei în administrația publică 2014-2020.

Principalele **obiective ale modelului** includ: 1) testarea serviciilor în teren deja prevăzute în lege, dar care nu sunt implementate corespunzător, în vederea extinderii lor la nivel național; 2) elaborarea de noi protocoale, standarde etc. în scopul îmbunătățirii calității acestor servicii (creșterea caracterului lor transsectorial, incluziv și preventiv); 3) dezvoltarea de servicii noi, inovatoare. Deși aceste servicii sunt cu caracter universal, ele vor viza cu precădere familiile și copiii vulnerabili, inclusiv cei de etnie romă (dar nu numai).

**Abordarea modelului** presupune o serie de **principii călăuzitoare**, vizând o furnizare a serviciilor bazată pe universalitate, echitate, integrare, inovare, și prevenire.

Modelul prevede un amplu parteneriat public-privat, atât în etapa de proiectare, cât și în cea de implementare a strategiei intervenției, reunind factori relevanți la nivel național, județean și local:

a. **La nivel național**: instituții publice (Ministerul Muncii, Ministerul Educației, Ministerul Sănătății, Institutul de Științe ale Educației, Agenţia Română de Asigurare a Calităţii în Învăţământul Preuniversitar) și private (Fundația Holt, Step by Step, Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate) au fost implicate atât în proiectarea modelului, cât și în implementarea mai multor activități (dezvoltarea capacității, realizarea de instrumente și linii directoare, monitorizare);
b. **Autoritățile județene** (Prefectura, Consiliul Județean, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului - DGASPC, Direcția de Sănătate Publică - DSP, Inspectoratul Școlar Județean, Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională - CJRAE) acordă îndrumare tehnică și metodologică profesioniștilor de la nivel local, asigurând totodată complementaritatea modelului în raport cu prioritățile instituționale și cu Strategia Județului Bacău în materie de incluziune socială, perioada 2014-2020; în vederea testării pachetului minim de servicii, CJRAE Bacău și-a extins rețeaua de consilieri școlari și mediatori școlari;
c. **38 primării din județul Bacău** au avut următoarele responsabilități: selecția și recrutarea asistenților sociali și a asistenților medicali comunitari, activarea structurilor comunitare consultative, furnizarea pachetului minim de servicii, și întocmirea și implementarea unei

propuneri de proiect ce răspunde nevoilor comunității, finanțat printr-un microgrant acordat în cadrul modelului;

d. **45 școli din județul Bacău** au avut următoarele responsabilități: crearea de echipe locale în vederea implementării componentei Educație Incluzivă de Calitate, identificarea copiilor la risc de abandon școlar și absenteism, întocmirea și implementarea unei propuneri de proiect ce răspunde nevoilor comunității, finanțat printr-un microgrant acordat în cadrul modelului, și furnizarea de cursuri de educație parentală.

Strategia de implementare a modelului are la bază doi piloni principali:

a) **Pachetul minim de servicii (PMS)**: un concept-umbrelă referitor la furnizarea, la nivelul comunității, de servicii integrate de sănătate, educație și protecție socială/a copilului; pachetul prevede un set de șapte servicii (identificare; informare; consiliere; suport; referire; monitorizare; evaluare) furnizate în mod integrat de către o echipă locală formată dintr-un asistent social, un asistent medical comunitar și un consilier școlar. În comunitățile vulnerabile, echipa poate fi extinsă astfel încât să cuprindă și un mediator școlar și/sau un mediator sanitar. Abordarea presupune o îmbunătățire atât a cooperării pe orizontală, cât și a celei pe verticală, instituțiile județene asigurând îndrumare tehnică și metodologică omologilor lor de la nivel local.

b) **Educație incluzivă de calitate (EIC):** un pachet de intervenții ce vizează dimensiunea calitativă și incluzivă a educației, astfel încât toți copiii să aibă posibilitatea de a absolvi învățământul obligatoriu, înzestrați cu un set minim de abilități academice, sociale și de viață. Multiplele intervenții prevăzute în cadrul acestui pachet au în vedere următoarele rezultate scontate: a. promovarea unei abordări didactice centrate pe copil, transformând școlile în unități primitoare și incluzive pentru toți copiii și părinții acestora; b. îmbunătățirea administrării școlilor în scopul asigurării unui mediu educațional de calitate, incluziv și echitabil pentru toți băieții și toate fetele, precum și al unei mai bune identificări și abordări în special a elevilor celor mai vulnerabili; c. îmbunătățirea colaborării dintre școală și familie; d. susținerea educației parentale, astfel încât copiii să poată trăi într-un mediu protector și favorabil dezvoltării; e. susținerea dezvoltării abilităților noncognitive (de ex. prin promovarea de modele pozitive).

Complementar, celor doi piloni li se asociază și o componentă de comunicare pentru dezvoltare ce prevede trei campanii principale axate pe normele sociale:

a. Campanie de comunicare la nivel local în vederea creșterii așteptărilor copiilor vizavi de parcursul lor educațional;
b. Campanie locală de comunicare și schimbare comportamentală adresată furnizorilor de servicii publice din sectoarele administrativ, sanitar, educațional și social, având ca obiectiv reducerea stigmatizării și discriminării comunității rome;
c. Campanie locală de comunicare și educare prin care adolescenții vulnerabili, inclusiv cei de etnie romă, să fie informați și motivați să adopte un stil de viață sănătos și să evite consumul de alcool.

Strategia cuprinde și un plan de comunicare conceput pentru a asigura o diseminare cât mai largă și pe căi cât mai variate (mass media națională și locală, mijloace de comunicare online, materiale promoționale etc.) a activităților și rezultatelor modelului. Îndeplinirea obiectivului general al modelului de intervenție este susținută și de eforturi de *advocacy*, care vizează ca documentarea și evaluarea rezultatelor obținute, lecțiilor învățate și bunelor practici legate de model să influențeze politicile publice (strategii, programe și proiecte naționale) în domeniile sănătății, educației și protecției copilului.

În momentul de față, **activitățile** modelului se derulează conform calendarului stabilit (vezi Anexa 1). Următoarele intervențiile au fost realizate în perioada **octombrie 2014 - iunie 2016**:

a) **Evaluarea inițială:** selecția, de către o echipă de cercetători independenți, a 45 de comunități urbane și rurale din 6 clustere de dezvoltare, cu asigurarea reprezentativității la nivel județean (stadiu: efectuat; rezultate concrete: 45 comunități selectate).
b) **Parteneriate:** încheierea acordurilor de parteneriat cu instituții de la nivel național, județean și local (stadiu: efectuat; rezultate: parteneriate semnate cu 4 instituții publice și private la nivel național, cu 7 instituții la nivel județean, 45 primării, și 45 de școli).
c) **Evaluarea în profunzime:** colectarea, în cadrul cercetării independente, a datelor privind situația inițială în raport cu care se va face evaluarea progreselor înregistrate de model (stadiu: efectuat; rezultate concrete: 1 raport de cercetare, cu date inițiale colectate din 45 de comunități ale județului Bacău, respectiv 6 comunități de control din județul Galați);
d) **Selecția și recrutarea resurselor umane:** recrutarea profesioniștilor de la nivel județean și local pentru acordarea serviciilor cuprinse în cele 2 pachete (PMS și EIC), astfel: a. la nivel județean: 22 coordonatori județeni din sănătate, educație și protecția copilului care asigură îndrumare tehnică și metodologică echipelor de la nivel local; b. la nivel local: 53 asistenți sociali, 33 asistenți medicali comunitari, 6 consilieri școlari, și 12 mediatori școlari (stadiu; efectuat; rezultate: echipe intersectoriale funcționale în 45 de comunități, beneficiind de îndrumare din partea instituțiilor de la nivel județean).
e) **Realizarea software-ului necesar monitorizării online în timp real a vulnerabilităților copiilor** (stadiu: efectuat; rezultate concrete: 1 aplicație software – AURORA – utilizată în mod integrat de către lucrătorii comunitari pentru realizarea recensământului comunitar și pentru management de caz, permițând monitorizarea în timp real a vulnerabilităților copiilor și familiilor acestora).
f) **Formarea capacității în vederea furnizării pachetului minim de servicii:** instruirea echipelor de la nivel local și județean în scopul îmbunătățirii cunoștințelor și competențelor acestora, astfel încât să poată furniza pachetul minim de servicii și combate activ normele sociale care perpetuează discriminarea romilor, comportamentele la risc în rândul adolescenților, respectiv așteptările scăzute privind parcursul educațional al copiilor vulnerabili (stadiu: în curs de desfășurare; rezultate concrete: programa de formare, rapoarte privind cursurile de formare);
g) **Furnizarea pachetului minim de servicii:** realizarea, de către asistenții sociali și asistenții medicali comunitari, a unui recensământ social în cele 45 de comunități; furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității, în funcție de nevoile reale identificate în rândul copiilor și femeilor prin recensământul social (stadiu: în curs de desfășurare; rezultate: 17.000 copii și femei cu vulnerabilități identificați, servicii furnizate).
h) **Formarea capacității personalului creșelor și grădinițelor:** sprijin acordat unui număr de 335 de cadre didactice în vederea promovării unei abordări centrate pe copil și prevenirii abandonului școlar și absenteismului (stadiu: în curs de desfășurare; rezultate concrete: programa de formare, rapoarte privind cursurile de formare);
i) **Educație parentală:** crearea, la nivel județean, a unei rețele de educatori parentali, respectiv organizarea de sesiuni de educație parentală pentru părinți (stadiu: în curs de desfășurare; rezultate concrete: ghiduri de educație parentală, rapoarte privind cursurile de formare, liste de participanți);
j) **Campanie locală de comunicare** în vederea creșterii așteptărilor copiilor vizavi de traseul lor educațional: elaborarea unei metodologii pentru selecția de modele pozitive (stadiu: în curs de desfășurare; rezultate concrete: metodologie pentru selecția de modele pozitive rome);

k) **Campanie locală de comunicare și schimbare comportamentală** care vizează furnizorii de servicii publice din sectoarele administrativ, sanitar, educațional și social în vederea reducerii stigmatizării și discriminării romilor: creșterea capacității profesioniștilor de la nivel local de a recunoaște și combate discriminarea legată de accesul la serviciile publice (stadiu: în curs de desfășurare; rezultate concrete: programa de formare, rapoarte privind cursurile sau atelierele de lucru susținute, etc.);

l) **Campanie locală de comunicare și educare** ce urmărește să informeze și să motiveze adolescenții vulnerabili, inclusiv cei romi, să adopte un stil de viață sănătos și să evite consumul de alcool (stadiu: în curs de desfășurare; rezultate concrete: materiale multimedia, programa de formare);

m) **Comunicare:** activitate cu caracter permanent (status: în curs de desfășurare; rezultate concrete: plan de comunicare, website, materiale promoționale etc.)

n) **Monitorizare:** activitate cu caracter permanent (stadiu: în curs de desfășurare; rezultate concrete: rapoarte tehnice, rapoarte de activitate, fișe de asistență socială în comunitate, rapoarte privind vizitele în teren etc.);

o) ***Advocacy*:** activitate cu caracter permanent, inclusiv vizite și evenimente la nivel înalt (stadiu: în curs de desfășurare).

Documentarea și evaluarea rezultatelor modelului sunt demersuri esențiale în generarea dovezilor necesare efectuării de schimbări la nivel de politici relevante. În completare, se vor realiza diverse studii în domeniul educației și protecției sociale. În 2017 este prevăzută o evaluare formativă a modelului, iar în 2018, o evaluare sumativă. Pe baza dovezilor generate de model, UNICEF va realiza o analiză a costurilor modelului în vederea extinderii serviciilor comunitare (de sănătate, educație și protecție socială/a copilului) la nivelul politicilor naționale și mobilizării resurselor necesare din fonduri europene sau de la bugetele naționale și subnaționale, urmărind replicarea modelului la nivel național.

### 1.2 Teoria schimbării[14]

Teoria Schimbării (TS) a fost elaborată în septembrie 2014, într-un format care oferă o imagine clară asupra modului în care urmează a fi atinse rezultatele în cadrul proiectului de modelare. Aceasta se concentrează asupra impactului preconizat la nivelul decalajelor de echitate și al stării de deprivare materială a copiilor și familiilor acestora, odată furnizate, în mod integrat/coordonat, un pachet universal de servicii comunitare (de sănătate, educație, protecție socială/copilului) și un pachet de educație incluzivă de calitate. TS include activități, rezultate directe și indirecte (efecte) care trebuie atinse îndeosebi în domeniul protecției sociale/copilului, sănătății și educației, având în vedere în special serviciile dezvoltate la nivel comunitar, cu accent pe prevenire.

În acest scop, în 2015, în consultare cu diferiți actori implicați de la nivel național și local, TS a fost îmbunătățită și extinsă, cuprinzând detaliile necesare unei implementări eficace a modelului la nivel județean și comunitar. În acest context, varianta extinsă a TS a prevăzut o rafinare a obiectivelor și

[14] Potrivit manualului PPP al UNICEF: O Teorie a Schimbării (TS) oferă o schiță a elementelor fundamentale în atingerea obiectivelor pe termen lung ale unei inițiative de schimbare socială. Aceasta poate fi privită ca o reprezentare a modului în care rezultatele vor fi atinse într-un demers de dezvoltare întreprins și a jaloanelor care vor permite stabilirea faptului că acel demers rămâne sau nu pe drumul cel bun. La bază, TS identifică: a) rezultatele pe care încearcă să le atingă un demers de dezvoltare; b) acțiunile necesare pentru a produce rezultatele – rezultate directe, rezultate indirecte sau impactul respectivului demers; c) evenimentele și condițiile care pot afecta obținerea rezultatelor; d) orice ipoteze privind legăturile dintre cauze și efecte, și e) o înțelegere a contextului mai larg în care funcționează programul.

cadrului logic/secvenței logice a activităților necesare furnizării integrate/coordonate a pachetului universal de servicii comunitare (de sănătate, educație și protecție socială) și a pachetului de educație incluzivă de calitate. Se regăsesc astfel repere cheie suplimentare legate de: 1) testarea acordării unui pachet minim de servicii sociale integrate[15] în vederea creșterii incluziunii sociale a familiilor vulnerabile cucopii, inclusiv cele de etnie romă; 2) dezvoltarea și implementarea unei abordări integrate în școli în vederea creșterii nivelului de participare școlară, reducerii absenteismului școlar, prevenirii fenomenului de părăsire timpurie a școlii și îmbunătățirii calității, și 3) integrarea pachetului minim de servicii și a intervențiilor la nivelul școlii în toate cele 45 de comunități.

Trebuie precizat faptul că se așteaptă ca TS extinsă (Anexa 2) să fie revizuită și ajustată în continuare în funcție de constatările, concluziile și recomandările actualei evaluări și ale evaluării formative prevăzute pentru 2017.

### 3. De ce o evaluare intermediară

Proiectul de modelare a fost inițiat în octombrie 2014 (cu 18 luni în urmă), iar aceasta este prima evaluare independentă care va evalua stadiul de implementare și va determina dacă proiectul se derulează conform planului și dacă necesită ajustări în vederea atingerii obiectivelor prevăzute. Evaluarea intermediară va evalua validitatea cadrului logic și a ipotezelor din etapa inițială concepute ca parte a întregii teorii a schimbării aferente proiectului de modelare. Va analiza relevanța modelului, dacă acesta este implementat în mod eficient și eficace, și dacă rezultatele sunt sustenabile și pot fi replicate. Datele cantitative și calitative vor fi colectate și analizate în vederea evaluării progresului înregistrat de proiectul de modelare până la momentul de față.

Se așteaptă ca evaluarea intermediară să genereze constatări și recomandări care să aibă impact, în parte sau în totalitate, asupra abordării utilizate în cadrul modelării. În proiectul de modelare deja s-au întrebuințat mai multe instrumente și metodologii inovatoare care vor trebui evaluate din perspectiva producerii rezultatelor așteptate la momentul evaluării intermediare. În același timp, evaluarea va trebui să identifice bariere și blocaje și totodată soluții neplanificate și să valideze practicile aplicate.

Evaluarea intermediară va promova o abordare participativă prin implicarea partenerilor la toate nivelurile, și, în acest sens, va reprezenta o oportunitate de a îmbunătăți capacitatea și gradul de înțelegere a autorităților naționale, județene și locale vizavi de procesul adecvat de monitorizare și evaluare, parte a ciclului de management de proiect, și de a-i implica activ în mecanismul de revizuire și validare. În cadrul modelului, se dezvoltă metodologii și servicii bazate pe o abordare intersectorială, astfel că și evaluarea intermediară va fi, la rândul său, intersectorială, urmărind și raportând progresele înregistrate la nivelul planificării, implementării, monitorizării și evaluării comune a serviciilor.

Evaluarea intermediară se adresează în primul rând UNICEF, autorităților de la nivel național, județean și local, și partenerilor de implementare. Constatările evaluării vor fi utile UNICEF în

[15] În contextul promovării unei protecții sociale care ține cont de interesele copilului și al investiției adecvate în bunăstarea copiilor, UNICEF pledează pentru conceptul de Pachet Minim de Servicii ca pachet universal obligatoriu de servicii sociale furnizate de autoritățile publice locale la nivelul comunității, prin activități de teren, în vederea realizării dreptului la dezvoltare al fiecărui copil, combaterii sărăciei, prevenirii riscului de excluziune socială şi asistării familiilor vulnerabile cu copii.

viitoarea implementare a modelului integrat. UNICEF va utiliza evidențele generate și lecțiile învățate în scopuri de *advocacy*, recomandări de politici și asistență tehnică în sprijinul Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV), Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție (ANPDCA), Ministerului Educației și Ministerului Sănătății (MS) pentru a se asigura că legislația și politicile din România pun accent corespunzător pe Pachetul Minim de Servicii (PMS) și pe pachetul de Educație Incluzivă de Calitate, pentru a mobiliza resursele necesare de la bugetul național și bugetele locale, precum și pentru a atrage din fondurile structurale europene stabilite pentru perioada 2014-2020 necesare asigurării sustenabilității modelului la nivel local și replicabilității acestuia la nivel național.

Concluziile și recomandările le vor fi utile tuturor partenerilor pentru propriile cercetări, intervenții și activități de *advocacy* ulterioare. Autoritățile locale vor putea valorifica respectivele constatări în scopul dezvoltării și susținerii în continuare a serviciilor integrate pentru copii și familii vulnerabile.

UNICEF și partenerilor săi le revine responsabilitatea diseminării constatărilor raportului de evaluare intermediară și asigurării unei participări echitabile a tuturor actorilor implicați în acest proces. De asemenea, UNICEF va organiza o consultare în vederea comunicării constatărilor preliminare, respectiv un workshop la nivel național la finele procesului în vederea prezentării principalelor constatări, concluzii și recomandări, inclusiv progreselor realizate, provocărilor întâmpinate și lecțiilor învățate. Workshop-ul național va fi un prilej de reflecție și discuții, dar și de validare a strategiilor prevăzute pentru cea de-a doua jumătate a proiectului, astfel încât să se obțină maximum de relevanță și impact. Cel de-al doilea an de implementare va prilejui, la rândul său, schimburi de experiență și vizite de studiu în Norvegia pentru experții români de la nivel local și național, în funcție de oportunitățile identificate și de cele mai bune practici care pot fi împărtășite.

O versiune scurtă a constatărilor, concluziilor și recomandărilor va fi diseminată la nivel local, explicând care sunt ajustările care urmează a fi aplicate și oferind *feedback* comunităților locale implicate în modelare.

### 4. Obiectivele evaluării intermediare

- ✓ evaluarea modelului, per ansamblu și pe fiecare componentă în parte, din perspectiva relevanței, eficacității, eficienței și elementelor de sustenabilitate;
- ✓ identificarea principalelor elemente care contribuie la succesul modelului, precum și a principalelor blocaje și bariere în implementare;
- ✓ documentarea lecțiilor învățate, în raport cu implementarea modelului, și propunerea unor recomandări de îmbunătățire;
- ✓ efectuarea de recomandări pentru acțiuni ulterioare legate de sustenabilitatea, extinderea și generalizarea la nivel național a pachetului minim de servicii și a pachetului de educație incluzivă de calitate.

### 5. Scop și accent

Scopul general al evaluării intermediare este acela de a evalua stadiul implementării proiectului de modelare **“Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității”** care abordează provocările cu care copiii și familiile din 45 de comunități urbane și rurale ale județului Bacău se confruntă în accesarea serviciilor de bază (sociale, medicale și educaționale).

Evaluarea intermediară va acoperi perioada octombrie 2014 – iunie 2016, având la bază Teoria Schimbării. **Accentul** va fi pus pe cele 45 de comune urbane și rurale din județul Bacău, luând recensământul comunitar ca nivel de referință.

Evaluarea intermediară va avea în vedere toate **părțile interesate** care au fost implicate și care au contribuit la rezultatele actuale, inclusiv: copiii și familiile lor, actorii locali – lucrătorii comunitari, profesioniștii din cadrul SCC și membrii comunității, autoritățile publice locale, școlile din 38 de localități urbane și rurale din județul Bacău; actorii de la nivel județean – coordonatorii locali (pe social, sănătate și educație) și alți profesioniști din cadrul DGASPC, DSP, Inspectoratului Școlar Județean, CJRAE, Consiliului Județean și Prefecturii; și actorii de la nivel național – MMFPSPV și ANPDCA, Ministerul Sănătății, Ministerul Educației, ARACIP. Ar trebui implicate și alte părți interesate, precum: alte ministere – Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice, Ministerul de Finanțe, Ministerul Fondurilor Europene, ONG-uri relevante, mediul academic, mass-media, donatori etc.

**Limitările și riscurile potențiale** pot fi legate de eventualitatea mutării sau migrării unora dintre copii și a familiilor acestora, precum și de participarea principalelor persoane surse de informații. Pe lângă aceasta, schimbările efectuate la nivelul autorităților publice județene și locale ca urmare a alegerilor locale programate pentru luna iunie 2016, precum și schimbările politice de la nivelul Guvernului ar putea afecta derularea activităților de colectare de date și a consultărilor. Cu toate acestea, nu se așteaptă schimbări la nivelul personalului tehnic.

### 5.1 Întrebări de evaluare

Evaluarea intermediară va aborda în mod specific următoarele întrebări ale căror răspunsuri se preconizează că vor furniza informații precise cu privire la obiectivul evaluării intermediare, scopul și accentul acesteia. Întrebările de mai jos ar trebui să fie completate de unele concrete, ținând seama de riscurile, obstacolele și blocajele specifice, dacă acest lucru este considerat de importanță strategică în ceea ce privește obiectivele evaluării intermediare.

**Întrebări pentru evaluarea etapei pregătitoare a modelului**

- ✓ Este prevăzut modelul cu o teorie a schimbării clară care cuprinde principalele ipoteze de lucru, activitățile, obiectivele și rezultatele așteptate?
- ✓ S-a stabilit un nivel de referință la început sau în primele etape ale implementării care să permită evaluarea progreselor înregistrate în raport cu rezultatele așteptate?
- ✓ Au fost implicați toți partenerii relevanți în elaborarea și implementarea modelului?
- ✓ Există prevederi clare referitoare la resursele umane necesare implementării modelului?
- ✓ Există o dată finală clară a modelului?
- ✓ Este prevăzut un mecanism clar de monitorizare și evaluare a modelului, care să asigure o documentare corespunzătoare a progreselor înregistrate și a lecțiilor învățate?

**Întrebări pentru evaluarea implementării modelului**

- În ce măsură rămân valabile obiectivele programului?
- Sunt activitățile și rezultatele programului în concordanță cu scopul general și cu obiectivele acestuia?
- Activitățile și rezultatele programului conduc către îndeplinirea obiectivelor cu impactul și efectele preconizate?

- În ce măsură este proiectul de modelare relevant în raport cu politicile și programele naționale și cu strategiile transsectoriale[16]?
- În ce măsură au fost / sunt șanse să fie îndeplinite obiectivele?
- Care au fost factorii principali care au influențat îndeplinirea sau neîndeplinirea obiectivelor?
- În ce măsură au fost obținute rezultatele scontate ale proiectului de modelare în raport cu țintele stabilite pentru indicatorii de performanță?
- Contribuie modelul la dezvoltarea capacității autorităților locale de a furniza pachetul minim de servicii integrate?
- Contribuie modelul la dezvoltarea capacității personalului școlilor de a furniza pachetul de educație incluzivă de calitate?
- Care sunt principalele constrângeri la nivel de cerere și ofertă? Care componente ale proiectului de modelare sunt cele mai eficace, respectiv cele mai puțin eficace? Căror factori li se datorează succesul obținut? Există o valoare adăugată a abordării integrate? Care factori influențează colaborarea dintre lucrătorii comunitari?
- Sunt toate procesele bazate pe o abordare orientată asupra drepturilor copilului? În furnizarea serviciilor, sunt avute în vedere aspecte legate de vârstă și gen?
- Proiectul de modelare folosește resursele în cea mai economicoasă/eficientă manieră pentru a atinge rezultatele așteptate? Care este valoarea adăugată (din punct de vedere financiar) a proiectului de modelare? Care sunt avantajele financiare ale abordării integrate?
- Sunt avute în vedere implicațiile de ordin financiar (costuri) ale extinderii modelului?
- În ce măsură este contextul actual mai mult sau mai puțin favorabil continuării unor astfel de abordări în viitorul apropiat?
- Este probabil ca intervențiile modelate să continue atunci când va înceta sprijinul extern?
- Este proiectul de modelare replicabil? Integral sau doar anumite componente? La nivel local, județean sau național? Sunt necesare ajustări ale modelului pentru a putea fi replicat?
- Ce recomandări se pot formula către UNICEF și Guvernul României în vederea replicării și extinderii unui astfel de model?
- Care sunt lecțiile învățate la fiecare nivel de intervenție care ar trebui avute în vedere în implementarea și replicarea ulterioară a proiectului de modelare?
- Există efecte neașteptate care merită luate în considerare în vederea compensării carențelor de capacitate și/sau soluționării blocajelor rămase?

## 6. Metodologie

De la începutul evaluării intermediare, abordarea utilizată va fi cât mai participativă posibil. Actorii cheie de la toate nivelurile, inclusiv copiii și familiile acestora, vor participa la evaluarea intermediară prin discuții, consultări, comentarii la versiunile preliminare ale livrabilelor, iar unii dintre aceștia vor răspunde la recomandările propuse în urma evaluării intermediare. În colectarea datelor și punctelor de vedere ale părților implicate, echipa de evaluare intermediară va avea grijă să ia în considerare o selecție transversală a acestora, în rândul cărora se regăsesc opinii potențial diferite, pentru a garanta rezultate ale evaluării cât mai imparțiale și reprezentative posibil.

[16] Strategiile naționale: privind sănătatea și serviciile de sănătate; în domeniul politicii de tineret; privind protecția și promovarea drepturilor copilului; privind incluziunea socială și reducerea sărăciei; antidrog etc.

Evaluarea intermediară va aplica normele și standardele UNEG[17], respectiv Liniile directoare etice UNEG[18], inclusiv Procedura UNICEF pentru Standarde Etice în Cercetare, Evaluare și Colectarea și Analiza Datelor (aplicabilă de la 1 aprilie 2015), pentru a asigura calitatea procesului de evaluare intermediară. Mai mult, pe tot parcursul evaluării intermediare, aceasta ar trebui să integreze aspecte legate de gen și drepturile omului. Cu privire la gen, evaluarea intermediară va analiza cu atenție aspecte legate de locul și rolul fetelor în comunitățile de romi în care există anumite tipologii de riscuri. Aspecte legate de violența împotriva copiilor și/sau a femeilor vor fi, de asemenea, avute în vedere. De-a lungul întregului raport de evaluare, trebuie utilizat un limbaj sensibil la gen, la copii, la drepturile omului și, ori de câte ori este posibil, datele ar trebui dezagregate în funcție de sex, vârstă, etnie și venituri.

Echipa de evaluare intermediară va propune o metodologie care să demonstreze imparțialitate și lipsa subiectivității, bazându-se pe surse de informare diferite/transversale (ex. grupuri de actori relevanți, inclusiv beneficiarii proiectului etc.) și folosind o abordare metodologică mixtă (ex. cantitativă, calitativă, participativă) pentru a asigura triangularea informațiilor printr-o varietate de mijloace.

În ceea ce privește evaluabilitatea, teoria schimbării și datele disponibile permit evaluarea progreselor înregistrate și a rezultatelor proiectului de modelare. În acest context, evaluarea intermediară va lua în considerare datele de referință și va utiliza datele relevante disponibile, colectate prin monitorizare și evaluare, cum ar fi: instrumentele de gestionare a datelor (AURORA[19]); materialele de raportare de la lucrătorii comunitari și de la coordonatorii locali; rapoartele de monitorizare, inclusiv cele aferente vizitelor de monitorizare în teren efectuate de UNICEF și schimburilor de experiență. Toate aceste surse de date sunt evaluate ca fiind foarte fiabile, inclusiv datele colectate prin AURORA care sunt dezagregate pe criterii de vârstă, sex, etnie și alte criterii, dat fiind faptul că au existat mecanisme de control la toate nivelurile de colectare a datelor (comunitar, județean și la nivel de model), iar aplicația online permite agregarea datelor la diferite nivele.

Evaluarea intermediară va utiliza metode mixte, putând integra:

– Date cantitative primare, colectate prin sondaj în rândul utilizatorilor de servicii, al personalului care lucrează în servicii și/sau comunități. Evaluarea intermediară va urmări colectarea de date dezagregate pe baza următoarelor criterii: geografic – la nivel județean și al comunității (toate comunitățile se află în zonele rurale); gen – băieți/fete, bărbați/femei; etnie; grupe de vârstă. Dacă este posibil, vor fi luate în considerare și alte criterii, precum: clasa în care se află copiii, nivelul educațional al familiei (mama/tatăl) etc. În orice caz, atunci când se are în vedere culegerea datelor cantitative, recomandăm utilizarea Aurora ca instrument principal.

---

[17] UNEG Norms for Evaluation in the UN System, 2005 [Normele UNEG pentru evaluarea în Sistemul ONU], http://www.uneval.org/document/download/562

[18] UNEG Ethical Guidelines for Evaluation, 2008 [Liniile directoare etice UNEG pentru evaluare], http://www.uneval.org/document/download/548

[19] AURORA – o aplicație online inteligentă dezvoltată ca instrument care i) asigură o metodologie unitară în identificarea vulnerabilităților tuturor copiilor de către toți profesioniștii din comunitate și în toate comunitățile; ii) facilitează generarea unui plan de servicii integrate pentru copii și familiile lor, furnizate de profesioniștii din comunitate; iii) asigură monitorizarea în timp real a activității în teren, precum și agregarea datelor la diferite niveluri (comunitate, județ, nivel de proiect) în orice moment, permițând în timp util ajustarea bazată pe dovezi a politicilor și diverselor intervenții.

– Analiza datelor secundare privind: i) tendințele referitoare la presiunea redusă asupra sistemului de protecție a copilului și a sistemului de asistență medicală, disponibile prin intermediul datelor administrative existente; ii) rapoartele existente privind costurile și finanțarea serviciilor, atât din partea UNICEF, cât și din alte surse.
– Date calitative, obținute prin interviuri și focus grupuri cu persoane cheie din guvern care dețin informații relevante, cu autorități publice la nivel județean și local, organizații partenere (societatea civilă și organizații interguvernamentale), utilizatori de servicii, personal care lucrează în servicii și/sau comunități și cu diferiți actori implicați în evaluarea intermediară.

În plus, împreună cu sursele de date, va fi pusă la dispoziția echipei de evaluare intermediară, după încheierea unui acord contractual, și o listă de contacte a tuturor părților interesate relevante, a partenerilor de implementare a proiectului și a consultanților implicați:

– Evaluarea rapidă a situației sociale, medicale și educaționale a copiilor și adolescenților și a familiilor acestora de la nivelul unui județ (Evaluare inițială) în vederea obținerii informațiilor necesare modelării „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității";
– Evaluarea în profunzime a situației sociale, medicale și educaționale a copiilor și adolescenților și a familiilor acestora de la nivelul unui județ în vederea obținerii informațiilor necesare modelării „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității".
– Materiale programatice UNICEF, cum ar fi documentele privind Programul de țară, strategii, propuneri de proiecte și rapoarte către donatori.
– Documente de proiect aferente proiectului de modelare, cum ar fi rapoarte lunare și anuale ale lucrătorilor comunitari și ale coordonatorilor locali, rapoarte privind implementarea microgranturilor de către autoritatea publică locală și de către școală etc.

Procesul de asigurare a calității va presupune următorii pași: analiza instrumentelor de cercetare anterior colectării datelor, revizuirea tuturor livrabilelor și acțiunilor corective recomandate. Toate instrumentele și livrabilele vor fi revizuite de personalul UNICEF cu funcțiile de Coordonator Programe, Ofițer Parteneriate locale, Specialist Protecția copilului, Specialist Educație, și Specialist Monitorizarea Sistemelor pentru Drepturile Copilului (M&E).

### 7. Planul de lucru și calendarul orientativ

În acest context, sunt propuse etapele și calendarul orientativ din tabelul de mai jos:

| *Etape și Termene* | *Activități preconizate* |
|---|---|
| **Metodologie și instrumente** | |
| jumătatea lunii iunie 2016 | Întâlnirea inițială |
| jumătatea lunii iulie 2016 | Transmiterea metodologiei |
| finele lunii iulie 2016 | Comentarii la metodologia propusă |
| jumătatea lunii august 2016 | Finalizarea metodologiei |
| **Colectarea datelor** | |
| jumătatea lunii august 2016 | Transmiterea instrumentelor de colectare a datelor |
| finele lunii august 2016 | Comentarii la instrumentele propuse |
| jumătatea lunii septembrie 2016 | Pretestarea instrumentelor |

| | |
|---|---|
| finele lunii octombrie 2016 | Colectarea de date din teren |
| **RAPORTARE** | |
| finele lunii noiembrie 2016 | Transmiterea versiunii preliminare a raportului de evaluare |
| jumătatea lunii decembrie 2016 | O prezentare PowerPoint a constatărilor și concluziilor preliminare ale evaluării intermediare, pentru întâlnirea cu actorii cheie, discutarea și finalizarea recomandărilor (organizată de UNICEF) |
| jumătatea lunii ianuarie 2017 | Transmiterea versiunii finale a raportului de evaluare intermediară |
| jumătatea lunii ianuarie 2017 | O prezentare PowerPoint care rezumă principalele constatări ale evaluării intermediare, aspectele și recomandările de politici relevante |
| **DISEMINARE** | |
| februarie 2017 | Lansarea raportului de evaluare intermediară |

## 8. Livrabile

Toate livrabilele vor fi prezentate în limba română, iar rezumatul executiv al versiunii preliminare a raportului de evaluare intermediară, prezentările PowerPoint ale constatărilor preliminare și finale, respectiv raportul final vor fi traduse în limba engleză (de către un traducător profesionist).

- metodologia de evaluare aprobată, instrumentele de colectare a datelor finalizate și prestate până la jumătatea lunii septembrie 2016;
- colectarea de date în teren încheiată până la finele lunii octombrie 2016;
- versiunea preliminară a raportului de evaluare intermediară, care respectă standardele UNICEF - până la finele lunii noiembrie 2016;
- prezentarea PowerPoint a constatărilor și concluziilor preliminare ale evaluării intermediare - până la jumătatea lunii decembrie 2016;
- raportul final de evaluare intermediară (inclusiv rezumatul executiv și secțiunea de bibliografie – vezi Anexa 3), care respectă standardele UNICEF stabilite pentru rapoartele de evaluare - până la jumătatea lunii ianuarie 2017;
- prezentarea PowerPoint care rezumă principalele constatări ale evaluării intermediare, aspectele și recomandările de politici relevante - până la jumătatea lunii ianuarie 2017.

Echipa de evaluare intermediară va lua parte la întâlnirea cu actorii cheie pentru a prezenta constatările și concluziile preliminare, a discuta și finaliza recomandările, precum și la lansarea raportului final de evaluare intermediară.

## 9. Echipa de evaluare, experiență solicitată și acreditări

Echipa independentă de evaluare intermediară, instituția/organizația și/sau consorțiul ar trebui să fie formată din experți naționali. Echipa ar trebui să fie condusă de un evaluator cu experiență care să fie susținut de cel puțin trei experți în domeniile protecției sociale/copilului, educației și sănătății. Pentru o mai bună capacitate de îndeplinire a sarcinii, solicitanții pot stabili forme de asociere transsectoriale, cum ar fi între experți și/sau organizații/instituții în diverse domenii de activitate.

Echipa de evaluare intermediară va trebui să respecte Codul de conduită UNEG în Evaluarea în Sistemul ONU (UNEG/FN/CoC[2008])[20] și Liniile directoare etice UNEG.

Competențele necesare echipei pentru realizarea evaluării intermediare reprezintă o combinație între un număr de ani de experiență în domeniul care face obiectul evaluării și o serie de metode de evaluare, după cum urmează:

- Diplomă de studii universitare avansate în științe sociale, drept, științe politice sau politică publică, științe educaționale, și sănătate;
- Cunoștințe comparative privind drepturile copilului, sistemele de protecția copilului/protecție socială, de educație și de sănătate, și reformele și dezbaterile în materie de politici în aceste domenii;
- Cunoașterea abordărilor bazate pe drepturi și a principiilor integrării perspectivei de gen;
- Bune cunoștințe și expertiză în conceperea și realizarea de evaluări, managementul cunoștințelor și cercetare;
- Experiență dovedită în colectarea de date pentru diverse cercetări, inclusiv metode și abordări participative; capacitatea dovedită de a realiza interviuri, focus grupuri și a redacta rapoarte în vederea publicării; experiență dovedită în realizarea de cercetări de birou și vizite în teren;
- Foarte bună gândire analitică și conceptuală;
- Excelente abilități de limbă engleză orală și scrisă, demonstrate prin prezentarea de exemple din publicații deja realizate (rapoarte de evaluare, studii relevante etc.); capacitatea de a sintetiza informații complexe în mesaje cheie;
- Abilitatea de a lucra într-o echipă multidisciplinară și de a stabili relații de muncă armonioase și eficace;
- Cunoașterea activității Organizației Națiunilor Unite reprezintă un avantaj;
- Disponibilitatea de a lucra în intervalul de timp propus;
- Abilitatea de a comunica și experiență în colaborarea cu diverși actori, profesioniști, comunități, familii și copii.

Solicitanții care vor fi desemnați câștigători vor furniza mostre de evaluări efectuate; acestea ar trebui să includă, printre altele, evaluări de programe și politici.

## 10. Rolul și responsabilitățile actorilor cheie în evaluarea intermediară

**Actori externi**

- La nivel local: copiii și familiile acestora, actorii locali – lucrătorii comunitari, profesioniștii din cadrul SCC și membrii comunității, autoritățile publice locale, școlile din cele 38 de localități urbane și rurale din județul Bacău, sunt deja informați despre procesul de evaluare intermediară și se așteaptă să contribuie în demersul de colectare a datelor, iar unii să furnizeze comentarii la versiunea preliminară a raportului de evaluare.
- La nivel județean: coordonatorii locali (pe social, sănătate și educație) și alți profesioniști din cadrul DGASPC, DSP, Inspectoratului Școlar Județean, CJRAE, Consiliului Județean și Prefecturii.
- La nivel național: MMFPSPV și ANPDCA, Ministerul Sănătății, Ministerul Educației, ARACIP și alte entități implicate (alte ministere precum Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice, Ministerul Finanțelor Publice, Ministerul Fondurilor Europene, ONG-uri relevante, mediul academic, mass-media, donatori etc.) vor participa la realizarea evaluării intermediare

[20] UNEG Code of Conduct for Evaluation in the UN System (UNEG/FN/CoC[2008]) [Codul UNEG de Conduită în Evaluarea în Sistemul ONU, http://www.unevaluation.org/document/detail/100

prin discuții, consultări, comentarii la documentele preliminare, iar unele vor aborda recomandările evaluării în colaborare cu UNICEF.

**Reprezentanţa UNICEF în România**

- Persoana de referință din partea UNICEF pentru evaluarea intermediară este Specialistul în Monitorizarea Sistemelor pentru Drepturile Copilului (M&E), care se asigură că procesul de evaluare este realizat conform politicilor UNICEF și oferă suport tehnic echipei de evaluare intermediară de-a lungul întregului demers.
- Pe tot parcursul procesului de evaluare intermediară, personalul UNICEF cu funcțiile de Coordonator Programe, Ofițer Parteneriate locale, Specialist Protecția copilului, Specialist Educație, și Ofițer Comunicare pentru schimbare socială sunt persoanele cele mai în măsură să ofere informații: pregătește Termenii de Referință pentru exercițiul de evaluare intermediară în consultare cu Specialistul în Monitorizarea Sistemelor pentru Drepturile Copilului (M&E) și sugerează cea mai bună abordare pentru evaluare; colaborează cu echipa de evaluare intermediară și oferă informații preliminare evaluatorilor selectați cu privire la cadrul evaluării intermediare și așteptările aferente; oferă *feedback* vizavi de conceperea evaluării intermediare, instrumentele de cercetare și toate rapoartele și livrabilele; facilitează contactul cu actorii de la nivel județean și local incluși în exercițiul de evaluare intermediară; facilitează accesul la documentele complementare care asigură informații de context ce urmează a fi incluse în cercetarea de birou și la toate documentele necesare pe tot parcursul procesului de evaluare intermediară.

**Echipa de evaluare intermediară**

- Are responsabilitatea globală pentru finalizarea cu succes a tuturor etapelor evaluării intermediare, inclusiv etapa inițială, instrumentele și metodologia de evaluare, colectarea datelor și raportarea;
- Gestionează și efectuează toate consultările, întâlnirile, focus grupurile și interviurile cu persoanele cheie în furnizarea de informații, inclusiv logistica referitoare la deplasări, aranjamente financiare și de altă natură legate de implementarea evaluării intermediare;
- Trimite în timp util livrabilele și facturile (dacă este cazul).

## 11. Bugetul evaluării intermediare și sursele de finanțare

Bugetul detaliat al evaluării intermediare va face parte din propunerea financiară a echipelor de evaluare care-și vor exprima interesul în realizarea evaluării intermediare.

Bugetul estimat pentru evaluarea intermediară este de aproximativ 25.000 USD, iar sursa de finanțare este SC140918, fonduri din partea Norway Grants. Această sumă nu include organizarea de întâlniri consultative cu actorii implicați, respectiv lansarea raportului, activități ale căror costuri vor fi suportate separat de către UNICEF.

## 12. Condiții generale

**Raportarea.** Contractanții vor raporta Specialistului în Monitorizarea Sistemelor pentru Drepturile Copilului (M&E), Biroul UNICEF în România, și vor lucra îndeaproape și cu alți specialiști din cadrul aceluiași Birou: Coordonator Programe, Ofițer Parteneriate locale, Specialist Protecția copilului, Specialist Educație, Ofițer Comunicare pentru schimbare socială.

**Calendarul plăților**. Având în vedere sarcinile și termenele menționate mai sus, plățile vor fi făcute în trei tranșe după trimiterea livrabilelor și după aprobarea de către supervizor, după cum urmează:

– 40% din valoarea totală a contractului va fi plătit după aprobarea de către UNICEF a versiunii preliminare a raportului de evaluare;
– 60% din valoarea totală a contractului va fi plătit după transmiterea către UNICEF și aprobarea de către UNICEF a raportului final și a tuturor livrabilelor solicitate.

**Proprietate**. UNICEF va deține proprietatea exclusivă asupra tuturor livrabilelor finale; nicio parte a metodologiei nu va fi reprodusă fără permisiunea UNICEF.

## 13. Anexe

**Anexa 1**. Calendarul activităților din cadrul modelului „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității”

**Anexa 2**. Teoria Schimbării aferentă modelului „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității”

**Anexa 3**. Redactarea unui rezumat executiv bun

| | |
|---|---|
| Întocmit de, | Aprobat de, |
| Eduard Petrescu | Sandie Blanchet |
| Coordonator programe | Reprezentant |

**Anexa 2**

**Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității**
**Versiunea extinsă a Teoriei Schimbării**

Furnizarea integrată/coordonată, la nivel național, a unui pachet universal de servicii sociale preventive (de sănătate, educație, și protecție socială) pentru copii și familiile acestora va reduce inechitățile și lipsurile cu care se confruntă copiii, dar și costurile pe termen mediu și lung din sectorul social

| Perioadă | **Ipoteze (context + resurse investite)** | **Rezultate intermediare** | **Repere importante** |
|---|---|---|---|
| **L 2 - 12** | (1) Prezența și activitatea de calitate a unui număr suficient[21] de lucrători în teren (asistent social + asistent medical comunitar + consilier școlar + mediator sanitar + mediator școlar) în comunitățile selectate, care asigură furnizarea **pachetului minim de servicii – PMS**<br><br>(2) Prezența și activitatea de calitate a partenerilor selectați și a personalului școlii la nivelul școlilor din comunitate care asigură furnizarea pachetului **educație incluzivă de calitate – EIC** | 3) Toți copiii la risc[22] și familiile acestora în comunitățile selectate sunt identificați<br><br>4) Toți copiii la risc în școlile selectate sunt identificați | Număr suficient de beneficiază de for cartografiere activă<br><br>Acoperire 100% a c servicii<br><br>Număr suficient activitățile proiectu care aplică în mod a<br><br>Acoperire 100% a incluzivă de calitate |
| **L 12** | 5) ca la (1) și (2) + aplicarea unei metodologii de lucru coordonate/integrate | 6) Toți copiii și toate familiile la risc în comunități sunt monitorizați printr-un sistem integrat, au acces la servicii de bază și sunt referiți către servicii specializate adecvate. Impact, la nivelul comunității, asupra inechităților și lipsurilor materiale care afectează copiii<br><br>7) Toți copiii la risc de excluziune din școli și părinții acestora au acces la educație incluzivă de calitate și la educație parentală | Sistem integrat de r<br><br>Metodologie de luc disponibilă și aplica în teren care o utiliz<br><br>% copii la risc care servicii<br><br>% copii la risc b incluzivă de calitate |
| **48** | 8) ca la (5) + documentarea rezultatelor și *advocacy* în rândul autorităților de la nivel local și național | 9) Intervenția la nivel județean este documentată și recunoscută ca model. Modelul demonstrează impactul[23] | Modelul este evalu autorităților de la modelului și influen sectorul social sunt<br><br>% copii al căror nive |
| **L 18 48** | 10) ca la (9) + integrarea în politicile naționale a metodologiei din model, respectiv extinderea modelului este prevăzută în strategiile naționale | 11) Decizia politică privind extinderea modelului se reflectă în alocările bugetare și în planificările corespunzătoare | Programul național Mecanismele de prevăzute (inclusiv |
| **L 18 30** | 12) ca la (10) + asistență tehnică din partea UNICEF acordată la nivel național și local în vederea extinderii modelului | 13) Impact la nivel național asupra inechităților și lipsurilor materiale în rândul copiilor | % județe, dintre programul |

[21] De definit conform standardelor existente sau agreate

[22] Conform definiției agreate

[23] Impactul se va măsura în raport cu un set de indicatori cheie ale căror niveluri de referință se determină la începutul intervenției

| | | | |
|---|---|---|---|
| **L**<br>**30**<br>**48** | | | |

Cadrul logic al modelului

| Etapa de pregătire a proiectului (L1 – 2) | | |
|---|---|---|
| **Resurse investite** | **Activități** | **Rezultate directe** |
| Ore alocate de personal<br>Deplasări<br>Subcontractări | Întâlnire cu factorii interesați de la nivel național (ministerele de resort)<br>Selectarea județului în urma analizei la nivel intern și a analizei realizate împreună cu partenerii<br>Înființarea comitetului de coordonare la nivel național aferent modelului<br>Identificarea partenerilor de proiect de la nivel local<br>Selectarea echipei de proiect<br>Selectarea partenerului responsabil de efectuarea evaluării rapide<br>Selectarea contractantului responsabil de conceperea aplicației necesare înregistrării/monitorizării comune a beneficiarilor (având la bază tehnologia mobilă)<br>Selectarea partenerului responsabil de elaborarea metodologiei de furnizare coordonată/integrată a serviciilor<br>Selectarea partenerului responsabil de asigurarea sprijinului necesar implementării componentei ce vizează unitățile de învățământ preșcolar<br>Selectarea partenerului responsabil de asigurarea sprijinului necesar implementării componentei ce vizează unitățile de învățământ școlar | Plan de lucru și buget al intervenției întocm<br>Mecanisme de coordonare a proiectului asi<br>Echipă de proiect operațională |
| **Etapa 1 (L2 – 12)**<br>Identificarea tuturor copiilor la risc și a familiilor acestora în comunitățile și școlile sele | | |
| **Resurse investite** | **Activități** | **Rezultate directe** |
| Ore alocate de personal<br>Salarii<br>Deplasări<br>Subcontractări<br>Echipamente | **Integrate**<br>Efectuarea analizei rapide a situației<br>Selectarea comunităților[24] în care urmează a fi implementat modelul, stabilirea de contacte cu partenerii de la nivel local, agrearea acordurilor de parteneriat cu autoritățile locale și cu școlile<br>Efectuarea analizei în profunzime a situației în comunitățile și școlile selectate<br>Selectarea partenerului responsabil de conceperea și implementarea componentei de comunicare pentru dezvoltare adresată adolescenților | Analiza situației și indicatorii de referință n<br>măsurării impactului modelului sunt s<br>discutați cu partenerii de proiect și finalizați<br>Acordurile de parteneriat cu primăriile și<br>sunt operaționale<br>Materialele de comunicare și instrun<br>prevăzute pentru derularea campanii<br>comunicare pentru dezvoltare sunt conce<br>testate |

[24] O comunitate nu este echivalentă cu un municipiu care poate cuprinde mai multe comunități

| | | |
|---|---|---|
| | Mobilizarea rețelelor comunitare, coordonarea furnizării celor 2 pachete PMS și EIC, coordonarea realizării celor 2 tipuri de microgranturi la nivelul comunității și al școlii<br><br>Evaluarea intermediară a implementării proiectului | |
| | **Pachet minim de servicii**<br><br>Identificarea și recrutarea a 40 de asistenți sociali, 30 asistenți medicali comunitari, XX consilieri școlari, 18 mediatori școlari și 18 mediatori sanitari(106 lucrători)<br><br>Identificarea și recrutarea supervizorilor lucrătorilor în teren (17)<br><br>Conceperea și testarea aplicației necesare înregistrării/monitorizării comune a beneficiarilor – AURORA<br><br>Conceperea și transpunerea în module de formare a metodologiei de furnizare coordonată/integrată a serviciilor<br><br>Procurarea echipamentelor de lucru mobile utilizate la înregistrarea și monitorizarea beneficiarilor<br><br>Procurarea consumabilelor medicale ce urmează a fi utilizate de asistenții medicali comunitari<br><br>Formarea supervizorilor recrutați, a lucrătorilor în teren recrutați și a celorlalți lucrători în teren recrutați de agenții publice, și distribuirea echipamentelor de lucru mobile<br><br>Efectuarea unui recensământ social în vederea înregistrării beneficiarilor și determinării nivelului de vulnerabilitate a copiilor și familiilor acestora, utilizând noua metodologie și introducerea lor în noua bază de date<br><br>Acordarea de servicii copiilor vulnerabili și familiilor acestora, în cadrul pachetului minim de servicii<br><br>Identificarea problemelor prioritare legate de copii existente la nivelul comunității și formarea capacității de abordare a respectivelor probleme cu ajutorul microgranturilor pentru proiecte comunitare | 38 localități (34 rurale și 4 urbane) s-au a<br>să contribuie la atingerea rezultatelor prev<br>proiect. Primarii și Secretarii primăr<br>cunoștințe despre obiectivele și str<br>proiectului și sunt sensibilizați cu pri<br>incluziunea socială.<br><br>38 primării au capacitatea de a primi și g<br>fonduri din proiect, pe care le utilizează p<br>acoperi furnizarea de servicii integrate. Per<br>din primărie este capabil să angajeze as<br>sociali și asistenții medicali comunitari nece<br><br>Aplicația pe tabletă (denumită AURORA<br>testată și operațională. Lucrătorii com<br>folosesc tabletele dotate cu respectiva a<br>pentru a evalua situația familiilor cu c<br>identifica vulnerabilitățile acestora în baz<br>metodologii comune, a crea planuri de<br>care răspund nevoilor fiecărei familii,<br>monitoriza progresele înregistrate de la caz<br><br>126 lucrători comunitari sunt angajați, dis<br>capacitatea necesară și evaluează famil<br>comunitate folosind aplicația AURORA<br>tablete. Peste 85% din numărul estim<br>gospodării în cele 45 comunități țint<br>evaluate.<br><br>126 lucrători comunitari sunt pregătiți să<br>servicii integrate în comunitățile lor<br>capacitate crescută de identificare și abo<br>vulnerabilităților care conduc la excl<br>socială.<br><br>Pachetul de formare privind abordarea in<br>la nivel local este conceput, testat și g<br>acreditare în cadrul sistemului națio<br>acreditare a cursurilor de formare profesion |
| | **Educație incluzivă de calitate**<br><br>Efectuarea evaluării ARACIP la nivelul unităților de învățământ școlar și preșcolar selectate<br><br>Procurarea și diseminarea materialelor didactice pentru unitățile de învățământ preșcolar<br><br>Efectuarea unei analize a nevoilor la nivelul unităților de învățământ școlar și preșcolar selectate | Personalul de conducere din 45 școli<br>grădinițe s-a angajat să participe la re<br>proiectului.<br><br>Directorii de școli și grădinițe au un nivel<br>de cunoștințe și capacitate de implemen<br>intervențiilor în școli și sunt sensibilizați cu<br>la impactul excluziunii sociale asupra partic<br>performanțelor școlare. |

| | | |
|---|---|---|
| | Selectarea partenerului responsabil de conceperea și implementarea componentei de comunicare pentru dezvoltare ce vizează comunitatea romă (modele pozitive și discriminare)<br><br>Activități de dezvoltare a capacității pentru personalul unităților de învățământ preșcolar selectate<br><br>Activități de dezvoltare a capacității pentru personalul unităților de învățământ școlar selectate<br><br>Activități extrașcolare cu copiii<br><br>Activități cu părinții realizate la nivelul școlii, cu implicarea cadrelor didactice, părinților și elevilor<br><br>Sesiuni de educație parentală<br><br>Promovarea modelelor pozitive rome în 46 de școli<br><br>Aplicarea unei metodologii de monitorizare în vederea identificării copiilor la risc de abandon școlar care necesită sprijin social<br><br>Identificarea problemelor prioritare legate de copii existente la nivelul școlii și formarea capacității de abordare a respectivelor probleme cu ajutorul microgranturilor acordate școlilor | 45 cadre didactice au capacitatea de a evaluări în școli și grădinițe, utilizând meto Ministerului Educației.<br><br>Pachetul de intervenții la nivelul grădini școlilor este discutat și agreat cu parter implementare.<br><br>Pachetul de intervenții în domeniul parent este conceput cu partenerii de implem Există capacitatea de desfășurare a cursu educație parentală la nivelul a 45 de școli ș grădinițe prin care se urmărește inform consilierea a 9.000 de părinți.<br><br>Structurile preșcolare din cele 46 școli au i 335 cadre didactice în 7 arii curriculare și transversale, îmbunătățind capacitatea de p<br><br>Nr. copii care au beneficiat de activitățile șc extrașcolare promovate în cadrul modelulu<br><br>Nr. părinți beneficiari ai activităților reali profesorii / părinții / elevii<br><br>900 părinți și-au îmbunătățit abilitățile pare<br><br>Nr. de copii romi și non-romi care au parti cursurile deschise;<br><br>46 microgranturi au fost acordate școlilor |

**Etapa 2 (L12 – 48)**

Toți copiii și toate familiile la risc sunt monitorizați printr-un sistem integrat și au acces la pachetul minim de servicii și la

| Resurse investite | Activități | Rezultate directe |
|---|---|---|
| Ore alocate de personal<br><br>Salarii<br><br>Deplasări<br><br>Subcontractări<br><br>Echipamente | Pachetul minim de servicii furnizat copiilor și familiilor eligibile<br><br>Copiii care merg la școală și părinții lor beneficiază de sprijin prin pachetul educație incluzivă de calitate<br><br>Supervizarea lucrătorilor în teren<br><br>Cursuri de reîmprospătare a cunoștințelor, formare la locul de muncă și dezvoltarea capacității pentru lucrătorii în teren și personalul școlii<br><br>Metodologii de lucru coordonat/integrat ajustate și revizuite pentru creșterea gradului de accesibilitate și impact<br><br>Campanii de comunicare pentru dezvoltare implementate<br><br>Sprijin tehnic pentru comunitățile locale în vederea accesării fondurilor publice necesare preluării costurilor salariale suportate prin proiect | Plan al proiectului revizuit în urma e intermediare<br><br>% copii și familii la risc monitorizați beneficiază de pachet de servicii furnizate integrat/coordonat<br><br>% lucrători în teren care folosesc metodol lucru integrat/coordonat<br><br>% grupuri țintă prevăzute în campa comunicare pentru dezvoltare au fost al prin activitățile campaniei<br><br>% posturi ale căror salarii au fost preluate finanțare din fonduri publice |

| | | |
|---|---|---|
| **Etapa 3 (L18 – 48)** | | |
| Intervenția la nivel județean este documentată și recunoscută ca model. Modelul demonstrează ir | | |
| | | |
| **Resurse investite** | **Activități** | **Rezultate directe** |
| Ore alocate de personal<br>Salarii<br>Deplasări<br>Subcontractări<br>Echipamente | Pachet de servicii integrate furnizat copiilor și familiilor eligibile<br>Supervizarea lucrătorilor în teren<br>Campanii de comunicare pentru dezvoltare implementate<br>Sprijin tehnic pentru comunitățile locale în vederea accesării fondurilor publice necesare preluării costurilor salariale suportate prin proiect<br>Evaluarea proiectului contractată și realizată<br>Conferință națională pentru promovarea modelului implementat la nivel județean<br>Plan de *advocacy* la nivel național implementat | % copii și familii la risc monitorizați beneficiază de pachet de servicii furnizate integrat/coordonat<br>% lucrători în teren care folosesc metodol lucru integrat/coordonat<br>% grupuri țintă prevăzute în campa comunicare pentru dezvoltare au fost al prin activitățile campaniei<br>% posturi ale căror salarii au fost preluate finanțare din fonduri publice<br>Raport de evaluare a proiectului |
| **Etapa 4 (L24 – 48)** | | |
| **Resurse investite** | **Activități** | **Rezultate directe** |
| Ore alocate de personal<br>Salarii<br>Deplasări<br>Subcontractări<br>Echipamente | Pachet de servicii integrate furnizat copiilor și familiilor eligibile<br>Supervizarea lucrătorilor în teren<br>Campanii de comunicare pentru dezvoltare implementate<br>Sprijin tehnic pentru comunitățile locale în vederea accesării fondurilor publice necesare preluării costurilor salariale suportate prin proiect<br>Sprijin tehnic și formarea capacității pentru autoritățile naționale (ministerele de resort) în vederea elaborării și aprobării instrumentelor juridice necesare extinderii modelului de furnizare, la nivel național, a serviciilor integrate | % copii și familii la risc monitorizați beneficiază de pachet de servicii furnizate integrat/coordonat<br>% lucrători în teren care folosesc metodol lucru integrat/coordonat<br>% grupuri țintă prevăzute în campa comunicare pentru dezvoltare au fost al prin activitățile campaniei<br>% posturi ale căror salarii au fost preluate finanțare din fonduri publice<br>Legislație, norme și metodologii la nivel n aprobate<br>Programe naționale care preiau modelul și fonduri pentru extinderea modelului aprob |
| **Etapa 5 (L30 – 48)** | | |

| Resurse investite | Activități | Rezultate directe |
|---|---|---|
| Ore alocate de personal<br><br>Salarii<br><br>Deplasări<br><br>Subcontractări | Pachet de servicii integrate furnizat copiilor și familiilor eligibile<br><br>Supervizarea lucrătorilor în teren<br><br>Campanii de comunicare pentru dezvoltare implementate<br><br>Sprijin tehnic pentru comunitățile locale în vederea accesării fondurilor publice necesare preluării costurilor salariale suportate prin proiect<br><br>Asistență tehnică la nivel național și local în vederea replicării modelului implementat la nivel județean | % copii și familii la risc monitorizați beneficiază de pachet de servicii furnizate integrat/coordonat<br><br>% lucrători în teren care folosesc metodol lucru integrat/coordonat<br><br>% grupuri țintă prevăzute în campa comunicare pentru dezvoltare au fost al prin activitățile campaniei<br><br>% posturi ale căror salarii au fost preluate finanțare din fonduri publice<br><br>Nr. de județe interesate în replicarea mode |

## ANEXA 3. ACTORI INTERVIEVAȚI

**Organizarea focus grupurilor cu membrii echipelor comunitare**

| | Urban | Rural | |
|---|---|---|---|
| Comunități selectate | FG 1<br>Moinești<br>Târgu Ocna | FG 2<br>Strugari<br>Scorțeni | FG3<br>Poduri<br>Zemeș<br>Căiuți |
| Număr total participanți la focus grup | 8 | 8 | 7 |
| *Dintre care* | | | |
| Asistenți sociali | 3 | 2 | 2 |
| Asistenți medicali comunitari | 3 | 2 | 2 |
| Consilieri școlari | 1 | 2 | 2 |
| Mediatori școlari | 1 | 2 | 1 |

**Interviuri realizate la nivel județean**

| ***Organizație*** |
|---|
| Consiliul Județean Bacău |
| Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului (2 interviuri) |
| Direcția de Sănătate Publică Bacău |
| Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională |
| Inspectoratul Școlar Județean |
| Fundația de Sprijin Comunitar |

**Interviuri realizate la nivel național**

| ***Organizație*** |
|---|
| Ministerul Muncii și Justiției Sociale – Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială |
| Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție (ANPDCA) |
| Ministerul Educației Naționale |
| Ministerul Sănătății |
| Ministerul Fondurilor Europene |
| Institutul Național de Statistică |
| Federația Organizațiilor Neguvernamentale pentru Protecția Copilului (FONPC) |
| Fundația SERA România (2 interviuri) |
| Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului |
| Institutul Național de Sănătate Publică |

**Interviuri realizate cu reprezentanți ai organizațiilor partenere**

| ***Organizație*** |
|---|
| Agenția Română de Asigurare a Calității în Învățământul Preuniversitar (ARACIP) |
| Institutul de Științe ale Educației |
| Centrul Step by Step pentru Educație și Dezvoltare Profesională |

Agenția de Dezvoltare Comunitară Împreună
HOLT – Fundația de Consultanță și Servicii Sociale pentru Copii și Familii Iași
Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate

## ANEXA 4. DOCUMENTE CONSULTATE

**Documente puse la dispoziție de către UNICEF**

- Rapoarte privind micro-granturile pentru școli
- Rapoarte privind micro-granturile pentru autorități locale
- Rapoarte de progres ale modelului (Romania Social Inclusion Project progress report 1, Romania Social Inclusion Project progress report 2, UNICEF Romania Social Inclusion Project progress report 1, UNICEF Romania Social Inclusion Project progress report 2 final)
- Documente programatice model
- Raport baseline - Voicu, B., Tufiș, C. 2016. *In-depth assessment of the social, health, and education status of children and their families in target areas of the Bacău county. Baseline report.*
- Raport selecție comunități – Bojincă, Marian, Gotca, Alexandru, Sandu, Dumitru, Tudor, Elena, Tufiș, Claudiu, Voicu, Bogdan. (2015). *Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității în județul Bacău. Metodologia de selecție a comunităților*, București
- Broșură prezentare *Pachetul Minim de Servicii*
- Broșură prezentare *Pachetul Educație Incluzivă de Calitate*
- Materiale training Pachetul Minim de Servicii
- Materiale training Pachetul Educație Incluzivă de Calitate
- Liste participanți training Pachetul Educație Incluzivă de Calitate
- Evaluări proiect *Prima prioritate: niciun copil invizibil* (Sprijinirea-copiilor-invizibili-Raport-de-evaluare-a-proiectului-2011, Sprijinirea-copiilor-invizibili-Al-doilea-raport-de-evaluare-2013)
- Evaluare proiect *Inițiativa Hai la școală!* (SAI-REPORT-FINAL)

**Analiză date statistice** (baza de date Tempo, INS și EUROSTAT):

- Populația între 0-18 ani pe medii de rezidență, județul Bacău (POP106A)
- Personalul medico-sanitar pe categorii, forme de proprietate, județe si localități, SAN104B
- Populația stabilă pe sexe şi grupe de vârstă – judeţe, municipii, oraşe, comune, Recensământul Populației și al Locuințelor 2011, INS, http://www.recensamantromania.ro/rezultate-2/
- *2015 GDP per capita in 276 EU regions. Newsrelease 52/2017*. Disponibil online la http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7962764/1-30032017-AP-EN.pdf/4e9c09e5-c743-41a5-afc8-eb4aa89913f6
- People at risk of poverty or social exclusion**,** EUROSTAT, indicator t2020_50
- People at risk of poverty or social exclusion by age and sex, EUROSTAT, indicator ilc_peps01

**Documente de politică publică relevante**

Nivel național:

- Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020
- Documente programatice - Programul Operațional Capital Uman
- Strategia națională pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014-2020

- Strategia de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2015-2020
- Strategia privind reducerea părăsirii timpurii a școlii în România
- Legislație în domeniul protecției copilului (HG 691/2015)
- Legislație în domeniul asistenței medicale comunitare (OUG 18/2017 privind asistența medicală comunitară)

Nivel județean:

- Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului. (2014). *Strategia județeană de dezvoltare a serviciilor sociale 2014-2020*, Bacău
- Consiliul Județean Bacău. (2010). *Strategia de dezvoltare durabilă a județului Bacău 2010 – 2021*, Bacău
- Inspectoratul Școlar Județean Bacău. (2016). *Raport privind starea învățământului în anul 2014-2015*, Bacău

**Alte documente**


- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV) și SERA România. (2013). *Studiu conclusiv, bazat pe evaluarea la nivel național a DGASPC, SPAS şi a altor instituții şi organizații implicate în sistemul de protecție a copilului*. Disponibil online la https://www.sera.ro/seraromania/images/Raport-final-studiu-conclusiv.pdf.
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV). (2015). Evoluții în domeniul asistenței sociale în anul 2015. Buletin statistic. Disponibil online la http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin_statistic/Asistenta_2015-f.pdf.
- Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale (MMFPS) și IRECSON. (2011). Stadiul dezvoltării serviciilor sociale în 2011. Evaluarea stadiului dezvoltării sistemului național de servicii sociale din România. Disponibil online la http://profitpentruoameni.ro/wp-content/uploads/2012/08/Stadiul-Serviciilor-sociale-in-2011_Irecson-WEB.pdf.
- Preda, M. (coord.), Buzducea, D., Fărcășanu, D., Grigoraș, V., Lazăr, F. și Rentea, G. C. (2013). Analiza situației copiilor din România. UNICEF, București: Vanemonde.
- Swinkels, R. (coord.). (2015). *Atlasul zonelor urbane marginalizate din România*. București: MDRAP.
- Teșliuc, E., Grigoraș, V. și Stănculescu, M. (coord). (2016). *Atlasul Zonelor Rurale Marginalizate şi al Dezvoltării Umane Locale din România*. București: World Bank Group.
- Teșliuc, E., Grigoraș, V. și Stănculescu, M. (coord). (2015). *Studiu de fundamentare pentru Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020*. București: World Bank Group.

## ANEXA 5. INSTRUMENTE DE CERCETARE

### CHESTIONAR ON-LINE PENTRU MEMBRII ECHIPEI COMUNITARE

*Asistent social, asistent medical comunitar, consilier școlar (mediator sanitar, mediator școlar)*

**q1. Numele localității în care vă desfășurați activitatea în cadrul proiectului derulat cu sprijinul UNICEF** *(listă predefinită cu toate localitățile din care să aleagă)*

**q2. Poziția în cadrul proiectului:**

- *Asistent social*
- *Asistent medical comunitar*
- *Consilier școlar*
- *Mediator sanitar*
- *Mediator școlar*

**Observație:**
*Pentru următoarele întrebări, în funcție de poziția fiecărui respondent (selectată la întrebarea q2), vor fi afișate doar anumite întrebări. Pentru asistent social vor fi afișate întrebările subliniate cu culoare aferentă fiecărui membru al echipei comunitare. Întrebările fără o culoare distinctivă, se adresează tuturor respondenților.*

**CUNOAȘTEREA MODELULUI**

| **În ce măsură sunteți de acord cu următoarele afirmații privind proiectul derulat cu sprijinul UNICEF** *(un singur răspuns pe linie)* | **În foarte mică măsură** | **În mică măsură** | **În mare măsură** | **În foarte mare măsură** | **NȘ** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q3.** Oamenii din comunitate au fost reticenți față de proiectul sprijinit de UNICEF la începutul implementării acestuia | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q4.** Autoritățile locale au fost reticente față de proiectul sprijinit de UNICEF la începutul implementării acestuia | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q5.** Autoritățile locale acordă sprijin activităților proiectului | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q6.** Oamenii din comunitate știu cu ce mă ocup | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q7.** Oamenii din comunitate apelează la mine dacă au nevoie de ajutor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

**PARTICIPARE ȘI COOPERARE**

| **În ce măsură s-au implicat următorii membri ai comunității în care dvs. lucrați în activitatea proiectului derulat cu sprijinul UNICEF?***(un singur răspuns pe linie)* | **În foarte mică măsură** | **În mică măsură** | **În mare măsură** | **În foarte mare măsură** | **NȘ** |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **q8.** Oamenii din comunitate | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q9.** Școala | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q10.** Primăria | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q11.** Medicul de familie | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q12.** Biserica | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q13.** Poliția | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q14.** Părinții copiilor care au beneficiat de proiect | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

| **În ultimele 12 luni ați derulat cel puțin o acțiune comună cu** *(un singur răspuns pe linie)* | **Da** | **Nu** |
|---|---|---|
| **q15.** Poliția | 1 | 2 |
| **q16.** Școala *(se va aplica lucrătorilor comunitari, cu excepția celor din domeniul educației)* | 1 | 2 |
| **q17.** Asistentul social *(se va aplica lucrătorilor comunitari, cu excepția asistentului social)* | 1 | 2 |
| **q18.** Biserica | 1 | 2 |
| **q19.** ONG-uri | 1 | 2 |
| **q20.** Medici de familie | 1 | 2 |
| **q21.** Autorități sanitare de la nivel local sau județean | 1 | 2 |
| **q22.** Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Bacău | 1 | 2 |
| **q23.** Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Bacău/ Inspectoratul Școlar Județean | 1 | 2 |
| **q24.** Alta. Care _____ | 1 | 2 |

| **Cum ați descrie….** *(un singur răspuns pe linie)* | **Foarte slabă/ inexistentă** | **Slabă** | **Bună** | **Foarte bună** | **NȘ** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q25.** Colaborarea cu ceilalți membri ai echipei locale pentru rezolvarea diverselor cazuri/probleme | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q26.** Colaborarea cu coordonatorii județeni pentru rezolvarea diverselor cazuri/probleme | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q27.** Comunicarea cu beneficiarii din comunitate | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q28.** Comunicarea cu părinții elevilor care beneficiază de sprijinul proiectului | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q29.** Colaborarea cu primăria | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q30.** Colaborarea cu asistentul social din primărie | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q31.** Colaborarea cu cadrele didactice | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q32.** Colaborarea cu medicul de familie | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q33.** Colaborarea cu Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Bacău | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q34.** Colaborarea cu Inspectoratul Școlar Județean | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q35.** Colaborarea cu Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Bacău | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q36.** Colaborarea cu Direcția de Sănătate | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Publică Bacău | | | | | |

**ACTIVITATEA CURENTĂ**

| **Cât de des** *(un singur răspuns pe linie)* | **De câteva ori pe săptămână** | **O dată pe săptămână** | **O dată la 2 săptămâni** | **O dată pe lună** | **O dată la 2 luni** | **Mai rar** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **q37.** Comunicați cu ceilalți membri ai echipei locale de proiect | | | | | | |
| **q38.** Comunicați cu coordonatorul județean | | | | | | |
| **q39.** Au loc întâlniri ale structurilor comunitare consultative | | | | | | |

| **Prin ce mijloc comunicați cel mai des cu** *(un singur răspuns pe linie)* | **Telefon** | **E-mail** | **Grupuri de discuții on-line (ex. Facebook)** | **Față în față** | **Altul. Care ?** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q40.** Ceilalți membri ai echipei locale de proiect | | | | | |
| **q41.** Coordonatorul județean | | | | | |
| **q42.** Membri ai altor echipe locale, din alte comunități | | | | | |

| **În ultima lună , cât din timpul dvs de lucru ați petrecut pentru** | **Procent** |
|---|---|
| **q43.** Pe teren, vizitând familii | |
| **q44.** Pe teren, discutând cu vecini ai familiilor ce necesită atenția dvs. | |
| **q45.** În birou, discutând cu cei ce vin să solicite sprijinul | |
| **q46.** Discutând probleme de serviciu cu alte autorități locale (angajați din primărie, polițist, primar etc.) | |
| **q47.** Întocmind acte/dosare administrative | |
| **q48.** În activități de grup cu elevi | |
| **q49.** În activități de consiliere individuală | |
| **q50.** Altele (ce: _____) | |

| **În ce măsură sunteți de acord cu următoarele afirmații privind proiectul derulat cu sprijinul UNICEF** *(un singur răspuns pe linie)* | **În foarte mică măsură** | **În mică măsură** | **În mare măsură** | **În foarte mare măsură** | **NȘ** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q51.** Timpul disponibil este suficient pentru a satisface nevoile copiilor cu probleme din comunitate | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q52.** Timpul disponibil este suficient pentru a satisface nevoile mamelor cu | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| probleme din comunitate (*nu se aplică consilierilor și mediatorilor școlari)* | | | | | |
| **q53.** Numărul de lucrători comunitari este suficient pentru a acoperi numărul de beneficiari din comunitate | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

| **În ce măsură v-ați confruntat cu următoarele probleme în implementarea activităților proiectului** *(un singur răspuns pe linie)* | **În foarte mică măsură** | **În mică măsură** | **În mare măsură** | **În foarte mare măsură** | **NȘ** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q54.** Reticența părinților de/în a-și lăsa copiii să participe la activitățile derulate în școală | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q55.** Reticența părinților în a-și lăsa copiii să beneficieze de servicii sociale | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q56.** Reticența părinților de a-și lăsa copiii să beneficieze de asistență medicală | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q57.** Reticența părinților de a răspunde la întrebările din AURORA – *doar pentru asistentul social și asistentul medical comunitar* | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q58.** Nivel scăzut de informare al viitoarelor mame privind riscurile ne-monitorizării sarcinii | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q59.** Nivel scăzut de informare al mamelor cu privire la regulile de îngrijire a nou-născutului | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q60.** Nivel scăzut de informare al părinților cu privire la îngrijirea corespunzătoare a copiilor (nutriție, igienă, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q61.** Nivel scăzut de informare al părinților cu privire la recunoașterea semnelor incipiente de boală, îngrijirea copiilor și adresarea la medic în caz de îmbolnăvire | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q62.** Marginalizarea copiilor din familii dezavantajate la școală | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q63.** Lipsa de acces a copiilor din familii dezavantajate la medicul de familie | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q64.** Lipsa de cooperare a primăriei | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q65.** Lipsa de cooperare a școlii | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q66.** Lipsa de cooperare a medicului de familie | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q67.** Lipsa de cooperare a Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Bacău | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q68.** Lipsa de cooperare a Inspectoratul Școlar Județean | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q69.** Lipsa de cooperare a Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Bacău | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q70.** Lipsa de cooperare a Direcția de Sănătate Publică Bacău | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q71.** Distanța mare până la beneficiari | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q72.** Dificultăți în soluționarea cazurilor, ca urmare a legislației lacunare/ prevederilor legislative contradictorii | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **q73.** Alta. Care _____-<br>**q74.** _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

*Pentru cei care la q72 au ales variantele de răspuns 3 sau 4:*

**q75. Vă rugăm exemplificați** *(întrebare deschisă)*

_____

| **Cât de mult vă ajută AURORA pentru următoarele activități** *(un singur răspuns pe linie) – doar pentru asistentul social și asistentul medical comunitar* | **În foarte mică măsură** | **În mică măsură** | **În mare măsură** | **În foarte mare măsură** | **NȘ** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q76.** Identificarea beneficiarilor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q77.** Evaluarea nevoilor beneficiarilor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q78.** Informarea beneficiarilor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q79.** Consilierea beneficiarilor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q80.** Acompanierea și sprijinul beneficiarilor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q81.** Referirea beneficiarilor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q82.** Monitorizarea și evaluarea intervenției asupra beneficiarilor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q83.** Furnizarea de servicii integrate către beneficiari | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

**EFICACITATE**

| **În ce măsură credeți că prin proiectul derulat cu sprijinul UNICEF, în comunitatea în care dvs. lucrați** *(un singur răspuns pe linie)* | **În foarte mică măsură** | **În mică măsură** | **În mare măsură** | **În foarte mare măsură** | **NȘ** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q84.** S-a îmbunătățit accesul oamenilor la servicii sociale | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q85.** A crescut numărul copiilor ale căror nevoi sociale au fost identificate | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q86.** A crescut numărul de servicii sociale furnizate | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q87.** A crescut calitatea vieții pentru membrii comunității | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q88.** Oamenii din comunitate au devenit mai conștienți de drepturile lor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q89.** Primăria acordă mai multă atenție rezolvării problemelor sociale | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q90.** A crescut numărul nou născuților vizitați acasă (în primul an de viață) de către asistentul medical comunitar | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q91.** A crescut numărul femeilor însărcinate care beneficiază de monitorizarea evoluției sarcinii pe tot parcursul acesteia | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q92.** A crescut numărul cazurilor de copii săraci cu probleme de sănătate (anomii, distrofii etc.) care au fost consultați de | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| medicii de familie | | | | | |
| **q93.** A crescut numărul copiilor care au beneficiat de consultații medicale la cabinetul din localitate | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q94.** A crescut numărul persoanelor dezavantajate din comunitate din comunitate înscrise la medicul de familie | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q95.** Părinții copiilor de vârstă școlară (& grădiniță) vin mai des la școală/ grădiniță pentru a se interesa de copiii lor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q96.** Părinții copiilor de vârstă școlară îi ajută mai des pe aceștia la teme | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q97.** Părinții copiilor de vârstă școlară participă mai des la activități de educație extra-școlară (activități în aer liber, excursii etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q98.** A scăzut numărul cazurilor de abandon școlar | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q99.** A crescut participarea școlară/ în educație timpurie (grădiniță) | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q100.** S-au îmbunătățit rezultatele școlare ale copiilor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q101.** S-a îmbunătățit colaborarea dintre instituțiile din comună (primărie, cabinet medical, școală) | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q102.** S-a îmbunătățit colaborarea dintre instituțiile din comună și cele de la nivel județean cu atribuții în domeniul asistenței sociale și protecției copilului | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q103.** S-a îmbunătățit colaborarea dintre instituțiile din comună și cele de la nivel județean cu atribuții în domeniul educației | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q104.** S-a îmbunătățit colaborarea dintre instituțiile din comună și cele de la nivel județean cu atribuții în domeniul sănătății | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

**q105.** Care sunt, în opinia dvs., principalele beneficii aduse de implementarea pachetului minim de servicii la nivelul comunității dvs.?

_____

| **Pe o scală de la 1 la 10 în care este 1 este minim și 10 este maxim, cum evaluați următoarele aspecte** *(un singur răspuns pe linie)* | **Foarte slabă** | | | | | | | | | **Foarte bună** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **q106.** Funcționarea proiectului | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **q107.** Utilitatea proiectului pentru comunitate | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **q108.** Gradul de acoperire a nevoilor copiilor din comunitate | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **q109.** Gradul de acoperire a nevoilor mamelor în situație de risc din comunitate - *nu se aplică consilierilor și mediatorilor școlari* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

| **Care considerați că sunt principalii factori care contribuie la succesul implementării proiectului:** *(un singur răspuns pe linie)* | **În foarte mică măsură** | **În mică măsură** | **În mare măsură** | **În foarte mare măsură** | **NȘ** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q110.** Aplicația AURORA – *doar pentru asistentul social și asistentul medical comunitar* | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q111.** Resursele umane calificate | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q112.** Cursurile de formare a personalului organizate în cadrul proiectului | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q113.** Furnizarea integrată a serviciilor sociale, educaționale și de sănătate | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q114.** Comunicarea rapidă din cadrul echipei proiectului | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q115.** Sprijinul autorităților locale | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q116.** Participarea părinților la cursurile de educație parentală | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q117.** Implicarea actorilor locali în structurile comunitare consultative | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q118.** Flexibilitatea - Posibilitatea modificării intervenției în funcție de situația din teren | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q119.** Adaptarea activităților la specificul comunității | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q120.** Intervenția directă în comunitate (activitatea derulată în mijlocul comunității dezavantajate) | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q121.** Promptitudinea în oferirea de servicii beneficiarilor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q122.** Suportul constant al echipei UNICEF – *furnizarea de informații și asistență în rezolvarea diferitelor cazuri* | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q123.** Altul. Care_____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

**q124. Care este în opinia dvs. principalul punct slab al proiectului?** *(întrebare deschisă)*

_____

**q125. Care sunt în opinia dvs. principalele îmbunătățiri care ar trebui aduse proiectului?** *(întrebare deschisă)*

_____

**q126. Ce credeți că ar trebui să se întâmple în comunitatea dvs. pentru o mai bună furnizare a serviciilor sociale integrate în comunitate?**

## SOCIO DEMOGRAFICE

**q127. Sex 1. Masculin 2. Feminin**

**q128. Care este ultima școală absolvită de dvs.?**

| | |
|---|---|
| Fără școală absolvită | 0 |
| Școală primară (1-4 clase) | 1 |
| Gimnazial (5-8 clase) | 2 |
| Treapta I de liceu sau SAM (9-10 clase) | 4 |
| Profesional, de ucenici sau complementar | 3 |
| Liceu (11-13 clase) | 5 |
| Postliceal de specialitate sau tehnic de maiștri | 6 |
| Universitar de scurtă durată/colegiu | 7 |
| Universitar de lungă durată | 8 |
| Masterat | 9 |
| Doctorat | 10 |
| Nu răspund | 98 |

*Pentru cei cu pregătire universitară (codurile 7, 8, 9, 10):*

| **Ce specializări din următoarele aveți (la nivel de licență, master sau doctorat)** *(un singur răspuns pe linie)* | Da | Nu |
|---|---|---|
| **q129.** Asistență socială | 1 | 2 |
| **q130.** Sociologie | 1 | 2 |
| **q131.** Psihologie | 1 | 2 |
| **q132.** Medicină | 1 | 2 |
| **q133.** Economie | 1 | 2 |
| **q134.** Administrație publică | 1 | 2 |
| **q135.** Științe politice | 1 | 2 |
| **q136.** Istorie | 1 | 2 |
| **q137.** Științele educației | 1 | 2 |
| **q138.** Alta | 1 | 2 |

**q139. Când ați fost angajat în cadrul proiectului?** _____ *(luna)* _____ *(anul)*

**q140. Tipul postului în cadrul proiectului:**

1. Normă întreagă (8 h/zi)
2. Jumătate de normă (4h/zi)
3. Fracție de normă – 3 ore/zi
4. Fracție de normă – 2 ore/zi

→ q139

**q141. Mai sunteți angajat(ă) în altă parte?**

1. Nu
2. Da → q140

**q142. Pe ce poziție? _____**

**q143. Vechime totală în profesia** de asistent social/ asistent medical comunitar/ consilier școlar/ mediator sanitar/ mediator școlar_____ ani _____ luni

**q144. Vechime pe poziția** de asistent social/ asistent medical comunitar/ consilier școlar/ mediator sanitar/ mediator **în localitate** _____ ani _____ luni

**q145. Locuiți în localitatea în care vă desfășurați activitatea?**

1. Da
2. Nu, fac naveta

## CHESTIONAR ON-LINE PENTRU CADRE DIDACTICE, EDUCATORI PARENTALI

*Cadre didactice, personal școlar și educatori parentali care au primit suport în cadrul componentei QIE*

**q1. Numele localității în care lucrați ....** *(listă predefinită cu toate localitățile din care să aleagă)*

**q2.** *Sunteți:*

*Cadru didactic*
*Personal didactic auxiliar*
*Educator parental*

| **În școala în care dvs. predați, există** *(un singur răspuns pe linie)* | **Da** | **Nu** |
|---|---|---|
| **q3.** Mediator școlar | 1 | 2 |
| **q4.** Consilier școlar | 1 | 2 |
| **q5.** Psiholog școlar | 1 | 2 |
| **q6.** Personal didactic de sprijin pentru copiii cu CES | 1 | 2 |

| **Dacă vă gândiți la elevii din școala în care predați, ați spune că aceștia…** *(un singur răspuns pe linie)* | **În foarte mică măsură** | **În mică măsură** | **În mare măsură** | **În foarte mare măsură** | **NȘ** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q7.** Au rezultate școlare bune | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q8.** Se implică în activități extrașcolare | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q9.** Provin din familii sărace | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q10.** Au părinți plecați la muncă în străinătate | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q11.** Au probleme de comportament | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q12.** Se află în risc de abandon școlar | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q13.** Au cerințe educaționale speciale (CES) | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q14.** Au dificultăți de învățare (corigențe, repetenție) | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q15.** Au probleme de integrare școlară | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

| **În cadrul proiectului derulat cu sprijinul UNICEF, școala dvs. a beneficiat de** *(un singur răspuns pe linie)* | **Da** | **Nu** | **NȘ** | **Dvs. la care dintre aceste activități ați participat?** *(răspuns multiplu)* |
|---|---|---|---|---|
| **q16.** Evaluare din partea ARACIP | 1 | 2 | 98 | |
| **q17.** Micro-grant | 1 | 2 | 98 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **q18.** Formare pentru cadrele didactice pe discipline | 1 | 2 | 98 | |
| **q19.** Formare pentru cadrele didactice în arii extra-curriculare | 1 | 2 | 98 | |
| **q20.** Activități de învățare pe platforma on-line | 1 | 2 | 98 | |
| **q21.** Formare pentru managementul școlii | 1 | 2 | 98 | |
| **q22.** Consiliere pentru echipa managerială a școlii | 1 | 2 | 98 | |
| **q23.** Cursuri de educație parentală | 1 | 2 | 98 | |
| **q24.** Prezentarea cazurilor de succes pentru creșterea stimei de sine a elevilor | 1 | 2 | 98 | |
| **q25.** Schimburi interșcolare | 1 | 2 | 98 | |
| **q26.** Lecții demonstrative organizate de Institutul de Științe ale Educației sau Agenția Împreună | 1 | 2 | 98 | |
| **q27.** Altceva. Ce anume _____ | 1 | 2 | 98 | |

**CUNOAȘTEREA MODELULUI**

| **În ce măsură sunteți de acord cu următoarele afirmații privind proiectul derulat cu sprijinul UNICEF** *(un singur răspuns pe linie)* | **În foarte mică măsură** | **În mică măsură** | **În mare măsură** | **În foarte mare măsură** | **N Ș** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q28.** Părinții elevilor au fost reticenți față de proiectul sprijinit de UNICEF la începutul implementării acestuia | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q29.** Autoritățile locale au fost reticente față de proiectul sprijinit de UNICEF la începutul implementării acestuia | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q30.** Autoritățile locale acordă sprijin activităților proiectului | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q31.** Părinții elevilor acordă sprijin activităților organizate de școală în cadrul proiectului | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q32.** Cadrul legislativ actual sprijină implementarea unui model de educație incluzivă de calitate | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

**PARTICIPARE ȘI COOPERARE**

| **Gândindu-vă la școala în care predați, în ce măsură sunteți de acord cu următoarele afirmații** *(un singur răspuns pe linie)* | **În foarte mică măsură** | **În mică măsură** | **În mare măsură** | **În foarte mare măsură** | **N Ș** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q33.** Părinții participă activ la activitățile organizate de școală | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q34.** Comunitatea locală sprijină activitatea școlii | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q35.** Primăria sprijină activitatea școlii | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q36.** Agenții economici sprijină activitatea școlii | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

| **În ultimele 12 luni școala în care predați a derulat cel puțin o acțiune comună cu** | **D** | **N** | **N** |
|---|---|---|---|

| *(un singur răspuns pe linie)* | **a** | **u** | **Ș** |
|---|---|---|---|
| **q37.** Poliția | 1 | 2 | 98 |
| **q38.** Primăria | 1 | 2 | 98 |
| **q39.** Biserica | 1 | 2 | 98 |
| **q40.** ONG-uri | 1 | 2 | 98 |
| **q41.** Medici de familie | 1 | 2 | 98 |
| **q42.** Agenții economici | 1 | 2 | 98 |
| **q43.** Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Bacău | 1 | 2 | 98 |
| **q44.** Inspectoratul Școlar Județean | 1 | 2 | 98 |
| **q45.** Alta. Care _____ | 1 | 2 | 98 |

| **Cum ați descrie….** *(un singur răspuns pe linie)* | **Foarte slabă/ inexistentă** | **Slabă** | **Bună** | **Foarte bună** | **NȘ** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q46.** Colaborarea cu consilierul școlar pentru rezolvarea diverselor cazuri/probleme[25] | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q47.** Colaborarea cu mediatorul școlar[26] | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q48.** Comunicarea cu părinții elevilor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q49.** Colaborarea cu asistentul social din echipa proiectului derulat cu sprijinul UNICEF pentru rezolvarea diverselor cazuri/probleme | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q50.** Colaborarea cu asistentul medical comunitar pentru rezolvarea diverselor cazuri/probleme | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q51.** Colaborarea cu medicul de familie | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q52.** Colaborarea școlii cu primăria | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q53.** Colaborarea școlii cu Inspectoratul Școlar Județean | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q54.** Colaborarea școlii cu Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Bacău | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

## ACTIVITATEA CURENTĂ

| **Cât de des** *(un singur răspuns pe linie)* | **De câteva ori pe săptămână** | **O dată pe săptămână** | **O dată la 2 săptămâni** | **O dată pe lună** | **O dată la 2 luni** | **Mai rar** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **q55.** Luați legătura cu părinții elevilor dvs. | | | | | | |
| **q56.** Vă consultați cu consilierul școlar[27] | | | | | | |
| **q57.** Vă consultați cu mediatorul școlar[28] | | | | | | |

[25] Varianta de răspuns va fi vizibilă doar pentru cei care au declarat la q3 că în școală există consilier școlar.
[26] Varianta de răspuns va fi vizibilă doar pentru cei care au declarat la q2 că în școală există mediator școlar.
[27] Varianta de răspuns va fi vizibilă doar pentru cei care au declarat la q3 că în școală există consilier școlar.
[28] Varianta de răspuns va fi vizibilă doar pentru cei care au declarat la q2 că în școală există mediator școlar.

| **În ce măsură v-ați confruntat cu următoarele probleme în activitatea dvs.** *(un singur răspuns pe linie)* | **În foarte mică măsură** | **În mică măsură** | **În mare măsură** | **În foarte mare măsură** | **NȘ** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q58.** Reticența părinților de/în a-și lăsa copiii să participe la activitățile derulate în școală | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q59.** Lipsa de implicare a părinților în activitățile organizate de școală | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q60.** Reticența părinților în a-și lăsa copiii să beneficieze de servicii sociale | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q61.** Reticența părinților în a-și lăsa copiii să beneficieze de asistență medicală | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q62.** Interesul scăzut al părinților față de rezultatele școlare ale copiilor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q63.** Reticența părinților de a participa la activitățile de consiliere | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q64.** Reticența părinților de a participa la cursurile de educație parentală | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q65.** Marginalizarea copiilor din familii dezavantajate la școală | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q66.** Lipsa de cooperare a primăriei | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q67.** Lipsa de cooperare a medicului de familie | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q68.** Lipsa de cooperare a Inspectoratul Școlar Județean | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q69.** Lipsa de cooperare a Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Bacău | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q70.** Alta. Care _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | |

**EFICACITATE**

| **În ce măsură credeți că prin proiectul derulat cu sprijinul UNICEF, în comunitatea în care dvs. predați** *(un singur răspuns pe linie)* | **În foarte mică măsură** | **În mică măsură** | **În mare măsură** | **În foarte mare măsură** | **NȘ** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q71.** Părinții copiilor vin mai des la școală/ grădiniță pentru a se interesa de copiii lor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q72.** Părinții copiilor îi ajută mai des pe aceștia la teme | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q73.** Părinții copiilor participă mai des la activități de educație extra-școlare (activități în aer liber, excursii etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q74.** S-au îmbunătățit abilitățile parentale ale părinților elevilor dvs. | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q75.** A crescut participarea școlară/ în educație timpurie (grădiniță) | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q76.** A crescut implicarea elevilor în activități extrașcolare | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q77.** S-au îmbunătățit rezultatele școlare | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ale copiilor | | | | | |
| **q78.** S-au dezvoltat competențele profesionale ale cadrelor didactice | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q79.** S-au îmbunătățit metodele de predare ale profesorilor din școala dvs. | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q80.** A crescut vizibilitatea școlii în comunitate | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q81.** A crescut numărul de activități extrașcolare organizate de școală | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q82.** A crescut numărul de acțiuni organizate în parteneriat cu alte școli din județ | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q83.** S-a îmbunătățit capacitatea școlii de cunoaștere a profilului copiilor în risc major de abandon | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q84.** S-a îmbunătățit capacitatea școlii de inițiere a unor activități de sprijin pentru copiii în situație de risc | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q85.** A crescut capacitatea școlii de elaborare de proiecte pentru atragere de finanțări | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q86.** A crescut capacitatea școlii de a elabora documente strategice și operaționale | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q87.** A crescut implicarea autorităților locale în prevenirea abandonului școlar | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q88.** S-a îmbunătățit colaborarea școlii cu primăria | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q89.** S-a îmbunătățit colaborarea școlii cu instituțiile de la nivel județean cu atribuții în domeniul educației | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

| **Pe o scală de la 1 la 10 în care este 1 este minim și 10 este maxim, cum evaluați utilitatea …..***(un singur răspuns pe linie)* | **Foarte slabă** | | | | | | | | | **Foarte bună** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **q90.** pachetului pedagogic pentru promovarea diversității | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **q91.** cursurilor de formare pe discipline | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **q92.** cursurilor de formare în arii extra-curriculare[29] | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **q93.** învățării pe platformele on-line | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **q94.** lecțiilor demonstrative | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **q95.** schimburilor inter-școlare | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **q96.** micro-granturilor pentru școli | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**q97.** Care sunt, în opinia dvs., principalele beneficii ale micro-grantului pentru școala dvs.? *(întrebare deschisă)*

[29] Itemii vor fi vizibili doar pentru cei care anterior au declarat că au participat la aceste cursuri

_____

| **Care considerați că sunt principalii factorii care contribuie la succesul implementării educației incluzive de calitate** *(un singur răspuns pe linie)* | **În foarte mică măsură** | **În mică măsură** | **În mare măsură** | **În foarte mare măsură** | **N Ș** |
|---|---|---|---|---|---|
| **q98.** Managementul școlar | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q99.** Pregătirea cadrelor didactice | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q100.** Infrastructura școlară | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q101.** Orientarea și consilierea școlară | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q102.** Monitorizarea elevilor în situație de risc | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q103.** Colaborarea cu serviciile comunitare | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q104.** Implicarea părinților | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q105.** Promovarea modelelor de succes în rândul elevilor | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q106.** Sprijinul autorităților locale | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q107.** Parteneriatele cu ONG-uri | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q108.** Resursele financiare | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q109.** Legislația | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |
| **q110.** Altul. Care _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 98 |

**q111. Care sunt în opinia dvs. principalele îmbunătățiri care ar trebui aduse modelului de educație incluzivă de calitate?** *(întrebare deschisă)*

_____

**q112. Ce schimbări legislative considerați necesare pentru asigurarea educației incluzive de calitate?** *(întrebare deschisă)*

_____

## SOCIO DEMOGRAFICE

**q113. Sex 1. Masculin 2. Feminin**

**q114. Care este ultima școala absolvită de dvs.?**

| | |
|---|---|
| Liceu (11-13 clase) | 1 |
| Postliceal de specialitate sau tehnic de maiștri | 2 |
| Universitar de scurtă durată/colegiu | 3 |
| Universitar de lungă durată | 4 |
| Masterat | 5 |
| Doctorat | 6 |
| Nu răspund | 9<br>8 |

**q115. Vechimea în activitatea didactică** _____ ani

**q116. Vechime în actuala instituție de învățământ** _____ ani

**q117. Statutul în actuala instituție de învățământ**

a. Cadru didactic titular
b. Cadru didactic suplinitor

**q118. Locuiți în localitatea în care vă desfășurați activitatea?**

3. Da
4. Nu, fac naveta

## GHID FOCUS GRUP - COORDONATORI JUDEȚENI PMS

*Coordonatorii județeni pachet MPS (asistență socială, sănătate și educație)*

**Introducere**

- Prezentarea succintă a moderatorului și a temei de discuție
- Se explică ce este acela un focus-grup și „regulile discuției": nu există răspunsuri corecte sau greșite, discuția va rămâne confidențială, sunt interesante părerile tuturor celor prezenți, sunt foarte importante intervențiile spontane.

*Bună ziua,*
*Sunt …….și reprezint ICCV, care realizează un studiu despre activitățile implementate în cadrul proiectului desfășurat cu sprijinul UNICEF în județul Bacău și despre modul în care acestea au răspuns nevoilor copiilor și mamelor tinere. Ne dorim să aflăm părerile dvs. despre această temă. Dar mai întâi să ne cunoaștem…."*

**Prezentarea participanților** *(fiecare participant va trebui să răspundă la întrebări; se face un tur de masă la fiecare întrebare)*

- Vom începe printr-o scurtă prezentare: prenume, educație, profesie, experiența în domeniul social/sanitar și vechimea în actuala poziție în proiect

**Cunoașterea modelului**

1. Se derulează și alte proiecte în domeniul asistenței sociale în comunitățile pe care le coordonați? Care sunt diferențele dintre acestea și intervenția proiectului sprijinit de UNICEF?
2. Se derulează și alte proiecte în domeniul asistenței medicale comunitare în comunitățile pe care le coordonați? Care sunt diferențele dintre acestea și intervenția proiectului sprijinit de UNICEF?
3. Se derulează și alte proiecte în domeniul educației în comunitățile pe care le coordonați? Care sunt diferențele dintre acestea și intervenția proiectului sprijinit de UNICEF? Care sunt elementele inovatoare aduse de proiectul sprijinit de UNICEF?

**Participare**

1. În ce activități ale proiectului ați fost implicat?
2. Câte localități coordonați?
3. Câte persoane aveți în coordonare? Cum colaborați cu aceștia?/Cât de des și prin ce mijloace comunicați cu aceștia? Aveți fluctuații mari de personal?
4. Cum apreciați raportul dintre numărul de lucrători comunitari și numărul de beneficiari? Ce ar trebui schimbat pentru a avea un grad de acoperire mai bun al nevoilor beneficiarilor?

5. Cum colaborați cu ceilalți coordonatori ai asistenților sociali? Cum colaborați cu ceilalți coordonatori ai asistenților medicali comunitari? Dar cu cei din domeniul educației? Cât de des discutați? Cu ce ocazii?
6. Cu ce actori colaborați la nivel local? Dar la nivel județean? Pe ce probleme?
7. Ce instituții de la nivel județean susțin cel mai bine implementarea proiectului? Care „au opus rezistență”?
8. Ați participat la cursurile de formare din cadrul proiectului? Cât de utile au fost acestea? Dacă ar fi să propuneți îmbunătățiri (ex de conținut, durată de timp, organizare etc) , care ar fi acestea? De ce alte cursuri ați avea nevoie?

**Eficacitate**

1. Care sunt principalele beneficii ale proiectului sprijinit de UNICEF pentru copii și familiile acestora?
2. Care sunt beneficiile pentru serviciile publice de asistență socială din comunități/județ? Ce anume s-a schimbat după începerea proiectului?
3. Care sunt beneficiile pentru asistența medicală comunitară din comunități/județ? Ce anume s-a schimbat după începerea proiectului?
4. Dacă vă gândiți la nevoile sociale (asistență socială/asistență medicală) ale copiilor și mamelor în situații de risc, care considerați că sunt cele mai importante rezultate ale proiectului obținute până acum? Care dintre problemele sociale identificate în comunitate rămân parțial rezolvate sau nu le puteți rezolva? De ce?
5. Care sunt principalele dificultăți întâmpinate în activitatea dvs. din cadrul proiectului?

**Relevanță**

1. Credeți că proiectul sprijinit de UNICEF a răspuns/răspunde nevoilor copiilor? Care sunt nevoile neacoperite ale copiilor?
2. Credeți că proiectul sprijinit de UNICEF a răspuns/răspunde nevoilor mamelor? Care sunt nevoile neacoperite ale mamelor?
3. Care sunt principalele beneficii ale utilizării AURORA în proiect ? Dar principalele dificultăți?
4. Ce ați schimba la acest proiect?

**Sustenabilitate**

1. Care sunt factorii care au favorizat implementarea pachetului minim de servicii integrate în comunitățile pe care le coordonați? Dar cei care au împiedicat implementarea?
2. Credeți că se vor continua activitățile derulate în proiectul sprijinit de UNICEF după finalizarea finanțării actuale? Dacă DA, cum, cu ce finanțare? Dacă NU, de ce?
3. Considerați că pachetul minim de servicii comunitare integrate poate fi dezvoltat și în alte județe? Dacă DA, cum? Dacă NU, de ce?
4. Ce fel de măsuri (legislative, schimbări de construcție instituțională etc.) ar trebui adoptate la nivel național pentru generalizarea modelului?

## GHID FOCUS GRUP – COORDONATORI JUDEȚENI EIC

**Introducere**

- Prezentarea succintă a moderatorului și a temei de discuție

- Se explică ce este acela un focus-grup și „regulile discuției”: nu există răspunsuri corecte sau greșite, discuția va rămâne confidențială, sunt interesante părerile tuturor celor prezenți, sunt foarte importante intervențiile spontane.

*Bună ziua,*
*Sunt …….și reprezint ICCV, care realizează un studiu despre activitățile implementate în cadrul proiectului desfășurat cu sprijinul UNICEF în județul Bacău și despre modul în care acestea au răspuns nevoilor elevilor, precum și ale școlilor. Ne dorim să aflăm părerile dvs. despre această temă. Dar mai întâi să ne cunoaștem….”*

**Prezentarea participanților** *(fiecare participant va trebui să răspundă la întrebări; se face un tur de masă la fiecare întrebare)*

- Vom începe printr-o scurtă prezentare: prenume, educație, profesie, experiența în domeniul educațional și vechimea în actuala poziție în proiect

**Cunoașterea modelului**

1. Se derulează și alte proiecte în domeniul educației în comunitățile pe care le coordonați? Care sunt diferențele dintre acestea și pachetul pe educație inclusivă de calitate a proiectului derulat cu sprijinul UNICEF?
2. Care sunt elementele inovatoare aduse de acest proiect în domeniul educației?

**Participare**

1. În ce activități ale proiectului ați fost implicat?
2. Câte localități coordonați?
3. Câte școli/unități de învățământ aveți în coordonare? Cum colaborați cu acestea?/Cât de des și prin ce mijloace comunicați cu acestea? Sunt fluctuații mari de personal în cadrul acestor școli/unități de învățământ?
4. Cum colaborați cu ceilalți coordonatori pe componenta de educație din Pachetul Minim de Servicii? Cum colaborați cu ceilalți coordonatori ai asistenților medicali comunitari? Dar cu cei din domeniul asistenței sociale? Cât de des discutați? Cu ce ocazii?
5. Cu ce actori colaborați la nivel local? Dar la nivel județean? Pe ce probleme?
6. Ce instituții de la nivel județean susțin cel mai bine implementarea proiectului? Care „au opus rezistență”?
7. Ați participat la cursurile de formare din cadrul proiectului? Cât de utile au fost acestea? Dacă ar fi să propuneți îmbunătățiri (ex de conținut, durată de timp, organizare etc) , care ar fi acestea? De ce alte cursuri ați avea nevoie?

**Eficacitate**

1. Care sunt principalele beneficii ale proiectului sprijinit de UNICEF pentru copii? Ce anume s-a schimbat după începerea proiectului? Care au fost efectele prezentării modelelor de succes asupra copiilor din comunități?
2. Care sunt principalele beneficii ale proiectului sprijinit de UNICEF pentru părinții acestora? Ce anume s-a schimbat după începerea proiectului (părinții colaborează mai bine cu școala, se implică mai mult în educația copiilor etc)?
3. Care sunt beneficiile pentru școlile din comunități? Ce anume s-a schimbat după începerea proiectului?

4. Cât de utilă a fost activitatea de evaluare a școlilor realizată de ARACIP? Care a fost impactul acesteia asupra unităților de învățământ?
5. Ce efecte au avut activitățile de formare din cadrul proiectul asupra cadrelor didactice din comunități (relațiile dintre cadrele didactice, relațiile cu părinții, modul de predare etc)?
6. Ce efecte a avut activitatea de scriere și implementare a micro-granturilor asupra școlilor?
7. Care sunt principalele dificultăți întâmpinate în activitatea dvs. din cadrul proiectului?

**Relevanță**

1. Credeți că proiectul sprijinit de UNICEF a răspuns/răspunde nevoilor copiilor? Care sunt nevoile neacoperite ale copiilor?
2. Credeți că proiectul sprijinit de UNICEF a răspuns/răspunde nevoilor școlilor? Care sunt nevoile neacoperite ale școlilor?
3. Ce ați schimba la acest proiect?

**Sustenabilitate**

1. Care sunt factorii care au favorizat implementarea pachetului de educație incluzivă de calitate în comunitățile pe care le coordonați? Dar cei care au împiedicat implementarea?
2. Credeți că se vor continua activitățile derulate în proiectul sprijinit de UNICEF după finalizarea finanțării actuale? Dacă DA, cum, pachetul de educație incluzivă de calitate care ar putea fi preluate de către alte instituții de învățământ din țară?
3. Considerați că pachetul de educație incluzivă de calitate poate fi dezvoltat și în alte județe? Dacă DA, cum? Dacă NU, de ce?
4. Ce fel de măsuri (legislative, schimbări de construcție instituțională) ar trebui adoptate la nivel național pentru generalizarea pachetului de educație incluzivă de calitate?
5. Ce condiții trebuie să îndeplinească o instituție de învățământ pentru a implementa educația incluzivă de calitate?

### GHID FOCUS GRUP PĂRINȚI

*Părinți ai copiilor care au beneficiat de proiectul sprijinit de UNICEF*

*Vor fi selectați 3-4 părinți ai copiilor care au beneficiat de activitățile din cadrul pachetului QIE și 3-4 care au beneficiat de activitățile pachetului MPS. Se vor cere liste cu aceștia din comunitățile unde se vor derula FG și se vor selecta în mod aleatoriu.*

**Introducere**

- Prezentarea succintă a moderatorului și a temei de discuție
- Se explică ce este acela un focus-grup și „regulile discuției": nu există răspunsuri corecte sau greșite, discuția va rămâne confidențială, sunt interesante părerile tuturor celor prezenți, sunt foarte importante intervențiile spontane.

*Bună ziua,*
*Sunt …….și reprezint ICCV, care realizează un studiu despre activitățile implementate în cadrul proiectului derulat de primăria și școala comunei .... cu sprijinul UNICEF și despre modul în care*

*acestea au răspuns nevoilor copiilor și familiilor lor. Ne dorim să aflăm părerile dvs. despre această temă. Dar mai întâi să ne cunoaștem…."*

**Prezentarea participanţilor** *(fiecare participant va trebui să răspundă la întrebări; se face un tur de masă la fiecare întrebare)*

- Vom începe printr-o scurtă prezentare: prenume, educație, profesie, număr de copii (vârsta și nivelul studiilor acestora - grădiniță, nivel primar, nivel gimnazial)

**Comunitate**

1. Descrieți puțin comunitatea dvs și locuitorii ei (de ex. este o comunitate în care oamenii se ajută între ei)
2. Sunteți mulțumit de serviciile sociale, de sănătate și educaționale din comunitate? Ce ați îmbunătăți?

**Cunoașterea modelului**

1. Cunoașteți proiectul derulat de primărie/școală cu sprijinul UNICEF în comunitatea dvs.? Ce știți despre acesta? Dar despre personalul proiectului?
2. Ce activități au fost realizate cu sprijinul UNICEF în localitatea dvs.? Dar la școală/grădiniță?

**Participare**

1. Cu care dintre membrii echipei proiectului (asistentul social, asistentul medical comunitar/mediator sanitar, consilierul școlar/mediator școlar) ați intrat în contact? Cu ce ocazie? Cum s-au desfășurat întâlnirile cu aceștia?/ Cum ați descrie interacțiunea cu membrii echipei proiectului – ați primit informațiile necesare, vi s-au oferit serviciile de care aveați nevoie, etc....? (*dacă nu oferă spontan acest răspuns la întrebările anterioare:* Ați fost vizitat acasă de membrii echipei proiectului sprijinit de UNICEF? Cu ce ocazii? )
2. Care sunt serviciile sociale furnizate prin proiect de care ați beneficiat dvs. personal/ sau soțul/soția? Dar copiii dvs.? (informare, consiliere, sprijin etc) Beneficiați și în prezent?
3. Care sunt serviciile medicale furnizate prin proiect de care ați beneficiat dvs. personal/ sau soțul/soția? Dar copiii dvs.? Beneficiați și în prezent?
4. Sunt toți membrii familiei dvs înscriși la medic de familie? Cât de des mergeți la el? Când ați fost ultima dată? Pentru ce problemă?
5. Cum vă implicați (dvs. sau soțul/ soția) în educația copiilor? (îi ajutați la teme, participați la activitățile extrașcolare derulate la școală etc.)
6. Cât de des mergeți la școală? Cu ce ocazii? Doar la ședințele cu părinții? Când mai mergeți? Când ați mers ultima oară?
7. Cum colaborați cu cadrele didactice?
8. La ce activități organizate la școală/grădiniță în cadrul proiectului sprijinit de UNICEF ați participat? A cui a fost inițiativa pentru aceste activități? (a părinților sau a cadrelor didactice)
9. Ați participat la cursurile de educație parentală? Ce v-a plăcut la aceste cursuri? Ce nu v-a plăcut? Care sunt principalele beneficii ale participării la cursurile de educație parentală?/ La ce anume v-a folosit participarea? La ce alte cursuri ați dori să mai participați?
10. La ce activități organizate de către primărie în cadrul proiectului sprijinit de UNICEF ați participat? A cui a fost inițiativa pentru aceste activități? (a cetățenilor sau a primăriei)

**Eficacitate**

1. Care sunt principalele beneficii ale proiectului sprijinit de UNICEF pentru localitatea dvs.?
2. Dacă vă gândiți la activitatea școlii, ce s-a schimbat după începerea proiectului sprijinit de UNICEF?
3. Dacă vă gândiți la asistența medicală din localitatea dvs, ce s-a schimbat după începerea proiectului sprijinit de UNICEF?
4. Dacă vă gândiți la activitatea primărie din localitatea dvs, ce s-a schimbat după începerea proiectului sprijinit de UNICEF?
5. Care sunt principalele beneficii ale proiectului sprijinit de UNICEF pentru dvs. și familia dvs.?
6. Ce s-a schimbat în viața copiilor dvs. după începerea proiectului sprijinit de UNICEF?

**Relevanță**

1. Credeți că proiectul sprijinit de UNICEF a răspuns nevoilor copiilor din localitatea dvs.? Dar nevoilor mamelor tinere/gravidelor din comunitate?
2. Ce alte activități considerați că ar trebui realizate pentru a răspunde în mai mare măsură nevoilor acestora?
3. Ce ați schimba la proiectul sprijinit de UNICEF?

## GHID FOCUS GRUP ADOLESCENȚI

*Adolescenți care au beneficiat de proiectul sprijinit de UNICEF*

*Vor fi selectați 3-4 adolescenți care au beneficiat de activitățile din cadrul pachetului QIE și 3-4 care au beneficiat de activitățile pachetului MPS. Se vor cere liste cu adolescenți i din comunitățile unde se vor derula FG și se vor selecta în mod aleatoriu.*

**Introducere**

- Prezentarea succintă a moderatorului și a temei de discuție
- Se explică ce este acela un focus-grup și „regulile discuției": nu există răspunsuri corecte sau greșite, discuția va rămâne confidențială, sunt interesante părerile tuturor celor prezenți, sunt foarte importante intervențiile spontane.

*Bună ziua,*
*Sunt …….și reprezint ICCV, care realizează un studiu despre activitățile implementate în cadrul proiectului derulat de primăria și școala comunei .... cu sprijinul UNICEF și despre modul în care acestea au răspuns nevoilor tinerilor. Ne dorim să aflăm părerile voastre despre această temă. Dar mai întâi să ne cunoaștem…."*

**Prezentarea participanților** *(fiecare participant va trebui să răspundă la întrebări; se face un tur de masă la fiecare întrebare)*

1. Vom începe printr-o scurtă prezentare: prenume, vârsta, în ce clasă sunteți, mai aveți frați/ surori (câți)?
2. Dacă ați alege un singur lucru pe care să îl schimbați/îmbunătățiți la viața voastră, care ar fi acesta?
3. Ce doriți să faceți după ce terminați școala?

**Despre școală**

1. Ce vă place la școala unde învățați? Ce ați schimba la școala unde învățați?
2. Aveți prieteni de vârsta voastră care nu merg la școală? Din ce motiv?
3. Dar prieteni /colegi cu părinți plecați la muncă în străinătate? Ei cum se descurcă la școală?
4. În școala voastră există un consilier școlar? Când ai discutat ultima oară cu acesta? Despre ce? A fost utilă discuția cu consilierul școlar?
5. Știți pe altcineva (coleg/prieten) care să fi discutat cu consilierul școlar? Cine a inițiat discuția (elevul sau consilierul)? Despre ce s-a discutat? A fost utilă discuția?
6. Ce alte subiecte ați vrea să discutați la școală? Ce activități suplimentare ați vrea să faceți la școală?

**Relația cu părinții**

1. Cum vă înțelegeți cu părinții? Despre ce vorbiți cu ei?
2. Părinții vin des la școală? Pentru ce au venit ultima oară? Când?
3. Părinții voștri au participat la cursurile de educație parentală? Dacă DA, s-a schimbat ceva în relația voastră cu ei după ce au participat la aceste cursuri?

**Comunitate**

1. Descrieți puțin comunitatea voastră și locuitorii ei (de ex. este o comunitate în care oamenii se ajută între ei)

**Proiectul primăriei/școlii derulat cu sprijinul UNICEF**

1. Cunoașteți proiectul derulat de primărie/școală cu sprijinul UNICEF în localitatea voastră? Ce știți despre acesta?
2. În ce activități ale proiectului ați fost implicat (în comunitate, în cadrul școlii)? Cum ați fost implicat? Cât timp? Ce ați fi schimbat la activitățile la care ați participat?
3. Ați interacționat/discutat cu asistentul social/asistentul medical comunitar/consilierul școlar/mediatorul sanitar/mediatorul școlar? Cum v-a ajutat acesta? Aveți încredere să apelați în viitor la el? (se va întreba pentru fiecare lucrător comunitar menționat)
4. Părinții voștri au interacționat/discutat cu asistentul social/asistentul medical comunitar/consilierul școlar/mediatorul sanitar/mediatorul școlar? Care a fost motivul acestei interacțiuni/discuții? S-a schimbat ceva la părinții voștri după această interacțiune/discuție? Ce anume?
5. Ați observat schimbări în comportamentul profesorilor pe parcursul derulării proiectului derulat de școală cu sprijinul UNICEF? Ce anume? (ex. metodele de predare, activitățile extra curriculare derulate, apropierea față de elevi etc)
6. Dar în viața voastră s-a schimbat ceva după începerea proiectului? Ce anume?

## GHID FOCUS GRUP - MEMBRII ECHIPEI COMUNITARE

*Asistent social, asistent medical comunitar, consilier școlar, mediator sanitar, mediator școlar*

**Introducere**

- Prezentarea succintă a moderatorului și a temei de discuție

- Se explică ce este acela un focus-grup și „regulile discuției”: nu există răspunsuri corecte sau greșite, discuția va rămâne confidențială, sunt interesante părerile tuturor celor prezenți, sunt foarte importante intervențiile spontane.

*Bună ziua,*
*Sunt …….și reprezint ICCV, care realizează un studiu despre activitățile implementate în cadrul proiectului derulat de primăria și școala comunei .... cu sprijinul UNICEF, despre modul în care acestea au răspuns nevoilor copiilor și mamelor și despre cum proiectul poate fi implementat și în alte județe. Ne dorim să aflăm părerile dvs. despre această temă. Dar mai întâi să ne cunoaștem….”*

**Prezentarea participanților** *(fiecare participant va trebui să răspundă la întrebări; se face un tur de masă la fiecare întrebare)*
Vom începe printr-o scurtă prezentare:

- Prenume, poziția în cadrul proiectului (asistent social, consilier școlar, asistent medical comunitar, etc.), tipul de post (full-time, jumătate de normă )
- Ce pregătire aveți? Anterior proiectului sprijinit de UNICEF, ați lucrat pe aceeași poziție/ poziții similare?
- Cum ați ajuns să lucrați în acest proiect?
- De cât timp sunteți implicat(ă) în proiectul sprijinit de UNICEF?
- Sunteți din localitatea în care vă desfășurați activitatea sau faceți naveta?

**Relația cu beneficiarii**

1. Cum a fost primit proiectul sprijinit de UNICEF în comunitate (de către autoritățile locale/ școală/ cabinet medical/ beneficiari)? În opinia dvs. atitudinea acestora față de proiect s-a schimbat pe parcursul implementării? Cum anume?
2. Care sunt principalele greutăți pe care le întâmpinați/ le-ați întâmpinat în comunitate în implementarea activităților proiectului? Cum le-ați rezolvat?
3. Cât timp petreceți pe teren într-o zi obișnuită? Câți beneficiari reușiți să vizitați într-o zi obișnuită?

**Participare**

1. Cum funcționează structurile comunitare consultative în comunitatea dvs. (cât de des se întâlnesc? ce actori comunitari participă? cum se implică?)?
2. Care este relația dvs. cu asistentul social/medicul de familie/directorul de școală/primarul? Cât de des interacționați? Pe ce probleme?

**Relația cu ceilalți lucrători comunitari/coordonatorii/alte instituții**

1. Cum colaborați cu coordonatorii județeni *(fiecare va răspunde de colaborarea cu propriul coordonator)*? Cât de des interacționați cu aceștia?
2. Cum colaborați cu ceilalți lucrători comunitari din localitatea dvs.? Cât de des vă sfătuiți cu aceștia? Pe ce probleme?
3. Cum colaborați cu lucrătorii comunitari din celelalte localități din județ unde este implementat proiectul? Cât de des vă sfătuiți cu aceștia? Pe ce probleme?
4. Cum vă ajută AURORA în munca dvs.? Ce ați îmbunătăți la aceasta?
5. Au existat situații în care ați interacționat direct cu alte instituții de la nivel județean (DGASPC, ISJ, CJRAE, DSP, Consiliu Județean)? Dacă DA, dați exemple de astfel de situații și precizați care au fost rezultatele.

**Eficacitate**

1. Care sunt principalele beneficii ale proiectului pentru comunitatea dvs. (copiii și familiile lor, cetățeni, instituții etc)? Dar pentru școală?
2. Cum considerați că a influențat proiectul sprijinit de UNICEF activitatea autorităților locale?
3. Care au fost principalele probleme în implementarea proiectului la nivelul comunității dvs.? Au existat întârzieri în implementarea proiectului? Care au fost cauzele?
4. Ați participat la cursurile de formare din cadrul proiectului? Cât de utile au fost acestea? Dacă ar fi să propuneți îmbunătățiri (ex de conținut, durată de timp, organizare etc) , care ar fi acestea? De ce alte cursuri ați avea nevoie? Care sunt aspectele care ar trebui îmbunătățite la proiectul sprijinit de UNICEF?

**Relevanță**

1. Credeți că proiectul sprijinit de UNICEF a răspuns/răspunde nevoilor copiilor din localitatea dvs.? Care sunt nevoile neacoperite ale copiilor din comunitate?
2. Credeți că proiectul sprijinit de UNICEF a răspuns/răspunde nevoilor mamelor din localitatea dvs.? Care sunt nevoile neacoperite ale mamelor din comunitate?
3. Ce alte activități considerați că ar trebui realizate pentru a răspunde într-o măsură mai mare nevoilor copiilor/mamelor din comunitate? Cine ar trebui să fie responsabil?

**Sustenabilitate**

1. După finalizarea proiectului considerați că se va putea continua implementarea pachetului minim de servicii comunitare integrate în comunitatea dvs.? Dacă DA, cum? Dacă NU, de ce?
2. Care sunt factorii care favorizează implementarea unui asemenea pachet minim de servicii comunitare integrate în localitatea dvs. ? Dar a pachetului de educație incluzivă de calitate?
3. Care sunt factorii care împiedică implementarea unui asemenea pachet minim de servicii comunitare integrate în localitatea dvs.? Dar a pachetului de educație incluzivă de calitate?

## GHID DE INTERVIU - ACTORI LA NIVEL LOCAL

*Primar/secretar primărie, asistent social, medic, director de școală*

*Bună ziua,*
*Sunt …….și reprezint ICCV, care realizează un studiu despre activitățile implementate în cadrul proiectului derulat de primăria/școala.... cu sprijinul UNICEF și despre modul în care acestea au răspuns nevoilor copiilor și familiilor lor/școlilor. Ne dorim să aflăm părerile voastre despre această temă.*

**Cunoașterea modelului**

1. Cunoașteți proiectul sprijinit de UNICEF în comunitatea dvs.? În ce constă? Care sunt obiectivele? Care sunt rezultatele așteptate pentru comunitatea dvs.? Care sunt principalele rezultate ale proiectului obținute până acum în comunitate dvs.?
2. Care sunt principalele activități derulate în comunitatea dvs.? Dar în școală? (principalele servicii furnizate, categorii de beneficiari)
3. Ce personal este implicat în derularea activităților proiectului la nivelul comunității dvs.? Dar în școală? (număr, statut – angajat ½ normă, angajat 1 normă, etc.) Cum apreciați numărul

acestora raportat la nevoile comunității? Membrii comunității apelează la lucrătorii comunitari?

4. Există proiecte sociale/de sănătate/educaționale derulate în comunitate de alte organizații? În ce constau acestea? Care este diferența dintre acestea și proiectul sprijinit de UNICEF?

**Participare**

1. Cum a fost implicată comunitatea (primăria, școala, medicii de familie, cetățenii etc.) în implementarea proiectului? (ex. implicarea comunității locale în viața școlii; relația cu autoritățile locale, cu părinții)
2. Care au fost/sunt principalele probleme în ce privește implicarea actorilor comunitari în proiect?
3. Cum colaborați cu echipa proiectului din localitatea dvs.? Dar cu coordonatorii județeni ai proiectului? În ce constă această colaborare?
4. Care sunt actorii implicați în structura comunitară consultativă în localitatea dvs? Cum funcționează această structură – cât de des se întâlnește, ce teme se discută, cum se asigură participarea actorilor locali, există responsabilități etc?
5. Participați la consultări cu responsabilii pe domeniul social/ educație/ medical de la instituțiile județene sau consiliul județean? (Detaliere: cât de des, ce teme se discută etc.)
6. Au proiecte comune cu alte școli din alte localități/ din localitate? (ce tip de proiecte?)
7. Există la nivelul primăriei un cadru/un plan pentru a asigura colaborarea dintre instituțiile cu responsabilități în domeniul protecției copilului/femeii gravide? În ce constă acesta?

**Eficacitate**

1. Care au fost principalele probleme în implementarea proiectului la nivelul comunității dvs.? Care credeți că sunt cauzele acestor probleme?
2. Au existat întârzieri în implementarea proiectului? Care au fost cauzele?
3. Care sunt aspectele care ar trebui îmbunătățite la proiectul sprijinit de UNICEF astfel încât să răspundă într-o măsură mai bună nevoilor copiilor/femeilor gravide/școlilor din comunitatea dvs?
4. Ați elaborat aplicații pentru micro granturile oferite prin proiect? Ce fel de probleme ați adresat/dorit să rezolvați prin aceste micro granturi? Cât de utile sunt micro-granturile pentru administrația locală? Dar pentru școală?
5. Care sunt principalele beneficii ale proiectului pentru administrația locală/școală?
6. Care sunt principalele beneficii pentru comunitatea dvs. (beneficiari și familiile lor, cetățeni, instituții etc)?

**Relevanță**

1. În ce măsură pachetul minim de servicii comunitare integrate dezvoltat prin proiectul sprijinit de UNICEF răspunde nevoilor copiilor/femeilor gravide din localitatea dvs.?
2. Ce alte nevoi ale copiilor/femeilor gravide sunt neacoperite în comunitate?
3. Care dintre activitățile proiectului răspund cel mai bine nevoilor copiilor/femeilor gravide din comunitatea dvs. ? Ce alte activități considerați că ar trebui implementate pentru a răspunde nevoilor copiilor/femeilor gravide din comunitate?
4. În ce măsură pachetul de educație incluzivă de calitate implementat prin proiectul sprijinit de UNICEF răspunde nevoilor copiilor și școlilor din localitatea dvs.? Ce alte nevoi ale copiilor/școlilor sunt neacoperite în comunitate?

**Sustenabilitate**

1. Care sunt factorii care favorizează implementarea unui asemenea pachet minim de servicii comunitare integrate în localitatea dvs.? Dar al celui de educație incluzivă de calitate?
2. Care sunt factorii care împiedică implementarea unui asemenea pachet minim de servicii comunitare integrate în localitatea dvs.? Dar al celui de educație incluzivă de calitate?
3. După finalizarea proiectului considerați că se va putea continua furnizarea serviciilor comunitare integrate/implementarea educației incluzive de calitate în comunitatea dvs.? Dacă DA, cum? Dacă NU, de ce?
4. Ați identificat alte surse de finanțare pentru adresarea problemelor sociale sau de sănătate sau educaționale ale comunității?
5. Ce condiții credeți că ar trebui să îndeplinească o localitate rurală/urbană din România pentru a implementa un asemenea proiect?

## GHID DE INTERVIU - ACTORI LA NIVEL JUDEȚEAN

*DGASPC, DSP, CJRAE, ISJ, CJ, ONG, GAL*

*Bună ziua,*
*Sunt …….și reprezint ICCV, care realizează un studiu despre activitățile implementate în cadrul proiectului derulat de administrațiile publice locale și școlile din 45 de comunități din județul Bacău cu sprijinul UNICEF și despre modul în care acestea au răspuns nevoilor membrilor comunității și unităților de învățământ. Ne dorim să aflăm părerile voastre despre această temă.*

**Cunoașterea modelului**

1. Cunoașteți proiectul sprijinit de UNICEF în localități din județul dvs? În ce constă? Ce își propune proiectul? Care sunt rezultatele obținute până acum?
2. Personalul implicat în proiect este suficient pentru serviciile oferite? Dar pentru numărul beneficiarilor din comunități?
3. Există proiecte sociale pentru copii și familiilor lor/de sănătate/educaționale derulate în județ de alte organizații? În ce constau acestea? Care este diferența dintre acestea și proiectul sprijinit de UNICEF?

**Participare**

1. Cum s-a implicat instituția dvs în implementarea proiectului? Care au fost principalele probleme în implicarea instituției în proiect?
2. Cum au fost implicate instituțiile publice de la nivel județean (DGASPC/ISJ/CJRAE/DSP) în implementarea proiectului? Care au fost/sunt principalele probleme în ce privește implicarea instituțiilor publice de la nivel județean în proiect (se vor menționa instituțiile județene implicate)?
3. Puteți menționa și plus valoarea implicării acestor instituții de la nivel județean în proiect?
4. Cum colaborați cu coordonatorii județeni ai proiectului? În ce constă această colaborare?
5. Cum colaborați cu autoritățile locale? În ce constă această colaborare?
6. Există la nivel județean un cadru/un plan pentru a asigura colaborarea dintre instituțiile cu responsabilități în domeniul protecției copilului/educației? În ce constă acesta?

**Eficacitate**

1. Care au fost principalele probleme în implementarea proiectului la nivelul județului? Care credeți că sunt cauzele acestor probleme?
2. Care sunt principalele beneficii ale proiectului pentru județul dvs?
3. Care sunt aspectele care ar trebui îmbunătățite la proiectul sprijinit de UNICEF astfel încât să răspundă într-o măsură mai bună nevoilor copiilor din județul dvs?/Ce ați schimba la proiectul sprijinit de UNICEF?
4. Dacă analizați modalitatea în care se furnizează serviciile sociale în județul dvs, ce puteți spune că s-a schimbat prin acest proiect?
5. Dacă analizați modalitatea în care se furnizează consilierea școlară în județul dvs, ce puteți spune că s-a schimbat prin acest proiect?
6. Dacă analizați modalitatea în care se furnizează asistența medicală comunitară în județul dvs, ce puteți spune că s-a schimbat prin acest proiect?

**Relevanță**

1. În ce măsură pachetul de educație incluzivă de calitate implementat prin proiectul sprijinit de UNICEF răspunde nevoilor școlilor existente în județul dvs/copiilor și familiilor lor din județul dvs?
2. În ce măsură pachetul minim de servicii comunitare integrate dezvoltat prin proiectul sprijinit de UNICEF răspunde nevoilor copiilor existente în județul dvs?
3. În ce măsură pachetul minim de servicii comunitare integrate dezvoltat prin proiectul sprijinit de UNICEF răspunde nevoilor femeilor însărcinate în situații de risc existente în județul dvs?

**Sustenabilitate**

1. Care sunt factorii care favorizează implementarea unui asemenea pachet minim de servicii comunitare integrate în județul dvs? Dar al celui de educație incluzivă de calitate?
2. Care sunt factorii care împiedică implementarea unui asemenea pachet minim de servicii comunitare integrate în județul dvs? Dar al celui de educație incluzivă de calitate?
3. Care sunt elemente dezvoltate în proiectul sprijinit de UNICEF pe care le-ați preluat deja în practica de zi cu zi a instituției dvs?
4. După finalizarea proiectului considerați că se va putea continua implementarea pachetului minim de servicii comunitare integrate în județul dvs? Dacă DA, cum? Dacă NU, de ce?
5. După finalizarea proiectului considerați că se va putea continua implementarea pachetului de educație incluzivă în județul dvs? Dacă DA, cum? Dacă NU, de ce?
6. Cum considerați ca ar putea fi acoperită finanțarea pentru resursele umane implicate? Cine ar trebui să o furnizeze?
7. Ați identificat alte surse de finanțare pentru adresarea problemelor de bază sociale specifice județului dvs.? Dar pentru cele de sănătate? Dar pentru cele educaționale?
8. Considerați că pachetul minim de servicii comunitare integrate poate fi dezvoltat și în alte localități ale județului? Dacă DA, cum? Dacă NU, de ce?
9. Considerați că pachetul de educație incluzivă de calitate poate fi dezvoltat și în alte localități ale județului? Dacă DA, cum? Dacă NU, de ce?
10. Ce condiții ar trebui să îndeplinească o localitate rurală din România pentru a implementa un asemenea proiect? Dar una urbană?

## GHID DE INTERVIU - ACTORI LA NIVEL NAȚIONAL

*ANPDCA, MENCȘ, MMFPSPV, MDRAP, MS, IOMC, BM, mass media, Cancelaria Prim Ministrului, INS, ONG*

*Bună ziua,*

*Sunt …….și reprezint ICCV, care realizează un studiu despre activitățile derulate în cadrul proiectului implementat de administrațiile publice locale și școlile din 45 de comunități din județul Bacău cu sprijinul UNICEF și despre modul în care acestea au răspuns nevoilor membrilor comunității și unităților de învățământ. Ne dorim să aflăm părerile dumneavoastră despre această temă.*

**Cunoașterea modelului**

1. Cunoașteți proiectul ”Incluziune socială prin furnizarea unui model integrat de servicii comunitare” derulat cu sprijinul UNICEF în județul Bacău? Ce își propune proiectul? Ce rezultate ale proiectului cunoașteți? (Cum ați aflat de rezultatele proiectului?)
2. Care sunt elementele inovatoare aduse de proiectul sprijinit de UNICEF față de alte inițiative de acest tip dedicate copiilor?
3. Ce aduce nou pachetul minim de servicii comunitare integrate/educația incluzivă de calitate dezvoltat prin proiectul sprijinit de UNICEF față de abordarea propusă prin proiectele finanțate din fonduri europene? Dar față de abordarea propusă prin strategiile în domeniu (Strategia Națională privind Incluziune Socială și Reducerea Sărăciei, Strategia Națională pentru protecția şi promovarea drepturilor copilului, Strategia, Strategia privind reducerea părăsirii timpurii a școlii)?

**Eficacitate**

1. Dacă ne raportăm la obiectivele politicilor naționale în domeniu ... în ce măsură proiectul sprijinit de UNICEF contribuie la atingerea acestora?

**Sustenabilitate**

1. Care sunt factorii care favorizează implementarea unui asemenea pachet minim de servicii comunitare integrate? Dar al celui de educație incluzivă de calitate?
2. Care sunt factorii care împiedică implementarea unui asemenea pachet minim de servicii comunitare integrate? Dar al celui de educație incluzivă de calitate?
3. Considerați că pachetul minim de servicii comunitare integrate poate fi extins la nivel național? Dacă DA, cum? Dacă NU, de ce?
4. Ce fel de măsuri (legislative, schimbări în construcția instituțională etc) ar fi necesare pentru generalizarea pachetului minim de servicii comunitare integrate la nivel național?
5. Considerați că pachetul de educație incluzivă de calitate poate fi extins la nivel național? Dacă DA, cum? Dacă NU, de ce?
6. Ce fel de măsuri (legislative, schimbări în construcția instituțională etc) ar fi necesare la nivel național pentru generalizarea pachetului de educație incluzivă de calitate?
7. Care sunt elemente dezvoltate în proiectul sprijinit de UNICEF care ar putea fi preluate în practica de zi cu zi a instituțiilor publice?
8. Cunoașteți aplicația AURORA utilizată în proiectul sprijinit de UNICEF? Dacă DA, cât de utilă vi se pare pentru identificarea nevoilor și centralizarea intervențiilor la nivelul beneficiarilor? În ce măsură AURORA poate fi preluată de instituțiile publice de resort?
9. Cum considerați ca ar putea fi asigurată finanțarea pentru resursele umane implicate? Cine ar trebui să o furnizeze?

## GHID INTERVIU - REPREZENTANȚII ORGANIZAȚIILOR PARTENERE

*HOLTIS, Agenția Împreună, ISE, STEP by STEP, ARACIP, CPSS*

*Bună ziua,*
*Sunt …….și reprezint ICCV, care realizează un studiu despre activitățile derulate în cadrul proiectului implementat de administrațiile publice locale și școlile din 45 de comunități din județul Bacău cu*

*sprijinul UNICEF și despre modul în care acestea au răspuns nevoilor membrilor comunității și unităților de învățământ. Ne dorim să aflăm părerile voastre despre această temă.*

**Cunoașterea modelului**

1. Care sunt elementele inovatoare dezvoltate prin proiectul sprijinit de UNICEF?

**Participare**

1. Cum a fost implicată organizația dvs. în implementarea proiectului sprijinit de UNICEF – pe ce componentă, care au fost principalele activități în care ați fost implicați? Pentru ce interval de timp?
2. Sunt activități pe care le-ați face altfel? Cum considerați că poate fi îmbunătățit produsul/serviciile furnizat/e de dvs?
3. Cum s-a implicat comunitatea (membrii comunității, școala, administrația locală, medicul de familie) în activitățile proiectului sprijinit de UNICEF pe care le-a derulat organizația dvs?
4. Desfășurați în acest moment în județul Bacău proiecte complementare celui sprijinit de UNICEF? Dacă DA, în aceleași localități ca ale proiectului sprijinit de UNICEF? Ce fel de proiecte?

**Eficacitate**

1. Care au fost principalele probleme cu care v-ați confruntat dvs/organizația dvs în implementarea activităților proiectului în școli/în comunități? Care credeți că sunt cauzele acestor probleme?
2. Care au fost beneficiile pentru organizația dvs. în urma implicării în proiectul sprijinit de UNICEF?
3. Care sunt principalele beneficii ale proiectului pentru administrația locală/școală/serviciile de asistență socială/serviciile de sănătate? Dar pentru comunitate?

**Relevanță**

1. În ce măsură pachetul minim de servicii comunitare integrate dezvoltat prin proiectul sprijinit de UNICEF răspunde nevoilor copiilor și familiilor acestora?
2. În ce măsură pachetul de educație incluzivă de calitate dezvoltat prin proiectul sprijinit de UNICEF răspunde nevoilor școlilor?
3. Care sunt aspectele care ar trebui îmbunătățite la proiectul sprijinit de UNICEF astfel încât să răspundă într-o măsură mai bună nevoilor copiilor/școlilor?

**Sustenabilitate**

1. Care sunt factorii care favorizează implementarea unui asemenea pachet minim de servicii comunitare integrate? Dar cei care favorizează implementarea unei educații incluzive de calitate?
2. Care sunt factorii care împiedică implementarea unui asemenea pachet minim de servicii comunitare integrate? Dar cei care împiedică implementarea unei educații incluzive de calitate?
3. Care sunt elemente dezvoltate în proiectul sprijinit de UNICEF care pot fi preluate în practica de zi cu zi a instituțiilor publice/a organizațiilor dvs.? În ce măsură AURORA poate fi preluat de instituțiile publice (doar pentru CPSS)?
4. Cum considerați ca ar putea fi asigurată finanțarea pentru resursele umane implicate? Cine ar trebui să o furnizeze?

5. Considerați că pachetul minim de servicii comunitare integrate poate fi dezvoltat și în alte localități? Dacă DA, cum? Dacă NU, de ce?
6. Considerați că pachetul de educație incluzivă poate fi dezvoltat și în alte localități? Dacă DA, cum? Dacă NU, de ce?

## ANEXA 6. AVIZUL COMISIEI DE ETICĂ

## ANEXA 7. ECHIPA MTR

Înființat în 1990, ca parte a Institutului Național de Cercetări Economice „Costin C. Kirițescu”, sub egida Academiei Române, Institutul de Cercetare a Calității Vieții este una dintre cele mai importante instituții de cercetare socială la nivel național. ICCV are o experiență considerabilă în culegerea, analiza și interpretarea datelor sociale. Cu un colectiv de cercetători înalt calificați, institutul realizează cercetări fundamentale pe o paletă largă de teme precum: calitatea vieții și indicatori sociali, educație, sănătate, politici sociale și incluziune sociale, ocupare, dezvoltare socială, economie socială și antreprenoriat social, capital social etc. În calitate de instituție de referință în mediul de cercetare și socio-economic național, ICCV a acordat o atenție deosebită problemelor sociale ale populației României, în special celor cu care se confruntă grupurile vulnerabile precum copiii, tinerii, vârstnicii sau minoritățile etnice. Rezultatele cercetărilor ICCV au fost publicate în peste 220 de volume și 1000 de studii publicate în jurnale naționale și internaționale, precum și în peste 300 de rapoarte, inclusiv analize dedicate publicului larg. În cursul celor peste 25 de ani de activitate, ICCV a derulat numeroase proiecte de cercetare, accesând fonduri naționale sau internaționale (de ex. Fondul Social European, programe cadru ale UE – FP6, scheme naționale de finanțare gestionate de UEFISCDI) și a colaborat cu numeroase instituții de cercetare din țară și din străinătate.

### SERVICII OFERITE

ICCV acordă consultanță de specialitate, contribuie la dezvoltarea instituțională și la elaborarea legislației în domeniul social, precum și la evaluarea măsurilor de politică publică atât la nivel național, cât și la nivel european. Experiența extinsă a cercetătorilor ICCV este confirmată și de numărul semnificativ de parteneriate cu instituții publice, inclusiv Președinția, Guvernul României, agenții ale administrației publice centrale și locale, institute de cercetare și universități din România și din străinătate și cu organizații internaționale precum Banca Mondială, UNICEF, PNUD sau OIM. ICCV derulează studii la nivel local, regional și național pentru organizații publice și private pe diverse teme:

- Calitatea vieții
- Sărăcie și incluziune socială
- Educație
- Asistență socială
- Sănătate
- Stratificare socială
- Grupuri vulnerabile (copii, tineri, vârstnici, roma etc.)
- Migrație
- Economie socială
- Valori
- Capital social
- Muncă, ocupare, șomaj
- Evaluare de programe și politici sociale

## METODE DE CERCETARE

Portofoliul ICCV include studii care au utilizat următoarele metode de cercetare:

- Anchete față în față și on-line
- Interviuri în profunzime față în față
- Focus grupuri față în față
- Studii de caz
- Analiza de conținut
- Analiza datelor secundare

ICCV are o experiență notabilă în utilizarea metodelor mixte de cercetare și lucrul cu diverse instrumente simultan. Unele dintre proiectele recente ale ICCV, care confirmă acest lucru, sunt:

- Proiect: *A Comparative Perspective on Precarious Prosperity and Household Strategies in Romania and Switzerland in Times of Economic Strain*.
    - Finanțare: Swiss National Science Foundation & UEFISCDI. Parteneri: Universitatea din Neuchatel, Elveția; Ianuarie 2013-iunie 2016.
    - Componenta calitativă: 100 interviuri în profunzime cu gospodăriile aflate în prosperitate precară, desfășurate în două valuri (2013 și 2015; abordare longitudinală);
    - Componenta cantitativă: monitorizarea modificărilor indicatorilor subiectivi și obiectivi al calității vieții în România și în Elveția pentru a determina categoria socială aflată între sărăcie și prosperitate și a evalua modul în care această categorie a experimentat recenta criză economică.
- Proiect: *Inclusiv-Activ-Eficient*
    - Finanțare UEFISCDI; Parteneri: HOLT România, Asociația Catalactica, Agenția pentru Dezvoltare Comunitară ”Împreună”; Iulie 2012-iunie 2016.
    - Componenta cantitativă: anchete realizate pe eșantioane de 1227 de subiecți (populație adultă) la nivel național și 280 de reprezentanți ai organizațiilor de economie socială din regiunile de dezvoltare Nord-Est, Sud-Est și București-Ilfov;
    - Componenta calitativă: 30 de interviuri cu reprezentanți ai organizațiilor de economie socială, 20 de interviuri cu experți în economie socială, 6 focus grupuri.
- Proiect: *Prometheus – Promovarea economiei sociale în România prin cercetare, educație și formare profesională la standarde europene.*
    - Finanțare: FSE, POSDRU 2007-2013. Beneficiar Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile. Parteneri: Universitatea din București- Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, EURICSE Italia, Centrul Național de Pregătire în Statistică; Septembrie 2010-Septembrie 2013.
    - Componenta cantitativă: sondaj efectuat asupra a 2994 entități ale economiei sociale (1132 cooperative de consum, meșteșugărești, de credit, 794 asociații agricole, 556 obști/composesorate, 512 case de ajutor reciproc ale salariaților și pensionarilor), analiza datelor secundare privind REGIS (baza de date cu informații fiscale a Institutului Național de Statistică) pentru 29226 de entități ale economiei sociale în 2010.

- Componenta calitativă: 12 studii de caz privind entitățile de economie socială, 8 focus grupuri cu reprezentanți ai entităților de economie socială, 30 interviuri în profunzime.

Alte proiecte relevante derulate de ICCV în ultimii cinci ani:

- Proiect: *Schimbarea socială sub impactul migrației internaționale: modele valorice, participare civică și politică, satisfacția cu viața*. 2011-2015. Metode: analiză secundare de date utilizând seturi de date comparative la scară largă (European Values Survey, World Values Survey).
- Proiect: *Calitatea Vieții și inegalitățile sociale în România în perspectivă comparativă europeană: douăzeci de ani de transformări sociale*. Finanțare: UEFISCDI, Octombrie 2011-Octombrie 2014. Componentă cantitativă: analiza longitudinală a domeniilor majore ale calității vieții – Diagnoza calității vieții (1990-2010), EQLS, seria Eurobarometru.
- Proiect: *Un sprijin necesar pentru elevii romi și turci din județul Constanța.* Beneficiar: Școala „Spiru Haret" din Medgidia. Parteneri: Școala „Spiru Haret" din Medgidia, Consiliul Local Medgidia. Septembrie 2010-Iunie 2011. Componentă calitativă: focus grup cu părinți și foc grup cu profesori în fiecare dintre cele opt școli incluse în studiu.
- Proiect: *Sociolog pe piața muncii*. Beneficiar: Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Iunie – Septembrie 2010. Componenta cantitativă: *tracer study* cu absolvenți de sociologie – sondaj online cu 2343 de absolvenți din perioada 1992-2008 (656 chestionare valide).

O componentă importantă a activității ICCV o constituie designul și evaluarea programelor și politicilor sociale. ICCV a contribuit la elaborarea diferitelor programe și strategii anti sărăcie adoptate atât de Administrația Prezidențială, cât și de Guvern. Câteva dintre evaluările ICCV sunt enumerate în continuare:

- Evaluarea impactului programelor oferite de REF și partenerii săi prin intermediul unei anchete de tip panel aplicată pe trei eșantioane: un grup experimental (alcătuit din copiii beneficiari ai programelor și familiile acestora) și două grupuri de control – în cadrul proiectului *Pe locuri, fiți gata, start! – creșterea rezultatelor privind dezvoltarea timpurie a copiilor romi.*
- Evaluarea politicilor publice în domeniul învățământului profesional și tehnic din România. Beneficiar: Graffiti BBDO pentru OMV Petrom; Mai-Decembrie 2016.
- Evaluarea capacități de advocacy a Federației Naționale „Omenia" a Caselor de Ajutor Reciproc ale Pensionarilor din România, în cadrul proiectului *Vârsta a treia – o prioritate pe agenda publică,* care a inclus și un proces de panificare strategică participativă a strategiei de advocacy a Federației; Martie 2015-Aprilie 2016.
- Evaluarea implementării Strategiei Naționale pentru Romi 2011-2013. Beneficiar Agenția Națională pentru Romi; 2014.
- Evaluarea capacități Agenției Naționale pentru Romi de a coordona propriile activități, inclusiv gestionarea fondurilor europene. Beneficiar: Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Vârstnicilor; 2013-2014.
- Evaluarea ex-post a sprijinului FSE 2000-2006 în cadrul Metodei Deschise de Coordonare în domeniul protecției sociale și incluziunii sociale, analiza proiectelor FSE în întreaga UE. Beneficiar: Comisia Europeană – Direcția Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale și Egalitate de Șanse; 2009.

## ECHIPA

ICCV lucrează cu o echipă dinamică de sociologi, absolvenți ai Facultății de Sociologie și Asistență Socială a Universității din București, precum și cu consultanți externi cu experiență vastă în proiecte sociale. De asemenea, membrii echipei au absolvit programe de masterat, doctorat și alte cursuri în domeniul științelor sociale și al sănătății în țară și în străinătate. Membrii echipei au experiență de lucru atât cu metode cantitative, cât și cu metode calitative de cercetare, în proiectarea și derularea de cercetări sociale și evaluări și o cunoaștere solidă a sistemelor de protecție socială, educație și sănătate și a reformelor în aceste domenii.

**Claudia Petrescu** este cercetător științific II în cadrul ICCV și absolventă a Facultății de Sociologie și Asistență Socială din cadrul Universității din București, cu un doctorat în Sociologie obținut în cadrul aceleiași facultăți (2010) cu teza „Participare publică și dezvoltare locală". Claudia Petrescu are peste 12 ani experiență în implementarea proiectelor de cercetare în domenii precum educație, dezvoltare comunitară, servicii sociale, economie socială și calitatea vieții. Are expertiză în analiza de politici publice, evaluare de proiecte şi programe, proiectarea cercetării, metode de cercetare cantitativă și calitativă, elaborarea rapoartelor de cercetare, dar și în coordonarea proiectelor de cercetare. A lucrat ca expert de cercetare în numeroase programe derulate de ONG-uri din România (FDSC, World Vision, FPDL, FSD), dar și organizații internaționale (UNDP, UNICEF). Claudia Petrescu a proiectat și implementat numeroase evaluări ale programelor educaționale și de dezvoltare comunitară, dintre care amintim:

- Evaluarea politicilor publice în domeniul învățământului profesional și tehnic din România. Beneficiar: Graffiti BBDO pentru OMV Petrom; Mai-Decembrie 2016.
- Evaluarea capacități de advocacy a Federației Naționale „Omenia" a Caselor de Ajutor Reciproc ale Pensionarilor din România, în cadrul proiectului *Vârsta a treia – o prioritate pe agenda publică,* care a inclus și un proces de panificare strategică participativă a strategiei de advocacy a Federației; Martie 2015-Aprilie 2016.
- Evaluarea implementării programului „Cornul și laptele" și analizarea oportunității introducerii programului „Școală după școală". Beneficiar: World Vision România, Iunie – septembrie 2010.
- Evaluarea ex-post a sprijinului FSE 2000-2006 în cadrul Metodei Deschise de Coordonare în domeniul protecției sociale și incluziunii sociale, analiza proiectelor FSE în întreaga UE. Beneficiar: Comisia Europeană – Direcția Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale și Egalitate de Șanse; 2009.
- „Copiii României" – evaluare de impact. Beneficiar: World Vision România, Septembrie-noiembrie 2009.
- „Mai întâi copiii" – evaluare intermediară și re-design al proiectului. Beneficiar: World Vision România; Mai-iunie 2008 și februarie-aprilie 2009.
- Programul de dezvoltare a zonei Constanța – evaluare inițială. Beneficiar: World Vision România; Octombrie-Noiembrie 2008.
- Program de dezvoltare a Comunităților de romi (evaluare în comunitatea Bălțești). Beneficiar: Fundația pentru o Societate Deschisă; Ianuarie-martie 2008.

**Vlad Achimescu** este absolvent al Universității din București (2010), cu un master în Metode de cercetare socială și al Universității KU Leuven (2016) cu un master in statistică și o teză privind analiza multinivel a excluziunii sociale. În calitate de cercetător studii cantitative, Vlad Achimescu a colaborat

cu o serie de instituți de cercetare publice și private din România, a coordonat numeroase sondaje realizate față în față, telefonic sau on-line, concentrându-se mai ales asupra etapelor de eșantionare, prelucrare și analiza datelor. Studiile în care a fost implicat acoperă tematici dintre cele mai diverse, de la educație și integrarea tinerilor absolvenți pe piața muncii, la excluziune socială și cultură politică. Din august 2016 Vlad Achimescu este asistent de predare și cercetare în cadrul catedrei de Statistică și metodologie a Universității din Mannheim.

**Eugen Glăvan** este este doctor în Sociologie din anul 2012 al Facultății de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea din București, cu o teză de doctorat intitulată „Imaginea spațiului rural în societatea românească". Lucrează în prezent ca cercetător științific III în cadrul Institutului de Cercetare a Calității Vieții, Academia Română, având interese în zona sociologiei vizuale și a studiilor rurale. A fost implicat în proiecte de cercetare având ca domenii înțelegerea publică a științei (2008-2010), stratificarea socială (2008-2011) sau economia socială (2013-2014). Printre preocupările recente se numără studii referitoare la activitățile economice tradiționale cum ar fi creșterea albinelor (2015) și rețelele sociale (2017).

**Gabriela Neagu** cercetător II, ICCV, doctor in sociologie (2011, cu teza "Șanse de acces la educație în societatea românească actuală). Principalele domenii de interes sunt sociologia educației, mobilitatea socială, structura socială, tranziția de la școală la piața muncii, integrare socio-profesională. Aceste teme de interes au fost analizate în articole (Journal of Innovation in Psychology, Education and Didactics, Vol. 19, 2/2015; Gabriela Neagu, *Transition from school to the labor market - an analysis on the basis of qualitative date;* Romanian Journal for Multidimensional Education, Volume 7 1/ 2015, Gabriela Neagu *Public policies of professional integration of young people in the EU and in Romania;*Mediterranean Journal of Social Sciences, Vol 5, 22/2014;) sau volume (Gabriela Neagu, 2 *Şanse de acces la educaţie în societatea românească actuală*, 2012, Editura Lumen, Iaşi;Cace, S. (coord), Gabriela Neagu, C.Raţ, A.Ivasiuc (autori), *Politici de incluziune a romilor din statele membre ale UE,* Editura Institutul European din România,2014, Bucureşti; M.Larionescu, I.Mărginean, Gabriela Neagu *Constituirea clasei mijlocii în România*, Editura Economică, 2007, Bucureşti). Activitatea de cercetare a constat și în participarea la diferite proiecte de cercetare cu finanțare națională sau internațională în calitate de coordonator sau membru al echipei de cercetare (*Studiu asupra măsurilor prevăzute în Strategia Guvernamentală de Îmbunătăţire a Situaţiei Romilor,* 2012, proiect finanţat de organizaţia Policy Center for Roma and Minorities, Bucureşti;*Un sprijin necesar pentru elevii de etinie roma şi turcă din judeţul Constanţa,* ICCV, contract finanţat POSDRU, 2010- 2012; *Polarizarea accesului populaţiei la serviciile de educaţie şi sănătate, sursă a sărăcirii în viitor,* ICCV, contract finanţat MEC prin programul VIASAN (Viaţă şi sănătate), 2003-2005).

**Adriana Neguț** este cercetător științific III în cadrul ICCV. A primit titlul de doctor în Sociologie (2012) la Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, cu o teză de doctorat privind Evaluarea programelor sociale în România. Adriana Neguț are experiență în proiecte de cercetare care acoperă domenii precum dezvoltare comunitară, economie socială, ocuparea forței de muncă, educație, echilibru între viața profesională și viața privată. Proiectele din ultimii ani includ un studiu privind factorii care influențează ocuparea forței de muncă în rândul populației de etnie romă (2010), o analiză a fenomenului de mobbing și hărțuire la locul de muncă (2010-2011), o cercetare asupra modului în care economia socială poate ajuta grupurile vulnerabile să aibă acces la oportunități pe piața muncii (2012-2016), un studiu privind învățământul profesional și tehnic în România (2016).

**Gabriel Stănilă** este sociolog, doctorand al Universității București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială. Deține o bogată experiență în implementarea proiectelor de cercetare în domenii precum educație, dezvoltare locală și regională, incluziune socială, economie socială și calitatea vieții vârstei a treia. Are experiență de peste opt ani în cercetare sociologică, participând la elaborarea metodologiei de cercetare, culegerea datelor și analiza acestora. Proiectele din ultimii ani includ o analiză a ocupării rurale neagricole (2011), un studiu privind rolul programelor de tip școală după școală în educația copiilor din mediul rural (2011), studii de caz privind entitățile de economie socială (2011, 2013) și învățământul profesional și tehnic în România (2016).

**Cristina Vladu** este expert in sănătate publică cu o experiență puternică în definirea de politici de sănătate la nivel local, național și internațional (mai mult de 15 ani), dezvoltare socială/combaterea sărăciei (mai mult de 5 ani). Dr. Vladu are o experiență puternică în designul, implementarea, monitorizarea și evaluarea de proiecte și programe, a gestionat sau a implementat evaluări de programe pentru un număr de organizații cum ar fi Forumul European al Pacienților, Institutul Băncii Mondiale, Banca Mondială, Organizația Mondială a Sănătății, Fondul Romîn de Dezvoltare Socială. De asemenea, ca înalt funcționar public în cadrul Ministerului Sănătății, Dr. Vladu a contribuit la evaluarea rapidă și redefinirea programelor naționale de sănătate. Dr. Vladu are o foarte bună înțelegere a abordării cadrului logic – a fost formator și a aplicat în practică acest concept în majoritatea demersurilor profesionale.

## 9. REFERINȚE BIBLIOGRAFICE


Apostu, O., Balica,M., Fartusnic, C., Florian, B., Horga, I., Voinea, L., (2012). *Copiii care nu merg la școală, O analiză a participării la educație în învățământul primar şi gimnazial*, Institutul de Științe ale Educației, Editura Universitară.

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Bacău. (2014). *Strategia județeană de dezvoltare a serviciilor sociale pentru perioada 2014-2020.*

European Commission. (2015). *Education and Training Monitor 2015 Romania*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EUROSTAT. (2017). *2015 GDP per capita in 276 EU regions. Newsrelease 52/2017*. Disponibil online la http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7962764/1-30032017-AP-EN.pdf/4e9c09e5-c743-41a5-afc8-eb4aa89913f6.

Lazăr, F. (2015). *Profilul asistenților sociali din România*. Timișoara: Editura de Vest.

Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV) și SERA România. (2013). *Studiu conclusiv, bazat pe evaluarea la nivel național a DGASPC, SPAS şi a altor instituții şi organizații implicate în sistemul de protecție a copilului*. Disponibil online la https://www.sera.ro/seraromania/images/Raport-final-studiu-conclusiv.pdf.

Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV). (2015). Evoluții în domeniul asistenței sociale în anul 2015. Buletin statistic. Disponibil online la http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin_statistic/Asistenta_2015-f.pdf.

Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale (MMFPS) și IRECSON. (2011). Stadiul dezvoltării serviciilor sociale în 2011. Evaluarea stadiului dezvoltării sistemului național de servicii sociale din România. Disponibil online la http://profitpentruoameni.ro/wp-content/uploads/2012/08/Stadiul-Serviciilor-sociale-in-2011_Irecson-WEB.pdf.

Preda, M. (coord.).Buzducea, D., Fărcășanu, D., Grigoraș, V., Lazăr, F. și Rentea, G. C. (2013). Analiza situației copiilor din România. UNICEF, București: Vanemonde.

Swinkels, R. (coord). 2015. *Atlasul zonelor urbane marginalizate din România*. București: MDRAP.

Teșliuc, E., Grigoraș, V. Și Stănculescu, M. (coord). (2016). *Atlasul Zonelor Rurale Marginalizate şi al Dezvoltării Umane Locale din România*. București: World Bank Group.

Teșliuc, E., Grigoraș, V. Și Stănculescu, M. (coord). (2015). *Studiu de fundamentare pentru Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020*. București: World Bank Group.

UNICEF. (2015). UNICEF Procedure for Ethical Standards in Research, Evaluation, Data Collection and Analysis. Disponibil online la https://www.unicef.org/supply/files/ATTACHMENT_IV-UNICEF_Procedure_for_Ethical_Standards.PDF

United Nations Evaluation Group (2016). *Norms and Standards for Evaluation.* New York: UNEG. Disponibil online la http://www.unevaluation.org/2016-Norms-and-Standards

Voicu, B., Tufiș, C. (2016). *In-depth assessment of the social, health, and education status of children and their families in target areas of the Bacău county. Baseline report.*