INV.1340 Donație

Comitetul de sponsori: Academia Română, Departamentul pentru Protecția Copilului, UNICEF, Comisia Europeană, Consiliul Europei, USAID, Banca Mondială

3627 / 224p = copilul în soc.

Pentru o societate centrată pe copil

Raport realizat de Institutul de Cercetare a Calității Vieții

Coordonator: Cătălin Zamfir

Contribuție specială: Elena Zamfir

Autori:

Doru Buzducea, Adrian-Nicolae Dan, Rodica Ghețău, Antoaneta Ioniță, Vanda Mărgărit, Marian Preda, Nina Tolstobrach, Cristian Vlădescu, Cătălin Zamfir, Elena Zamfir

– București, iunie 1997 –

INSTITUTUL DE CERCETARE A CALITĂȚII VIEȚII
CENTRUL DE INFORMARE ȘI DOCUMENTARE
PENTRU POLITICI SOCIALE ȘI CALITATEA VIEȚII
Calea 13 Septembrie nr. 13, sector V București

Editura Alternative
ISBN: 973-9216-27-7

CUPRINS

ISTORIA PROIECTULUI 7

PENTRU O SOCIETATE CENTRATĂ PE COPIL – *Direcții de acțiune* 9

Partea I Copilul - o valoare centrală în societate

Capitolul 1. COPILUL ÎN SOCIETATEA ACTUALĂ: O SCHIMBARE DE OPTICĂ

1.1. De ce copilul trebuie să fie în centrul unei griji speciale a colectivității 15
1.2. Principiile grijii pentru copii 16

Partea a II-a Copilul în familie și servicii de suport pentru copil

Capitolul 2. STANDARDUL DE VIAȚĂ AL COLECTIVITĂȚII ȘI BUNĂSTAREA COPILULUI

2.1. Moștenirea regimului socialist 21
2.2. Dinamica economiei în primii ani ai tranziției 21
2.3. Standardul de viață al populației 1989-1996 22
2.4. Consecință: explozia sărăciei 24
2.5. Locuința și efectele ei asupra bunăstării copilului 25
2.6. Perspectivele standardului de viață 26
2.7. Situația copiilor după 1989 26
2.8. Efectele sărăciei asupra copiilor 28

Capitolul 3. PROFILUL POLITICII SOCIALE DE SUPORT A COPIILOR: RĂSPUNSURI INEGALE PE FONDUL LIPSEI UNEI STRATEGII DE ANSAMBLU

3.1. Politica de protecție a copiilor în regimul socialist 29
3.2. După 1989: o politică confuză de suport pentru copil 29
3.3. Explicația configurației politicii de suport pentru copii 32
3.4. Un factor cu influență contradictorie: cultura grijii față de copii – între supra-responsabilitate și abandon 35
3.5. Suportul occidental pentru copiii din România 35
3.6. Suportul social pentru copil: rezultate și puncte critice 36

Capitolul 4. PENTRU UN SISTEM COMPREHENSIV DE SUPORT FINANCIAR AL COPILULUI ȘI FAMILIEI CU COPII

4.1.Presupozițiile suportului pentru copil 38
4.2.Politica demografică: un argument în plus pentru o politică universalistă și generoasă de suport a familiilor cu copii 38
4.3. Componentele majore ale programului de sprijin pentru copii 39
4.3.1. Alocațiile pentru copii 39
4.3.2. Reduceri ale impozitării în funcție de numărul de copii 42
4.3.3. Creșterea suportului iîn naturăi 42
4.3.4. Alocație pentru îngrijirea copiilor 42
4.3.5. Suportul social bazat pe testarea mijloacelor 43
4.3.6. Suport pentru mamele singure 43
4.3.7. Sprijin pentru obținerea unei locuințe 44
4.3.8. Suport prin crearea de locuri de muncă, inclusiv în activități de interes public 46
4.4. O schimbare de atitudine social-politică față de suportul pentru familiile cu mulți copii 47

Capitolul 5. SISTEMUL DE SERVICII DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

5.1. Asistența socială: cel de al treilea serviciu social vital pentru dezvoltarea copilului 48
5.2. Funcțiile serviciilor de asistență socială 48
5.3. Context istoric și internațional 48
5.4. Principii generale de organizare a serviciilor de asistență socială 49
5.5. Situația actuală a reformei serviciilor de asistență socială 50
5.6. Caz: serviciile sociale pentru copii la nivel județean 51
5.7. O strategie de dezvoltare a sistemului serviciilor sociale 52
5.7.1. Principii/condiții fundamentale pentru construcția serviciilor sociale 52
5.7.2. Probleme ale formării resurselor umane ale sistemului de servicii sociale 53
5.8. Principiul teritorialității în organizarea serviciilor de asistență socială 54
5.9. Organizarea la nivel local 54
5.9.1. Planul de dezvoltare socială locală: cadru de funcționare a serviciilor de asistență socială 54
5.9.2. Bugetul social local 54
5.9.3. Servicii sociale de asistență teritoriale/comunitare 55
5.10. Serviciile sociale județene 56
5.11. Nivel național 57
5.11.1. Funcțiile nivelului național 57
5.11.2. Organisme naționale 58

Capitolul 6. EDUCAȚIA COPILULUI

6.1. Efortul financiar de susținere a învățământului și participarea școlară 60
6.2. Efecte demografice asupra educației 61
6.3. Educația pe categorii de vârstă 62
6.4. Concluzii și direcții de acțiune 69

Capitolul 7. SĂNĂTATEA MAMEI ȘI COPILULUI

7.1. Sănătatea mamei și copilului înainte de 1989 71
7.2. Sănătatea mamei și copilului după 1989 72
7.3. Reforma serviciilor de sănătate și impactul său asupra serviciilor pediatrice 81

Partea a III-a Copilul separat de familie

Capitolul 8. ABANDONUL COPILULUI

8.1. Explozia abandonului în ultima perioadă a regimului socialist 86
8.2. Instituționalizarea - răspunsul preferat la situația de abandon a copilului în regimul socialist 87
8.3. Contrar așteptărilor, după 1989 abandonul a tins, cel puțin relativ, să crească 87
8.4. Cauzele creșterii abandonului în primii ani ai tranziției 89
8.5. Schimbările în răspunsul la abandon: după 1989 91

Capitolul 9. COPIII ÎN INSTITUȚII

9.1. Patternul instituțiilor pentru copii: moștenirea socialistă 96
9.2. Efectele formei moștenite de instituționalizare asupra copiilor 97
9.3. Instituțiile pentru copii după 7 ani de schimbări 98
9.4. Probleme și blocaje în schimbarea instituțiilor publice pentru copii 103
9.5. Schimbări de abordare 106

Capitolul 10. DIRECȚII ALE REFORMEI SISTEMULUI DE SPRIJIN PENTRU COPILUL SEPARAT DE FAMILIE

10.1. Responsabilitatea față de copii în decizia de a avea copii 108
10.2. Prevenirea separării copilului de familie 108

10.3. Clarificarea, simplificarea și umanizarea procedurilor de declarare a abandonului 109
10.4. Dezvoltarea formelor de adopție și plasament familial 110
10.5. Reforma instituțiilor pentru copii 112
10.6. Variabila cheie a reformei în domeniul copilului 116

Partea a IV-a Copilul în situații de risc

Capitolul 11. ABUZUL ASUPRA COPILULUI

11.1. Dinamica percepției și atitudinii față de abuz la nivel internațional 120
11.2. Forme de abuz 120
11.3. Situația din România: între confuzie și lipsa cadrului legislativ 121
11.4. Posibile mecanisme de intervenție 123
11.5. Direcții de acțiune: pentru o strategie coerentă de prevenire, combatere și recuperare a copilului abuzat 123

Capitolul 12. COPIII STRĂZII

12.1.Situația actuală 124
12.2. Direcții de acțiune: prevenție, reintegrare și programe de suport punctual ca elemente ale unei strategii naționale de eradicare totală a fenomenului 126

Capitolul 13. COPIII CU SIDA

13.1. Un fenomen exploziv: cauze și consecințe 128
13.2. Tipuri de probleme/insuficiențe 129
13.3. Pentru un program național de protecție a copiilor cu HIV/SIDA 129

Capitolul 14. COPIII CU DIZABILITĂȚI

14.1. Clarificări conceptuale 134
14.2. Copiii cu dizabilități în timpul regimului socialist 135
14.2.1. Analiza Legii 3/1970 din perspectiva bunăstării copiilor cu dizabilități 135
14.3. Situația copiilor cu dizabilități după 1989 138
14.3.1. Cadrul general 138
14.3.2. Cadrul legislativ 138
14.3.3. Copilul cu dizabilități de la naștere până la împlinirea vârstei de 3 ani 149
14.3.4. Copilul 3-18 ani 151
14.3.5. Contribuția organizațiilor nonguvernamentale la bunăstarea copilului cu dezabilități 153

Capitolul 15. DELINCVENȚA JUVENILĂ

15.1. Câteva caracteristici ale fenomenului infracționalității juvenile în România 155
15.2. Sistemul de măsuri educative și pedepse 156
15.3. Reforma pentru ținerea sub control a fenomenului delincvenței juvenile 160

ISTORIA PROIECTULUI

Situația societății românești din ultimii ani a fost caracterizată de un decalaj dramatic între aspirații și posibilități, între nevoia percepută de a reacționa ferm și structurat și paralizia capacității de a reforma structurile profunde ale acțiunii colective. În mod special, copilul a fost o temă de stres continuu în acest spațiu de așteptări și deziluzii.

Începând cu 1990, copiii din România au constituit o temă privilegiată a atenției opiniei publice naționale și internaționale.

Multe acte legislative și normative au fost adoptate de către Parlamentul și Guvernul român. Fonduri suplimentare au fost atribuite pentru diferitele categorii de copii aflați în dificultate. Instituții internaționale (UNICEF, Comisia Europeană, Consiliul Europei), guverne occidentale, organizații non-guvernamentale străine au arătat nu numai simpatie și suport moral, dar au acordat un important sprijin material și tehnic, în forme dintre cele mai diferite.

Din proprie inițiativă, dar mai ales stimulată de partenerii din Occident, comunitatea din România a inițiat o mulțime de acțiuni în favoarea copilului. S-au constituit zeci și chiar sute de organizații non-guvernamentale românești având ca obiectiv suportul pentru copil.

Și totuși, în perioada de 7 ani ce s-a scurs de la răsturnarea regimului socialist, copilul a fost una dintre categoriile sociale cel mai grav afectate de dinamica tranziției.

Sursele acestei situații trebuie căutate în multiple planuri.

Situația copilului este rezultatul unui complex de factori: dinamica întregii societăți și în mod special a economiei, politica socială, atitudinea colectivității față de copil, aranjamentele instituționale și administrative, mediul internațional juridic, politic și cultural cu care România interacționează.

Una dintre componentele ce nu pot fi ignorate este o anumită evoluție a valorilor, normelor, standardelor juridice privitoare la copil. Această evoluție exprimă o maturizare rapidă a întregii comunități internaționale și este concretizată în convenții internaționale (Convenția ONU asupra Drepturilor Copilului), convenții regionale (convenția Uniunii Europene), standarde culturale cu privire la grija și responsabilitatea față de copil. România poartă în propriul său proces rapid de evoluție modernă și europeană asemenea standarde. Ea și le-a asumat totodată juridic și politic semnând diferitele convenții internaționale. Pe de altă parte, România, în aspirația sa de a accede la structurile unei Europe unite, este supusă unor probe de performanță în domeniul atitudinii față de copil.

Protecția copilului în momentul de față are pentru România și o valoare simbolică. Ea poate demonstra întegii noastre comunități nu numai voința de a rezolva împreună o problemă crucială, dar și capacitatea de a acționa în acest domeniu, capacitate în legătură cu care ultimii ani au produs multe dezamăgiri.

Colectivitatea românească a făcut eforturi remarcabile, dublate de suportul Occidentului și a organismelor internaționale. Multe resurse, din cele mai variate zone, au fost investite în programe pentru copii în România. Luate fiecare în parte, rezultatele lor pozitive sunt indubitabile. Pe ansamblu, situația este însă mai degrabă confuză. În ciuda eforturilor deosebite, rezultatele sunt inegale. Alături de îmbunătățiri spectaculoase stau eșecuri, paralizii greu de explicat, probleme grave ignorate, tendințe de regres. Problemele se dovedesc a fi surprinzător de persistente. S-au acumulat experiențe și practici remarcabile. Capacitatea lor de a se

replica și difuza este însă surprinzător de scăzută. Apar blocaje neașteptate în sistemul instituțional, dificultăți în închegarea și în promovarea unor reforme de anvergură. La dificultățile impuse de economie, se adaugă confuzia generală a politicilor sociale în cei 7 ani care au trecut de la Revoluție. Există o prea mare dispersie a responsabilităților care se anulează reciproc, în timp ce alte zone ale problematicii copilului sunt complet neacoperite.

Percepția acestei situații complexe a copilului a stat la baza declanșării acestui proiect. Academia Română a oferit cu generozitate patronajul ei întregului proiect care a fost realizat în cadrul Institutului de Cercetare a Calității Vieții, de către o echipă formată din specialiști din diferite instituții, în majoritate cei de la Facultatea de Sociologie, Psihologie, Științe ale Educației și Asistență socială a Universității București.

Obiectivul proiectului, așa cum a fost stabilit de grupul de inițiativă format din Reprezentanța UNICEF în România, Delegația Comisiei Europene, Consiliul Europei, USAID, Banca Mondială și Departamentul pentru Protecția Copilului (fost CNPC) al Guvernului României, ar putea fi formulat în următorii termeni:

- identificarea experiențelor pozitive acumulate în România și a posibilității de replicare și difuzare a lor.
- identificarea punctelor critice în configurația actuală a situației copilului, a surselor blocajelor din diverse domenii și schițarea liniamentelor unei strategii coerente de abordare a problematicii copilului.
- în mod special, interesul cade pe ceea ce noi am considerat a fi în momentul actual variabilele strategice cheie ale procesului: opțiunile la nivel organizațional, instituțional, legislativ și politic.

Concluzia cea mai importantă a analizei noastre este că dificultatea majoră a situației actuale a copilului rezidă în incapacitatea sistemului de a se reforma, de a dezvolta o strategie coerentă, de a prelua experiențele pozitive acumulate.

Proiectul s-a dezvoltat printr-un continuu dialog și parteneriat cu numeroși specialiști și factori de decizie din domeniu. În final, raportul a fost discutat pe capitole în 6 seminarii la care au participat în jur de 350 de specialiști. Pe lângă aceste seminarii cu o largă participare, au fost organizate discuții în grupuri mai mici, pe temele cheie ale raportului, cu numeroși alți specialiști. Toți aceștia pot fi considerați coautori ai acestui raport. Rațiunea raportului este de a-i sprijini pe cei implicați în dezvoltarea unei strategii guvernamentale coerente în domeniul copilului, începând cu Departamentul pentru Protecția Copilului.

Prima parte a proiectului – analiza situației copilului și a politicilor de suport – a fost finalizată, în linii generale, în decembrie 1996. Este de înțeles deci că Raportul de față reflectă situația de până la acea dată.

În mod special, echipa ține să aducă mulțumirile sale Reprezentanței UNICEF în România. Prezentă extrem de activ în țara noastră încă din primele zile ale lui 1990, Reprezentanța UNICEF a oferit nu numai un suport continuu, dar a fost și un partener activ, plin de inițiative. Nu există practic sector al acestui vast domeniu în care Reprezentanța UNICEF să nu fi fost prezentă cu suport tehnic, dar și moral, să nu fi inițiat programe dintre cele mai eficiente. În acest sens, nu putem să nu recunoaștem cu întreaga gratitudine contribuția importantă (în multiple planuri, inclusiv în cel al orientării analizei) a dnei Maie Ayoub von Kohl, director al Reprezentanței UNICEF în România, dlui Stanislaw Czaplicki, coordonator al acestui program al Reprezentanței UNICEF și responsabil din partea acesteia pentru proiect; dnei R. Padmini, expert al UNICEF care pe parcursul proiectului a făcut importante sugestii.

Se cuvine, de asemenea, să recunoaștem cu gratitudine suportul personal pe care echipa l-a resimțit pe tot parcursul activității sale din partea d-nei Karen Fogg, șeful delegației Comisiei Europene în România, și d-nei Camelia Gheorghe, responsabilă din partea Reprezentanței Comisiei Europene pentru acest proiect.

Întregul proiect a fost susținut financiar de către Reprezentanța UNICEF în România și de către Comisia Europeană, în cadrul programului PHARE.

Este de la sine înțeles, însă, că raportul în forma sa finală exprimă punctul de vedere al echipei care l-a realizat și care își asumă întreaga responsabilitate pentru conținutul său.

Raportul prezent are două surse: analiza realizată de echipă în perioada iulie-decembrie 1996 și o analiză a politicii de suport a copilului realizată în prima parte a lui 1996 de Elena Zamfir, Cătălin Zamfir și Marius-Augustin Pop.

Deși fiecare membru al echipei s-a ocupat în mod special de un aspect sau altul, activitatea de analiză și de redactare a raportului a reprezentat efectiv un produs colectiv. Menționăm contribuțiile distincte pentru elaborarea anumitor capitole după cum urmează: **capitolul 1**: Elena Zamfir și Cătălin Zamfir; **capitolul 2**: Cătălin Zamfir și Adrian-Nicolae Dan; **capitolul 3**: Cătălin Zamfir; **capitolul 4**: Cătălin Zamfir și Adrian-Nicolae Dan; **capitolul 5**: Elena Zamfir și Cătălin Zamfir; **capitolul 6**: Marian Preda; **capitolul 7**: Cristian Vlădescu; **capitolele 8, 9, 10**: Elena Zamfir și Antoaneta Ioniță; **capitolele 11, 12, 13**: Doru Buzducea; **capitolul 14**: Vanda Mărgărit; **capitolul 15**: Rodica Ghețău. Nina Tolstobrach a asistat cu sugestii și date în multe puncte ale procesului de analiză. Marian Preda a fost secretarul coordonator al proiectului, iar Adrian-Nicolae Dan s-a ocupat de organizarea dezbaterilor finale și a preluat responsabilitatea de secretar redacțional al Raportului. Coordonarea activității de analiză și de redactare a întregului Raport i-a revenit lui Cătălin Zamfir.

15 mai 1997

PENTRU O SOCIETATE CENTRATĂ PE COPIL. DIRECȚII DE ACȚIUNE

Copilul – o valoare centrală a societății românești. Copilul reprezintă o valoare centrală a familiei românești. Dacă însă privim lucrurile din punctul de vedere al politicilor sociale naționale, sistemul de valori este mai degrabă contradictoriu. În ciuda opțiunii explicite de a pune copilul în centrul preocupărilor societății și a unor măsuri politice consecvente acestui principiu generos, ultimele decenii ale regimului socialist au constituit o perioadă confuză, caracterizată de tendințe contradictorii în această privință. Promovarea unor servicii sociale publice cum sunt învățământul și sănătatea și a unui suport universalist pentru familiile cu copii s-au bucurat de un suport colectiv quasiunanim. Opțiuni politice nepopulare (politica violent pronatalistă etc.) au creat însă reacții negative față de unele forme de suport pentru copil, suspectate a fi contraproductive. După 1989, confuzia din politicile sociale, atât la nivel de principiu, cât și la nivel de practică instituțională a împiedicat o orientare politică globală centrată pe copil. Pentru a crea o societate centrată pe copil trebuie realizată o convergență valorică între individ, familie, comunitate, societate; aceasta presupune o schimbare nu numai culturală, dar și politică și organizațională.

Variabila cheie a reformei în domeniul copilului presupune dezvoltarea unei strategii guvernamentale coerente, globale, de asigurare a bunăstării copilului având ca punct de plecare nevoile și drepturile copilului, indiferent dacă el este în familie sau separat de aceasta.

1. Dezvoltarea unei politici coerente și eficiente de suport a copilului.

Din această perspectivă, următoarele puncte sunt critice:

- **Elaborarea unei strategii politice coerente**. În ultimul timp s-au acumulat elemente ale unei asemenea strategii: *Planul național de acțiune în favoarea copilului* adoptat de Guvern în 1995; *Strategia Departamentului de Protecție a copilului* adoptată de Guvern în 1997; *Măsurile de sprijin financiar a familiilor cu copii* promovate de Ministerul Muncii și Protecției Sociale. A tins să se cristalizeze la nivelul societății o nouă înțelegere și atitudine față de copil. Este, însă, vital în momentul de față a se dezvolta o strategie complexă de suport pentru copil, atât globală cât și sectorială, bazată pe principii explicite care să nu se mai afle sub semnul conjuncturii politico-economice și a aranjamentelor instituționale existente.

- **Elaborarea și promovarea unui sistem legislativ coerent și unitar de suport pentru copil. Elaborarea unei legi unice a copilului** așa cum există în multe țări occidentale este o opțiune examinată de mulți actori politici. Deși s-au adoptat modificări legislative care promovează principii moderne, se resimte acut lipsa unei legislații coerente. Există încă reglementări vechi, depășite, care creează mari dificultăți. Sunt zone esențiale neacoperite legislativ, dar și suprapuneri și paralelisme. Sunt contradicții grave în reglementările prezente. Este momentul reconsiderării întregii legislații, dintr-o perspectivă coerentă care să dea formă juridică strategiei politice globale de suport a copilului. Este important, de asemenea, ca noua legislație să nu conțină doar principii abstracte și dezirabilități, ci să definească mijloace organizaționale, resurse și responsabilități precise.

- **Elaborarea unei strategii organizaționale coerente la nivel de Guvern.** După 7 ani de la Revoluție, una dintre piedicile structurale în calea promovării unei politici coerente este o fragmentare excesivă a responsabilităților în ceea ce privește copilul. Este imperios necesară dezvoltarea unui mecanism eficient de coordonare a activității tuturor organismelor guvernamentale cu responsabilități în sfera copilului.

- **O strategie coerentă și unificată de suport financiar a copiilor și familiilor, în forme financiare directe sau indirecte, prin bunuri și servicii.** Credem că ar fi eficientă o unificare, pe cât posibil, a alocațiilor bugetare în favoarea copilului, pentru o mai rațională și flexibilă utilizare a lor între diferitele programe. Aici trebuie incluse atât transferurile financiare către familii prevăzute de lege, cât și formele de suport financiar ocazional și finanțarea diferitelor programe pentru copiii în situații de nevoie. Indiferent dacă o activitate se desfășoară la nivel național sau local, bugetul național trebuie să prevadă explicit propria lui contribuție. Actuala metodă de descentralizare prin delegarea responsabilității autorităților locale, inclusiv a celei financiare, este de natură a crea puternice crize în viitor. Este imperativ necesar să fie dezvoltat un sistem mai complex de bugetare a organismelor puterii locale. Altfel, descentralizarea nu va reprezenta decât o tehnică a Guvernului de a scăpa de unele probleme, plasându-le autorităților locale fără a contribui la rezolvarea lor.

- **Dezvoltarea unui nou mix de responsabilități la nivel național/local, specific celor mai noi metode de administrație.** Descentralizarea trebuie realizată cu fermitate, dar, în același timp, și susținută cu resurse financiare și tehnice. Încurajarea responsabilității locale, a inițiativei și creativității trebuie dublată de noi tipuri de responsabilități adoptate la nivel național: bugetarea unor programe de importanță națională, asigurarea realizării unei politici naționale, dezvoltarea unor standarde de calitate omogene și obligatorii, dezvoltarea unui cadru legislativ adecvat, oferirea de resurse tehnice și profesionale, supervizarea respectării drepturilor generale și sectoriale.

- **Deschiderea la vârf a guvernării, spre o democrație participativă.** La nivel național, guvernul trebuie să se sprijine pe o constelație de instituții care să realizeze convergența dintre guvernare și comunitate prin diferitele ei segmente reprezentative. Crearea pentru diferite funcții executive a unor organisme participative/consultative (*buffer institutions*), în care experiența acumulată în segmentele semnificative ale colectivității să fie imbinată cu opțiunile politice ale guvernării, reprezintă un pas decisiv spre deplasarea de la un stat birocratic spre unul structural democrat. În aceste organisme trebuie reprezentate segmente ale colectivității ca: mediul universitar, cercetarea științifică, specialiștii care lucrează în sectorul în cauză, reprezentanți ai beneficiarilor, ai diferitelor grupuri interesate, ai organizațiilor nonguvernamentale. Asemenea organisme, de regulă cu caracter consultativ, pot face propuneri de politică în domeniul respectiv, pot propune standarde de calitate, dezvolta proceduri tehnice, stabili standarde de pregătire profesională, evaluarea și acreditarea diferitelor instituții guvernamentale sau non-guvernamentale. Asemenea organisme necesare sunt: **Consiliul pentru proceduri și standarde în serviciile de asistență socială, Consiliul de evaluare a situației copilului și de propuneri de politici sociale de suport, Consiliul de evaluare și acreditare a organizațiilor nonguvernamentale cu activitate în domeniul protecției copilului.**

- **Dezvoltarea competențelor și responsabilităților la nivel local.** Este în curs a se desfășura o adevărată „revoluție" în administrarea problemelor publice. O asemenea revoluție trebuie susținută masiv, tehnic, managerial și organizațional.

2. O centrare mai sistematică a școlii pe copil. În momentul de față este esențial de realizat o centrare mai fermă a școlii pe nevoile reale ale copilului, o schimbare rapidă a școlii în spiritul unei societăți libere și democratice. Câteva puncte sunt esențiale în acest proces:

- Accelerarea procesului de reformă a școlii, pentru o mai bună adaptare a ei într-o dublă direcție: a. O orientare mai fermă a învățământului spre nevoile unei economii de piață, a unei societăți democratice care caută să-și construiască structuri civile ca bază a unei reale democrații participative. b. O adaptare mai bună a învățământului la nevoile complexe ale tinerilor. Creșterea diversității ofertei de învățământ este singura cale de depășire a tendințelor elitiste al căror rezultat îl reprezintă pierderea motivațională a unui important segment al tinerilor care nu regăsesc cu claritate răspunsul la propriile lor nevoi în oferta școlară.

- Prevenirea și eradicarea analfabetismului juvenil. Asigurarea unei participări totale la învățământul obligatoriu și a unei înalte participări la gradele medii și superioare de învățământ. Diminuarea abandonului școlar și instituirea unor forme de revenire în sistemul de învățământ a celor care au

abandonat școala (de exemplu, urmând modelul „second-chance school" dezvoltat în Uniunea Europeană). Din acest punct de vedere, trebuie tratată cu toată seriozitatea **polarizarea motivațională** care caracterizează participarea școlară: un important segment de tineri puternic motivați să participe la forme superioare de învățământ și un segment, în creștere, cu interes scăzut de participare chiar la învățământul elementar. Această polarizare motivațională se poate dovedi o sursă impotantă a unei viitoare polarizări a societății românești.

- Dezvoltarea consecventă a unei atmosfere școlare centrată pe copil: nevoile copilului sunt prioritare; respectul pentru personalitatea sa este o valoare centrală, suportul pentru dezvoltarea copilului este obiectivul ultim al școlii. Formele autoritare de disciplinare a copiilor vor trebui identificate și eliminate.

3. Sănătate pentru copii. România are de recuperat în acest domeniu un handicap important. Starea de sănătate a mamei și copilului – reflectată în indicatori precum: mortalitatea infantilă, mortalitatea maternă, morbiditate de diferite tipuri (mai ales boli tipice sărăciei ca tuberculoza, bolile infecțioase), malnutriție, subdezvoltare fizică – se plasează la o cotă alarmantă. Pentru ameliorarea acestei situații este necesară o acțiune energică pe multiple planuri. În afara abordării terapeutice axate pe tratament medicamentos și intervenții bazate pe tehnică medicală modernă, care vor putea fi furnizate pe măsura constituirii resurselor bugetare ale colectivității, există câteva variabile strategice care este esențial să fie considerate și care, în condiții de restricții economice, ar putea să îmbunătățească situația copilului:

- Un factor general: o societate caracterizată prin grija față de copil va spori prin ea însăși gradul de sănătate a copilului.
- Asigurarea accesului universal, gratuit și neproblematic, al copiilor la serviciile de asistență medicală, prin includerea acestor servicii în pachetul minim garantat de către stat.
- Deplasarea într-o mai mare măsură a asistenței medicale către comunitate și familie. Dezvoltarea funcțiilor personalului mediu de asistență sanitară în educația sanitară a familiei și copilului, în administrarea tratamentului medical în familie, în prevenirea îmbolnăvirii și în medierea contactului cu instituțiile medicale specializate.
- Minimizarea perioadei de spitalizare a copilului și dezvoltarea capacității de tratament ambulatoriu.
- Deplasarea accentului serviciilor de sănătate de la abordarea curativă, reactivă, către o abordare proactivă, centrată pe serviciile profilactice și de educație pentru sănătate, adresate mamei și copilului. Creșterea culturii medico-sanitare a populației și în mod special a mamelor este de o importanță capitală.
- Restructurarea sistemului sanitar care să permită creșterea calității serviciilor medicale și punerea lor pe o bază de responsabilitate mai ridicată.
- Încurajarea internării mamei împreună cu copilul.

4. Dezvoltarea celui de-al treilea pilon al serviciilor sociale: sistemul de servicii de asistență socială. Dacă învățământul și sănătatea au primit o anumită atenție în regimul socialist, nu același lucru se poate spune și despre serviciile de asistență socială. După o lungă perioadă de ignorare completă a rolului asistenței sociale profesionale în sistemul de protecție socială, în 1990 și anii următori s-au luat o serie de măsuri de reconsiderare a importanței acestui sector al serviciilor sociale. În momentul actual, în ceea ce privește dezvoltarea unui sistem național coerent și articulat de servicii de asistență socială, guvernul nu are nici o strategie. Singura experiență notabilă poate fi găsită în domeniul prevenirii abandonului copiilor și al dezinstituționalizării. Pe ansamblu, nu există însă nici o concepție clară în acest domeniu. Este o chestiune de urgență absolută dezvoltarea unei concepții strategice de dezvoltare a serviciilor publice de asistență socială. Acestea trebuie să se realizeze pe două direcții distincte:

- **Servicii de asistență socială teritoriale, cu un profil global, în subordinea autorităților locale.** Acestea trebuie dezvoltate pe baza unei strategii naționale care să utilizeze standarde și proceduri de lucru unitare și să fie înalt profesionalizate.
- **Servicii de asistență socială specializată.** O atenție sporită trebuie acordată angajării de asistenți sociali în instituții ca: spitale, maternități, școli, tribunale, închisori.

Serviciile de asistență socială sunt vitale pentru a crește eficiența întregului sistem de suport și protecție socială, pentru crearea unei societăți organic umaniste, centrate pe copil. El poate să îmbine abordarea profesională cu mobilizarea resurselor comunitare.

5. O politică energică de prevenire și reducere a fenomenului de abandon. Nivelul abandonului este excesiv de ridicat în România, mai ales raportat la scăderea dramatică a natalității. Serviciile de asistență socială, dublate de politica de suport financiar a familiilor cu copii trebuie să dezvolte o strategie coerentă de prevenire a abandonului.

- Responsabilizarea părinților pentru decizia de a avea copii.
- Suport material, social și moral pentru familiile cu risc de a-și abandona copiii.
- O atenție specială trebuie acordată mamelor singure.
- Prevenirea separării copiilor de familie, pentru motive medicale dincolo de nevoile stricte ale tratamentului medical.
- Dezvoltarea unor servicii de asistență la domiciliu (pentru ajutarea mamei tinere/părinților la treburile gospodărești, ingrijirea nou-născuților și a copiilor mici etc.), a unor centre de zi, centre familiale.
- Dezvoltarea serviciilor de planificare familială în cadrul rețelei Ministerului Sănătății și creșterea accesibilității la acestea.
- Dezvoltarea rețelei asistentelor de ocrotire din cadrul Ministerului Sănătății, în vederea oferirii de suport medical și sanitar și consiliere de specialitate familiilor cu copii mici și viitoarelor mame.
- Dezvoltarea unor servicii de asistență socială la nivel local, care să ofere un suport material și social de tip profesional familiilor în situație cu risc de a-și abandona copiii.
- Instituirea formei de acordare a consimțământului pentru adopție sau plasament familial de la părinții care nu doresc/nu pot să-și crească copilul, pentru a se evita situația de abandon și consecințele asociate acestuia, și dezvoltarea unor servicii de consiliere pentru acești părinți.

6. Clarificarea, simplificarea și umanizarea procedurilor de rezolvare a situației de abandon. Prevenirea abandonului trebuie să fie o prioritate absolută. După epuizarea tuturor posibilităților de prevenire a abandonului, trebuie intervenit eficace, având în vedere mereu interesul suprem al copilului prin:

- Operarea procedurilor de abandon în maniera cea mai favorabilă pentru copil.
- Dezvoltarea unei politici agresive de promovare a adopțiilor naționale.
- Pregătirea părinților, încă înainte de nașterea copilului, cu privire la importanța declarării nașterii acestuia și a domiciliului lor, în vederea obținerii actelor de identitate ale copilului.
- Simplificarea formalităților de stabilire legală a identității copilului abandonat, de eliberare a certificatului de naștere.
- Plan individual asupra perspectivelor fiecărui copil abandonat: identificarea posibilităților de adopție și declanșarea unui proces rapid de adopție; aranjamente provizorii: familii de plasament, așezăminte de tip familial etc.
- După epuizarea tuturor încercărilor de adopție națională poate urma promovarea adopțiilor internaționale, dar cu toate asigurările necesare că nevoile și drepturile copilului vor fi respectate, iar adopția se face în interesul copilului.

7. Prevenirea plasării copilului în instituții. Este necesar a se acționa în două direcții:

- Sprijin complex (material, juridic, consiliere etc.) oferit familiilor aflate în situația de a-și plasa copiii în instituții.
- Promovarea alternativelor la instituționalizare: adopție și plasament familial (de urgență, pe termen scurt, mediu și permanent).

8. Reforma instituțiilor pentru copii. Este absolut necesară dezvoltarea unui program național de reformă a instituțiilor pentru copii, care să cuprindă:

- Definirea cu claritate a misiunii instituțiilor pentru copii, adaptarea și centrarea lor pe nevoile și drepturile copilului, oferind astfel oportunități maxime pentru dezvoltarea lui.
- Stabilirea criteriilor de acreditare a instituțiilor pentru copii, de monitorizare și evaluare a activității acestora.
- Transformarea instituțiilor pentru copii în așezăminte de tip familial, care să pregătească și să formeze copilul pentru a putea deveni un adult responsabil prin: reducerea dimensiunilor instituției pentru copii; micșorarea numărului de copii la o grupă; introducerea unor planuri individuale de îngrijire și dezvoltare a copilului; implicarea copiilor în procesul de luare a deciziilor, în funcție de vârstă și stadiul de dezvoltare; încurajarea menținerii legăturii copilului cu familia și prietenii prin vizite reciproce; asigurarea continuității și stabilității îngrijirii (menținerea fraților și surorilor în aceeași grupă, fluctuația cât mai redusă de personal etc); dezvoltarea identității de sine a copilului (lucruri personale pentru fiecare copil, aniversarea zilelor de naștere, albume de fotografii etc); dezvoltarea conceptului de lucrător-cheie/persoana de referință, care trebuie să fie elementul de reper al copilului); dezvoltarea simțului responsabilității și al proprietății copilului; învățarea unor deprinderi de viață și implicarea copiilor în activități de tip

familial (pregătirea hranei, curățenia), în funcție de vârstă și stadiul lor de dezvoltare.

- Dezvoltarea relațiilor cu comunitatea, conștientizarea și implicarea acesteia în rezolvarea problemelor copiilor din instituțiile pentru copii prin acțiuni comune, vizitarea instituțiilor pentru copii de către membrii comunității.
- Continuarea grijii comunității pentru copilul care părăsește instituția pentru copii.
- Crearea unor case de tineret, care să asigure tinerilor cu vârste cuprinse între 16-18 ani, tranziția între instituția pentru copii și viața independentă prin: autogospodărire, contribuție financiară în raport cu venitul, învățarea unei meserii.
- Elaborarea unui set de standarde de calitate a serviciilor oferite copiilor, stabilirea indicatorilor specifici de evaluare a calității acestor servicii, dezvoltarea metodologiei și procedurilor de lucru în instituțiile pentru copii.
- Deschiderea instituțiilor către colectivitate, încurajarea pe toate căile a participării copiilor la viața socială din afara instituției.
- Asigurarea formării de personal specializat în instituțiile pentru copii și introducerea atestării periodice.
- Stabilirea criteriilor de admitere a copiilor în instituțiile pentru copii.

9. Dezvoltarea urgentă a unei strategii de intervenție în cazul copiilor abuzați. Există un segment semnificativ de copii care, în familiile lor, nu beneficiază nici de cele mai elementare condiții de viață decentă și, mai mult, sunt supuși unor factori de natură a deforma și mutila personalitatea lor: abuz (neglijare, abuz fizic, sexual, emoțional), exploatare economică, forțare de a practica activități degradante (cerșit, prostituție). Există semne îngrijorătoare în legătură cu abuzuri grave asupra copiilor aflați în instituții. Este urgentă dezvoltarea unui sistem de prevenire a abuzului și de protecție a copiilor abuzați.

10. Este esențială o acțiune coerentă, energică și susținută pentru eradicarea cvasitotală a fenomenului „copiii străzii".

11. Asigurarea unei locuințe pentru fiecare familie și a unor condiții decente de locuit tuturor copiilor.

- Construirea, în scurt timp, a unui număr suficient de locuințe sociale și de necesitate, care să fie acordate familiilor în situație de criză.
- Determinarea familiilor ce au nevoie urgent de o locuință și rezolvarea cu prioritate a acestor situații.
- Acordarea de credite, cu dobândă avantajoasă, pentru cumpărarea de locuințe, în special tinerelor familii.

12. Prevenirea fermă a delincvenței care afectează copiii: atât în calitatea lor de victimă, cât și în cea de autor.

- Revizuirea Codului Penal în ceea ce privește criminalitatea care implică copii: înăsprirea pedepselor pentru actele care au ca victimă copilul și a celor care instigă/ atrag copiii în acte criminale.
- Sensibilizarea, responsabilizarea și conștientizarea societății românești pentru perceperea corectă a fenomenului delincvenței juvenile și a copilului victimă.
- Măsuri energice de prevenire a criminalității juvenile și a repetării faptei.
- Reforma radicală a sistemului juridic și adaptarea sa la cerințele de recuperare socială a infractorilor juvenili. Modernizarea și umanizarea procesului de judecată, a sistemului de măsuri educative și pedepse, cu accentuarea evitării socializării într-o cultură criminală, a evitării stigmatizării; dezvoltarea capacităților de reintegrare într-o viață normală.
- Schimbarea mentalității în ceea ce privește participarea minorului la acte criminale. El nu mai trebuie privit pur și simplu ca complice, ci în primul rând ca victimă.
- Constituirea unor complete de judecată permanente sau secții specializate pentru copii în cadrul instanțelor existente sau a unor instanțe specializate, de-sine-stătătoare, pentru copil.
- Însoțirea minorului în instanță de către asistentul social, ca martor.
- Restructurarea modelului actual al instituționalizării minorului delincvent, prin demilitarizarea penitenciarelor.

13. Reforma întregului sistem de suport pentru copiii cu diferite forme de dizabilități. Două principii fundamentale trebuie avute în vedere:

INSTITUTUL DE CERCETARE A CALITĂȚII VIEȚII
CENTRUL DE INFORMARE ȘI DOCUMENTARE
PENTRU POLITICI SOCIALE ȘI CALITATEA VIEȚII
Calea 13 Septembrie nr. 13, sector V, București

- Tratarea copilului cu dizabilități în primul rând ca copil, cu nevoi globale similare cu ale oricărui copil.
- Organizarea unui mediu de viață normal, sensibil la nevoile lui – și a unui sistem de servicii de sprijin care să îi asigure condiții optime de dezvoltare și pregătire pentru viața independentă de adult.

14. Dezvoltarea unui parteneriat operațional între structurile guvernamentale și organizațiile neguvernamentale prin:

- Acreditarea organizațiilor neguvernamentale ce oferă servicii competente în domeniul copilului și sprijinul financiar al acestora.
- Evaluarea periodică a serviciilor oferite de aceste organizații, în conformitate cu standardele de calitate elaborate în acest scop.
- Constituirea unor comisii multidisciplinare alcătuite din reprezentanți ai structurilor guvernamentale și ai organizațiilor neguvernamentale, pentru elaborarea propunerilor legislative și a celor privind standardele de calitate a serviciilor oferite copiilor, criteriile de acreditare a instituțiilor pentru copii, indicatorii specifici de evaluare a calității serviciilor pentru copii.

15. Formarea personalului. Pentru a asigura suportul necesar copilului, pe lângă dragoste și resurse, este nevoie și de competență. Este necesară asigurarea personalului specializat atât într-o gamă profesională largă, cât și în număr suficient. Unele profesii trebuie reconsiderate la nivelul ultimelor standarde mondiale și reabilitate ca prestigiu social. Este necesară elaborarea unei politici naționale articulate de formare a personalului: stabilirea profilurilor profesionale, a modalităților și condițiilor de formare profesională și de perfecționare continuă; elaborarea de criterii profesionale de angajare care să excludă angajarea personalului fără pregătire de specialitate, inclusiv în pozițiile de conducere ale sistemului; dezvoltarea unui sistem de calificare profesională a personalului existent, ca o condiție fundamentală pentru menținerea sa.

Un asemenea sistem de formare și perfecționare profesională trebuie să cuprindă câteva componente structurale:

- Cursuri/module de perfecționare oferite de universități.
- Difuzarea de materiale informative.
- Coordonarea la nivel național a programelor de studiu în asistență socială și în alte specialități legate de serviciile sociale în general, de serviciile pentru copii în particular.
- Publicarea unei **Reviste naționale de politici sociale și asistență socială**, eventual specializată pe problemele copilului. Această revistă ar urma să reprezinte: un forum de dezbatere a problemelor sociale și a politicilor sociale, să promoveze și să difuzeze experiențele pozitive mondiale și naționale, informații curente pentru activitatea specialiștilor.

16. Dezvoltarea unei culturi a centrării pe copil. Este vitală identificarea ambiguităților și contradicțiilor în atitudinea colectivității față de copil, în sensul extinderii grijii părintești față de proprii copii asupra tuturor copiilor din comunitate. A dezvolta o cultură efectiv centrată pe copil presupune, în primul rând, operaționalizarea drepturilor fundamentale ale copilului, sub formă de modalități și proceduri de acțiune în toate sferele și la toate nivelurile organizării vieții sociale.

PARTEA I
COPILUL – O VALOARE CENTRALĂ ÎN SOCIETATE

Cap. 1 Copilul în societatea actuală: o schimbare de optică

Atitudinea față de copil este una dintre cele mai importante componente ale modernizării unei societăți. Nu este întâmplător faptul că organismele europene acordă modului în care o țară se îngrijește de copii săi un rol de criteriu de performanță europeană.

Există în mod cert o evoluție universală a valorilor, normelor, standardelor juridice care reglementează situația copilului, exprimată în forme diferite: convenții internaționale (Convenția ONU asupra situației copilului), convenții regionale (Convenția Uniunii Europene), în standarde culturale cu privire la grija și responsabilitatea față de copil. România poartă în propriul său proces rapid de evoluție modernă și europeană asemenea standarde. Ea și le-a asumat totodată juridic și politic, semnând convenții internaționale.

1.1. De ce copilul trebuie să fie în centrul unei griji speciale a colectivității ?

Există rațiuni universale, dar și rațiuni provenite din situația actuală a societății noastre. La acestea trebuie adăugate angajamentele morale, politice și juridice pe care țara noastră și le-a luat atât față de ea însăși prin legile adoptate, prin programele politice, cât și față de comunitatea internațională și de cea europeană în care este în proces de a se integra.

Copilul are nevoile oricărei persoane, dar într-o configurație specifică. Copilul are nevoie de o familie ca mediul uman cel mai bun pentru propria sa dezvoltare sau, în lipsa acesteia, de un substitut al familiei care să se apropie cât mai mult posibil de caracteristicile familiei naturale. Dincolo de acestea, copilul are nevoie fundamentală de condițiile care să-i asigure dezvoltarea rapidă. În mod special el este caracterizat prin: nevoia de formare/dezvoltare, de suport uman și social, de protecție specială. Copilul are un set de nevoi fundamentale: hrană, îmbrăcăminte adecvată, mediu uman suportiv și securizant, grijă și îngrijire, stimulare fizică, cognitivă și emoțională, condiții ale formării sale culturale și profesionale.

Copilul a devenit în societatea actuală subiect direct al drepturilor umane. Societatea tradițională reprezenta o comunitate de familii, cu două categorii de cetățeni: cetățeni de primă importanță (bărbații – capul familiei) și femeile și copiii, membri de importanță secundară. Drepturile cetățenesti se refereau primordial la bărbați. Femeile și copiii depindeau aproape exclusiv de autoritatea și voința capului de familie. Societatea modernă conferă drepturi și datorii egale tuturor persoanelor. Copilul reprezintă nu un simplu membru, imatur, al familiei, supus integral autorității părinților, ci o persoană cu drepturi

depline. El este un membru al umanității, un cetățean, un membru al comunității, de care familia sa are responsabilități speciale, nedeținând însă un drept suveran asupra sa.

Secolul XX a realizat, printre altele, tranziția de la dreptul suveran al familiei asupra copiilor, la drepturile copilului care trebuie respectate de întreaga comunitate în colaborare cu familia. Dreptul copilului este suveran, și el trebuie apărat chiar în raport cu propria sa familie. Orice decizie care îl privește trebuie făcută **în interesul superior al copilului**, iar nu al părinților sau al altor persoane sau grupuri.

Nevoile copilului au început să fie tratate nu ca simple nevoi pe care societatea poate să decidă să le satisfacă sau nu, ci drepturi a căror satisfacere nu mai este facultativă, ci obligatorie.

Această nouă perspectivă produce obligații interne și internaționale, țara noastră semnând Convenția Universală a Drepturilor Copilului în 1990. În 1993, ea a trebuit să ofere un raport către ONU asupra modului în care drepturile copilului conținute în Convenție au fost îndeplinite. În 1997 urmează a se înainta un al doilea raport.

Trebuie însă să fim conștienți de faptul că în întreaga lume s-a produs un decalaj. Adoptarea sub formă de legi și de norme a drepturilor a luat-o înaintea capabilităților societății de a asigura condițiile realizării acestor drepturi. Acest lucru este valabil în toate țările, chiar și în cele mai dezvoltate; este cu atât mai adevărat pentru țara noastră aflată într-o tranziție care a devenit acut dureroasă social. Nu este vorba doar de mentalitate (trecerea de la conceperea copilului ca o ființă de care trebuie să ai grijă, la un subiect în sine cu drepturi specifice), dar și de mijloace. Aceste mijloace nu sunt doar financiare, dar și instituționale și culturale. S-a inițiat un proces de schimbare în întreaga lume.

Copilul este îndreptățit, prin însăși situația sa de copil, la un suport social special și suplimentar. Plăpând, cu capacități de a înțelege lumea și pe el însuși în formare, cu capacități reduse de autoprotecție, copilului trebuie să i se asigure o protecție specială împotriva factorilor agresivi ai mediului. Societatea modernă se bazează pe principiul că fiecare membru al său trebuie să facă eforturi proprii pentru a-și asigura condițiile de viață. Copilul este exceptat de la această cerință. El nu poate să-și producă prin efort propriu cele necesare, colectivitatea în conjuncție cu familia trebuind să i le asigure.

Extraprotecția copilului nu trebuie redusă doar la cea economică. El trebuie protejat de procesele de dezagregare socială care au loc, de explozia insecurității mediului (copilul victimă), de tentațiile de a fi utilizat ca subiect de exploatare economică și sexuală.

Se impune o valoare morală specială: solidaritatea între generații. Principiul solidarității dintre generații - dintre generația adultă activă, generația în vârstă și generația tânără – este un principiu fundamental al oricărei colectivități. Redistribuția de la persoanele care nu au copii în îngrijire la cele care au copii este o formă elementară și universală a solidarității umane.

Copilul – resursă umană a viitorului. Bunăstarea viitoare a colectivității depinde fundamental de calitatea stării de sănătate, de gradul de educație și profilul social-moral al generațiilor tinere. Din acest punct de vedere, copilul este un **bun social/colectiv**. Investiția în viitor reprezintă în primul rând investiția în copii.

Celebrul întemeietor al psihanalizei, Sigmund Freud, rezuma întreaga sa contribuție în propoziția: „copilul este părintele adultului". Această afirmație conține un adevăr mai larg decât doctrina freudiană strictă. Premisele dezvoltării personale armonioase, echilibrate sunt puse masiv și, în multe privințe, definitiv, în perioada copilăriei. Tonusul moral, orientarea socială responsabilă, bunăstarea subiectivă, atitudinea constructivă, asumarea valorilor morale – toate reprezintă un complex originat clar în copilărie.

Copilul devine o investiție vitală pentru societatea actuală, care are nevoie de forță de muncă înalt calificată, dar și de membri liberi, conștienți și responsabili, capabili să-și construiască propria viață,

Un imperativ conjunctural: nevoia de extraprotecție a copilului în perioada de tranziție. Colectivitatea românească trăiește, în momentul actual, în marea ei majoritate, la limita exigențelor unei societăți moderne. Tranziția a produs o sărăcire rapidă a cvasitotalității populației. Acest simplu fapt face ca cvasitotalitea copiilor să aibă nevoie de condițiile necesare, unii chiar pentru o viață elementar sănătoasă și demnă, mulți pentru condițiile dezvoltării cerute de o societate viitoare modernă și eficientă, așa cum o dorim cu toți. În fața șocului neașteptat al tranziției, copiii trebuie să fie protejați cu prioritate.

Unul dintre obiectivele strategice ale transformării României într-o țară dezvoltată, modernă, europeană este crearea unei societăți centrate pe copil.

1.2. Principiile grijii pentru copii

***Principiul integralității umane a copilului*: din prima clipă a existenței sale, copilul este o ființă umană integrală, având simultan toate nevoile unei ființe umane; în orice situație specială s-ar afla copilul, el este continuu o ființă umană integrală, având nevoie de un mediu de viață integral adecvat nevoilor sale complexe.**

Tratarea globală, holistă a copilului ca având nevoie simultan și continuu de toate condițiile unei

vieți umane normale reprezintă un standard elementar pentru orice formă de organizare a grijii pentru copil.

În nici un moment al vieții sale, copilul nu poate fi tratat doar prin prisma unui singur tip de nevoi, chiar dacă acestea pot în anumite condiții să fie crucia-le. În orice situație specială ar fi copilul – boală, abandon, dizabilitate, delincvență etc. – el este și trebuie să fie tratat mai întâi ca o ființă umană. Tratamentul medical pentru un copil bolnav poate fi o nevoie crucială, dar neasigurarea satisfacerii simultane a tuturor celorlalte nevoi poate fi și imediat, dar mai ales pe termen lung, tot atât de adversă copilului ca și netratarea medicală.

Aflat într-un proces de dezvoltare rapidă, în care orice pauză înseamnă întârziere greu recuperabilă, copilul are nevoie, în fiecare moment al vieții sale, de un mediu uman complet. Situațiile în care copilul este scos dintr-un mediu de tip familial – îmbolnăviri grave, abandon sau mediu familial natural impropriu – trebuie minimizate. Chiar și în aceste situații trebuie să i se asigure un mediu uman cât mai complet. Este cazul spitalelor care oferă o atmosferă cât mai apropiată de cea familială, încurajând totodată mamele să stea împreună cu copiii. Sau casele de copii de tip familial.

Ignorarea oricărei nevoi a copilului, ca aceea de apartenență la un mediu familial, de suport emoțional/afectiv, de dezvoltare cognitivă, motrică, emoțională, de autonomie și de participare, în numele satisfacerii unor nevoi urgente (ca acelea medicale) sau în numele imposibilității asigurării lor (instituționalizare) reprezintă o încălcare a celui mai fundamental drept al copilului: acela de a fi o ființă umană integrală.

***Principiul integralității sociale a copilului*: copilul este o parte organică a familiei din care face parte, a comunității și, mai larg, a societății.**

Pentru a avea o viață normală, copilul are nevoie de o familie care să-i ofere un mediu pozitiv, normal de viață; de o comunitate echilibrată, dezvoltată și suportivă; de o societate armonioasă, liberă și orientată spre bunăstarea individuală și colectivă a membrilor săi.

Nu poate fi sprijinit copilul ignorându-se familia sa și nici comunitatea din care face parte. Deși orice suport acordat copilului, prin intermediul familiei, trebuie asigurat să ajungă la copil, ar fi absurd să se spere că se poate trage o linie clară de demarcație între copil și familie. A sprijini copilul fără a sprijini familia este pratic imposibil. Sprijinul familiei trebuie să se bazeze însă pe garanții solide că acest sprijin este utilizat în interesul superior al copilului.

Un copil nu poate fi pedepsit pentru familia sa. Și nici nu i se poate retrage suportul social pentru suspiciunea că familia acestuia nu l-ar utiliza în interesul copilului. Există un contract care întotdeaunea este implicit, dar care poate fi formulat în termeni expliciți între colectivitate și familie, și acest contract este întotdeauna în favoarea copilului. În cazuri extreme, când familia nu este capabilă sau nu intenționează să ofere suportul minim necesar copilului, sau utilizează suportul societății nu în interesul copilului, societatea își poate retrage suportul oferit familiei, dar are imediat obligația de a oferi copilului suportul necesar pe căi alternative.

Colectivitatea trebuie să plaseze toți copiii în centrul atenției sale. Grija colectivității trebuie să se exercite în egală măsură asupra tuturor copiilor, fără nici o discriminare de sex, rasă/etnie, apartenență religioasă a părinților. Ea nu poate fi refuzată nici copiilor aflați în situații normale, pe motiv că trebuie acordată copiilor în situație de risc. Grija pentru copii nu poate avea un caracter focalizat pe zonele cele mai sărace. Orice copil are dreptul unui suport special din partea comunității, ca simbol al solidarității dintre generația matură și generația tânără.

Nu poți crea atitudini pozitive față de copil în general, concentrând atenția doar sectorial pe copilul în situație de risc. Colectivitatea trebuie să plaseze toți copiii în centrul atenției sale. Un blocaj specific al reformei în domeniul protecției copilului l-a constituit tocmai frustrarea colectivă că în timp ce copilului în familia naturală, care întâmpină o mulțime de dificultăți, nu i s-a acordat practic nici o atenție, toată atenția este orientată spre copiii din instituții. Ceea ce a nemulțumit colectivitatea nu a fost importanța specială acordată acestor copii, ci dezechilibrul de interes public.

***Principiul integralității serviciilor pentru copii*: nu există probleme specifice ale copilului care să poată fi soluționate complet prin soluții strict sectoriale, punctuale.**

Existența copilului reprezintă un complex de nevoi și de condiții de viață strâns interconectate. Suportul strict sectorial, adresat unei probleme specifice, tinde să fie slab eficient dacă nu chiar contraproductiv.

Orice problemă reprezintă o concentrare de dificultate într-un punct al întregului existenței copilului, găsindu-și rădăcinile adânc implantate în aceasta. Ea poate fi tratată chiar dacă înalt specificat, printr-o acțiune care are în vedere întreaga existență a copilului; sau cel puțin neignorând-o pe aceasta.

Sistemul de servicii sociale adresate copilului nu poate fi fragmentat nici conceptual și nici instituțional. Activitățile chiar distincte trebuie să fie asoci-

ate cu mecanisme specifice integrative. Școala, asistența sanitară, grija în condiții excepționale (îmbolnăvire, abandon, tratament inadecvat în familie), chiar dacă sunt separate din punctul de vedere al tehnicilor de intervenție și al instituțiilor care intervin, trebuie să prezinte o integralitate profundă de abordare și să se sprijine reciproc, asigurând împreună mediul suportiv necesar.

Principiul libertății de opțiune/alegere

Cultura autoritară a societăților tradiționale a folosit principiul imaturității copilului ca o scuză de a-i nega acestuia dreptul elementar de alegere liberă și de participare la deciziile care îl afectează. Capacitățile pe care copilul le are efectiv la diferite vârste sunt fără doar și poate superioare spațiului de alegere liberă care i se acordă. Copilul trebuie format de mic cu responsabilitatea actelor sale, cu capacitatea de a judeca independent, de a-și formula propriile evaluări și opțiuni. El trebuie să învețe să-și apere propriile sale drepturi, inclusiv spațiul responsabilității și al deciziei libere.

Trei drepturi democratice fundamentale trebuie asigurate copilului:

- **Dreptul la viață.**
- **Dreptul de a lua parte la luarea deciziilor cu privire la propria sa viață.**
- **Dreptul de a avea un cuvânt de spus asupra societății în care trăiește.**

Dreptul la perspectivă

Contrar unor opinii destul de răspândite, viața copilului nu se construiește doar pe dimensiunea prezentului. Poate mai mult decât maturul, perspectiva propriului viitor este o dimensiune esențială a calității vieții copilului. O viață prosperă, cu oportunități de învățare, de formare profesională, de dezvoltare într-un adult eficient integrat reprezintă o nevoie fundamentală a copilului.

Pentru dezvoltarea sa, copilul are nevoie de oportunități și de condiții. Oferirea doar de șanse nu este suficientă. Copilul are un drept fundamental la un minim cert de condiții de dezvoltare care să i se ofere necondiționat.

Tratarea copilului în spiritul stratificării sociale existente, în sensul reproducerii acesteia, înseamnă a anula unele oportunități pe care el le poate considera esențiale. Orice copil trebuie să aibă acces deplin la orice viitor adult posibil, fără nici o discriminare în ceea ce privește șansele.

Și, mai presus de toate, se înscrie dreptul copilului la o viață adultă normală, actuală și viitoare, în demnitate. De multe ori condițiile de viață ale copilului îi diminuează șansele unei evoluții adulte normale, putându-l condamna la o viață adultă criminală, în afara normalității sociale.

Dubla responsabilitate față de copil: responsabilitatea familiei și responsabilitatea colectivității

Responsabilitatea pentru oferirea condițiilor necesare de viață copilului revine atât familiei, cât și colectivității. În această privință, în ultimul secol, a avut loc o adevărată revoluție. De la familia considerată ca responsabila unică pentru bunăstarea copiilor s-a trecut la un parteneriat complex familie/comunitate. Colectivitatea – locală, națională, internațională – își asumă responsabilități tot mai largi în acest domeniu. Și statul trebuie să-și asume aici un angajament fundamental.

Sunt două responsabilități complementare, dar nu exclusive. Prima responsabilitate pentru oferirea copilului a tuturor condițiilor dezvoltării sale revine familiei. Dacă responsabilitatea familiei nu funcționează, colectivitatea nu trebuie să facă un exercițiu de responsabilizare și de sancțiune a familiei, pe seama copilului. Familia trebuie să fie responsabilă față de copil nu numai în fața propriei conștiințe, o instanță destul de abstractă și nu foarte operantă, dar și în fața unei instanțe mult mai reale și mai efetive: a colectivității.

Statul își asumă un minim de responsabilitate care nu este negociabil: educație, sănătate, resurse financiare minime, o serie de bunuri și servicii oferite gratuit sau la prețuri subvenționate familiilor cu copii. Familia își asumă responsabilitatea de a oferi, prin efort propriu, condițiile necesare dezvoltării normale a copilului, utilizând și resursele puse la dispoziție de stat; ea are totodată întreaga responsabilitate a cooperării cu organismele publice pentru a asigura copilului utilizarea deplină a oportunităților oferite de aceasta.

Compatibilizarea celor două responsabilități este o problemă nu doar de speculație morală sau filosofică, ci totodată o problemă de politică socială pragmatică. Sistemele insuficient de elaborate sunt pândite de un dezechilibru cronic în care o responsabilitate o anulează pe cealaltă sau se lasă în grija celeilalte.

Există două pericole în această relație de complementaritate:

- **Pasarea reciprocă a responsabilității.** Familia transferă din responsabilitățile sale colectivității: plasarea copilului în instituțiile publice, necooperarea cu instituțiile publice, pentru obținerea de către copil a beneficiului educației sau al îngrijirii medicale etc. Și colectiviatea poate să abandoneze propriile sale responsabilități, aruncându-le pe

seama familiei, chiar în condițiile în care aceasta nu este în măsură să și le asume; sau, mai grav, abandonează propriile responsabilități în numele ideologiei întăririi familiei. În acest caz, copilul este acela care plătește pentru incapacitatea familiei de a realiza efectiv responsabilitățile pe care colectivitatea crede că aceasta ar trebui și ar putea să le preia.

Copilul poate fi prins în capcana jocului moral al celor două responsabilități care se tratează într-un mod exclusiv una pe cealaltă. Aici nu este vorba despre un joc cu sumă nulă: plusul de responsabilitate asumat de una să se poată scădea automat de la cealaltă. Este mai degrabă o situație de cooperare în care responsabilitatea uneia se construiește pe responsabilitatea celeilalte.

- **Suspiciunea reciprocă.** Familia poate considera că societatea distorsionează valorile în spiritul cărora copilul trebuie să crească. Societatea se poate teme că familia impune un set de valori și un mod de viață propriu, pe care nu le consideră adecvate, închizând oportunitățile de alegere matură ale copilului sau că adulții familiei pot utiliza în propriul interes resursele oferite pentru copil de către colectivitate. De exemplu, există familii care nu încurajează copilul să urmeze școala. Desigur, școala poate să fie nesatisfăcătoare din punctul de vedere al valorilor unui segment sau altul al societății. Dar lipsirea de participare școlară este opțiunea anti-copil. Școala este primul liant între copil și societate, este puntea obligatorie care deschide copilului toate șansele societății. Dacă o familie/grup social estimează că profilul școlii actuale nu este în acord cu propriile valori, trebuie să între într-un proces democratic de dialog care are ca scop modificarea profilului școlii, dar, posibil, și al propriilor valori. Izolarea, exprimând convingerile adulților aflate în neconcordanță cu ale colectivității mai largi, operează o opțiune grea prin consecințe pentru copil, reducând dramatic oportunitățile acestuia.

În acest caz, se pune o gravă problemă a responsabilității: familia are datoria de a deschide copilului toate oportunitățile posibile în societate, iar nu de a i le limita prin opțiuni făcute în numele copilului.

Suportul și controlul democratic al statului de către cetățean este completat cu suportul cetățeanului de către stat, printr-un **contract reciproc** în care statul se angajează în promovarea valorilor colectivității, iar individul se angajează să acționeze responsabil față de propriii copii.

PARTEA A II-A

COPILUL ÎN FAMILIE ȘI SERVICII DE SUPORT PENTRU COPIL

Cap. 2 Standardul de viață al colectivității și bunăstarea copilului

2.1. Moștenirea regimului socialist: o populație cuprinsă într-un proces rapid de modernizare, dar care, după un vârf al bunăstării atins la mijlocul anilor '70, a intrat într-un proces de sărăcire progresivă, atingând în 1989 un nivel al mizeriei considerat atunci a fi inacceptabil.

Creșterea economică, sursă de bunăstare în anii '60 și chiar '70, a fost susținută în anii '80 în mod artificial prin scăderea standardului de viață al populației.

În ciuda principiului egalității, în ultimii ani ai regimului socialist, societatea românească se polarizează tot mai accentuat. Dincolo de o majoritate cu venituri destul de egal distribuite, în ultimii 10–15 ani crește un segment marginal al populației care se afundă într-o sărăcie tot mai disperată: venituri salariale mici, șomaj nerecunoscut, venituri din agricultură mici, mulți copii ca rezultat al politicii pronataliste agresive a regimului. Specific acestui segment este în mod special existența unui număr mare de copii care fac ca veniturile modeste (în ciuda suportului important în bani acordat de stat sub formă de alocații pentru copii) să devină disproporționat de insuficiente în raport cu nevoile.

2.2. Dinamica economiei în primii ani ai tranziției: o prăbușire urmată de o revenire înceată, dar nesusținută de reforme ferme.

În ciuda iluziei cvasigenerale a posibilității unei rapide redresări, după 1989, economia românească intră într-o cădere rapidă. Anii 1991–92 au marcat o prăbușire a economiei românești. Astfel, PIB ajunge în 1992 să reprezinte 75% în raport cu 1989 (tabelul 2.1). Producția industrială, sectorul cel mai irațional dezvoltat, scade și mai dramatic: **48,8%**. Producția agricolă, datorită privatizării și cererii masive de alimente, s-a menținut și chiar a crescut. Doar din 1993 se conturează o tendință încă timidă de relansare economică, confirmată în 1994–95. În 1996, deși creșterea economică continuă, se acumulează noi tensiuni economice, ca o notă de plată târzie a șovăielilor în domeniul reformei. 1997 are de înfruntat o nouă criză. Pentru acest an se prevede o scădere a PIB cu 2%. Un nou sacrifiu uriaș făcut de populație pentru a asigura premisele unei relansări sănătoase a economiei economice.

Tabelul 2.1

Dinamica PIB ca % din 1989

Anul	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997 *
PIB	94,4	82,2	75,0	76,1	79,1	84,7	88,2	86,4

*) Previziune guvernamentală
Sursa: CNS

2.3. Standardul de viață al populației 1989–1996: după o cădere dramatică, o revenire înceată; perspective incerte.

Contrar așteptărilor, datorită declinului masiv al economiei, nu segmente limitate, ci marea majoritate a populației a cunoscut o cădere a standardului de viață. Datorită standardului de viață deja foarte scăzut în 1989, cădearea economiei a dus la o adevărată explozie a sărăciei.

Cu excepția unor venituri provenite din economia privată, care au cunoscut creșteri spectaculoase, toate celelalte venituri scad.

Veniturile salariale au scăzut în termeni reali, afectând marea masă a salariaților. Salariul mediu ajunge în 1994 la un prag de 62,4% din nivelul atins în 1989. În 1995, el începe să crească. Cu câteva excepții, și celelate venituri tind să crească, deși mai lent. Creșterea continuă în 1996-1997, datorită acumulărilor de distorsiuni în economie și a programului de reajustare economică, se înregistrează un nou recul în standardul de viață al populației (tabelul 2.2).

Tabelul 2.2

Dinamica diferitelor venituri față de 1989, în prețuri constante 1989

	1994	1995	1996	1997 (martie)
Salariul mediu net	62,4	70,2	77,0	68,7
Salariul minim net	33,4	33,9	35,6	25,8
Pensia medie de asigurări	58,1	63,1	65,0	–
* ca % din salariul mediu din 1989	27,0	29,3	30,4	–
Alocația pentru 1 copil	25,0	28,8	28,8	65,0
Ajutor de șomaj				
*ca % din salariul mediu din 1989	22,3	21,2	22,7	–
*ca % din salariul minim din 1989	34,2	32,4	34,	–
Alocația de sprijin (9–18 luni de șomaj)				
*ca % din salariul mediu din 1989	8,9	13,1	12,1	–
*ca % din salariul minim din 1989	13,7	20,0	18,5	–
Ajutorul social				
*ca % din salariul mediu din 1989	–	21,3	14,0	–
*ca % din salariul minim din 1989	–	31,5	30,1	–

Sursa: *Baza de date a ICCV*, prelucrare după datele CNS

Polarizarea economică s-a accentuat rapid, datorită mai multor factori: apariția unor posibilități de câștig care au dus la acumularea unor averi enorme „peste noapte", pe fondul lipsei de reglementări și a dezechilibrelor specifice tranziției spre economia de piață; numărul efectiv al salariaților a scăzut cu aproape un sfert în 1995 față de 1990; multe salarii au fost înlocuite cu forme de venit non-salariale net inferioare: pensii, ajutor de șomaj, alocație de sprijin, ajutor social; diferențierea dintre salarii a crescut și ea rapid; salariile mici s-au erodat într-un ritm mai rapid (tabelul 2.3 și 2.4).

Tabelul 2.3

Dinamica raportului dintre salariul minim și cel mediu

Anul	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997 (martie)
Salariul minim/ salariul mediu	65,3	59,2	61,5	46,0	38,0	34,9	31,5	30,1	24,5

Sursa: CNS

Tabelul 2.4

Dinamica numărului de salariați ca % din 1990

Anul	1991	1992	1993	1994	1995
Salariați ca % din 1990	92,9	84,5	81,8	78,9	75,5

Sursa: Anuarul statistic pe 1995

Veniturile din agricultură nu s-au erodat la fel ca veniturile celelalte. Aici și-a găsit surse de venit (e drept, în general modeste) o mare parte a populației. În primii ani ai tranziției s-a produs un fenomen de reruralizare a populației. Agricultura a reprezentat un amortizor important al căderii economiei, absorbind o cantitate mare din populația eliberată din economia orășenească. În 1994, în agricultura nesalariată se plasa 30,7% din totalul populației ocupate, față de numai 22,1% în 1990 (tabelul 2.5).

Tabelul 2.5

Populația totală ocupată, populația nesalariată ocupată în agricultură și populația salariată: 1994 ca % din 1990

	Populația totală ocupată	În agricultura nesalariată	Total salariați	Salariați în industrie
1994 ca % din 1990	92,3	128,2	78,9	74,3

Sursa: CNS

Reforma agrară a creat un număr imens de mici proprietari, mulți dintre ei locuind la oraș. Micile suprafețe de pământ posedate de o mare parte a populației au compensat parțial scăderea veniturilor bănești. Ponderea veniturilor din producția proprie pe totalul veniturilor a crescut semnificativ din 1989, ea datorându-se însă nu atât producției pentru piață, cât mai ales producției pentru nevoile familiei. Din totalul consumului gospodăriilor în perioada iulie '95 – iunie '96, 25% era acoperit de producția agricolă din propria gospodărie (autoconsum).

Viitorul agricultorilor se înscrie într-o dilemă tragică: menținerea fragmentării actuale a pământului, la care se adaugă lipsa cronică a surselor de investiții, va bloca ridicarea semnificativă a standardului de viață; concentrarea pământului, proces absolut necesar pentru creșterea productivității, va elibera forța de muncă din agricultură, făcând dificilă absorbția sa în sistemul salarial. O rată ridicată de șomaj pare a deveni o problemă cronică a anilor ce vin.

Veniturile din economia subterană cuprind o clasă mare de venituri (unele la marginea legii sau dincolo de ea) destul de larg distribuită în colectivitate, prelungind premisele acesteia, dezvoltate rapid în ultimii ani ai regimului socialist.

Toate veniturile provenite din transfer social au scăzut pe ansamblu mai accentuat decât veniturile salariale. Pensiile au avut o scădere ușor mai accentuată decât salariile medii, dar mai puțin decât salariile mici. Toate celelalte venituri din transfer social au scăzut într-un ritm mai accentuat. Este cazul **alocațiilor pentru copii**, un instrument major de transfer social, care practic s-au prăbușit. Beneficiarii diferitelor prestații sociale au crescut în 1995 cu 50% față de 1990, în timp ce ponderea în PIB a transferurilor sociale directe a rămas la aproximaiv același nivel, de circa 9% (tabelul 2.6).

Tabelul 2.6

Dinamica transferurilor sociale în bani și servicii (securitate socială + sănătate, învățământ, cultură), ca % din PIB

Anul	1990	1991	1992	1993	1994	1995
% din PIB	15,8	13,3	12,0	11,6	12,3	13,5

Sursa: Baza de date a ICCV, după datele furnizate de Ministerul de Finanțe și CNS

Tabelul 2.7

Dinamica transferurilor sociale în bani către familie ca % din 1989

Anul	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Transferuri sociale în bani către familie (% din 1989)	96,9	49,6	29,2	22,9	21,9	22,0

Sursa: Baza de date a ICCV, după datele furnizate de Ministerul de Finanțe și CNS

2.4. Consecință: explozia sărăciei

Explozia sărăciei în perioada de tranziție se poate explica prin combinația dintre standardul de viață deja foarte scăzut moștenit de la regimul socialist și noile procese negative: scăderea salariului real, scăderea ponderii populației salariate din ansamblul populației active, creșterea polarizării veniturilor, creșterea proporției șomerilor, creșterea proporției micilor producători agricoli condamnați mai mult la o agricultură de subzistență.

Scăderea rapidă a resurselor a creat un puternic șoc. Familiile care reușiseră să acumuleze unele resurse au putut face față mai ușor scăderii veniturilor. Multe familii, în special cele care erau deja într-o situație de sărăcie cronică înainte de 1990, dar și cele tinere, se găsesc într-o situație de sărăcie acută. **Sărăcia pentru multe familii de la oraș înseamnă nu neapărat lipsa hranei, ci adesea un lucru mult mai grav care ar putea distruge complet perspectiva acesteia: lipsa locuinței, incapacitatea de a plăti întreținerea pentru locuință, lipsa banilor pentru medicamente în caz de boală.**

Singurele cercetări de amploare disponibile asupra sărăciei, produse de Institutul de Cercetare a Calității Vieții, indică următoarea situație pentru 1994, an în care s-a ajuns la punctul cel mai scăzut al standardului de viață (tabelul 2.8):

Tabelul 2.8

Structura standardului de viață în iulie 1994

	Familii	Persoane	Copii
Sărăcie extremă	10%	12%	22%
Sărăcie absolută	25%	27%	34%
Sărăcie relativă	40%	39%	31%
Nivel decent de viață, dar spre limita minimă	15%	12%	7%
Nivel ridicat de viață	10%	10%	5%
Cele mai bogate 5% familii	–	–	2%

Sursă: C.Zamfir (coordonator), ***Dimensiuni ale sărăciei***, București, Expert, 1995, p.21

Minimele calculate pe baza unor coșuri de bunuri și produse au fost destul de severe. Aceste estimări sunt confirmate și de estimările subiective ale populației (tabelul 2.9):

Tabelul 2.9

Gruparea populației în raport cu standardul subiectiv de viață
(„Cum apreciați veniturile actuale ale familiei dvs.?")

Nu ne ajung nici pentru strictul necesar	29,0
Ne ajung numai pentru strictul necesar	40,4
Ne ajung pentru un trai decent, dar nu ne permitem cheltuieli mai deosebite	21,8
Facem și unele cheltuieli mai deosebite, dar cu eforturi	7,8
Reușim să avem tot ce ne este necesar, fără mari eforturi	1,1

Sursă: C.Zamfir (coordonator), ***Dimensiuni ale sărăciei***, București, Expert, 1995, p.21

2.5. Locuința și efectele ei asupra bunăstării copilului

Deși tratată la un nivel relativ satisfăcător înainte de 1989 din punct de vedere al cantității și mai puțin satisfăcător din punct de vedere al calității, după 1990 problema locuințelor și a locuirii a devenit o problemă socială, tratată cât se poate de rezidual. Situația celor fără locuință și a familiilor cu (mulți) copii ce nu aveau o locuință adecvată, a fost lăsată spre rezolvarea aproape exclusivă a mecanismelor pieței. O parte importantă a celor aflați în sărăcie se confruntă cu probleme de locuire (lipsa locuinței, locuință inadecvată necesităților familiei). De altfel, există o relație de determinare reciprocă între starea de sărăcie și condițiile de locuire, aceasta influențând negativ calitatea vieții familiei și bunăstarea copilului.

Politica în domeniul locuirii, înainte și după 1989

Un ritm crescut de construire a locuințelor în perioada 1970–1989. Între 1950–1989 au fost construite 5.460.300 locuințe (4.166.590 după 1960) din care 2.957.900 (54,17%) au fost construite de către stat (din fonduri publice), marea majoritate a lor fiind locuințe construite cu materiale ieftine, sacrificându-se aspectul calitativ al acestora în favoarea numărului, rapidității construirii și a înregistrării unor costuri cât mai scăzute.

Calitatea slabă a unui procent semnificativ din locuințele nou construite. Deși începând din anii '70 producția anuală de apartamente a crescut continuu – (în perioada 1977–1989 au fost construite peste 1.200.000 de locuințe, cu o medie de cca.100.000 locuințe pe an (doar în 1989 au fost construite 60.000 locuințe) – calitatea lor în loc să sporească s-a deteriorat progresiv, întrucât fondurile investite pe fiecare apartament erau insuficiente. Din acest motiv, nivelul de confort în aceste apartamente este nesatisfăcător datorită stării de uzură accentuată a lor, izolarea (termică) și finisarea acestora solicitând noi resurse și intervenții din partea locatarilor.

Retragerea puternică a statului după 1989 din politica de asigurare a locuirii. După 1989 s-a produs o acutizare a problemelor legate de politica de locuire nesatisfăcătoare promovată de noul guvern. Astfel, dacă înainte de 1989 statul se preocupa să asigure necesarul de locuințe, după 1989 numărul de locuințe construite sau terminate a fost foarte mic și ca urmare procurarea unei locuințe a devenit un lucru extrem de dificil (tabelul 2.10).

Tabelul 2.10

Evoluția construcțiilor de locuințe în perioada 1985–1995

Anul	Nr. locuințe terminate	Din fonduri publice (apartamente)		Din fondurile populației	
		cifre absolute	– % –	cifre absolute	– % –
1985	103 916	87 569	84,2	16 347	15,8
1986	108 137	–	–	–	–
1987	110 389	103 428	93,7	6 961	6,3
1988	103 267	98 263	95,1	5 004	4,9
1989	60 000	54 979	91,6	5 421	8,4
1990	48 599	42 820	88,1	5 779	11,9
1991	27 958	21 520	77,0	6 438	13,0
1992	27 538	13 727	49,8	13 811	50,2
1993	30 071	10 851	36,1	19 220	63,9
1994	36 743	10 809	29,4	25 896	70,6
1995	35 822	8 970	25,0	26 744	75,0

Sursă: ***Anuarul statistic al României***, CNS, 1995

După 1990, drept urmare a politicii de sprijinire a populației în vederea dobândirii dreptului de proprietate asupra locuințelor (a apartamentelor în special), foste proprietăți ale statului, (prin acordarea de credite cu dobânzi reduse), cea mai mare parte a locuințelor sunt acum proprietate privată. Acest fapt a avut ulterior și un dezavantaj major: noii proprietari au devenit în majoritate covârșitoare persoanele de peste 30 ani, fapt ce a dezavantajat ulterior segmentul tânăr al populației care nu a mai avut posibilitatea de a-și cumpăra o

locuință cu ajutor din partea statului (acordarea de credite cu dobânzi reduse) ca urmare a epuizării stocului de locuințe existent, dar și construirii unui mic număr de locuințe după 1990.

Raportul chirie/venituri înregistrează discrepanțe în funcție de cele două sectoare – public și privat: în sectorul public chiria reprezintă o sumă extrem de mică, mai mult simbolică, însă numărul chiriașilor s-a micșorat în ultimii ani; în sectorul privat chiriile sunt exorbitante comparativ cu veniturile: în orașele cu peste 50.000 locuitori chiria medie (în zonele centrale) variază adesea între 50–150$/lună (sau echivalentul în lei), depășind uneori cu mult salariul minim pe economie (și chiar și pe cel mediu).

Actualmente, necesarul de locuințe în România se ridică la peste 1,1 milioane. Numărul mic de locuințe construite în ultimii ani (și în special cele construite din fondurile publice) se datorează în special reducerii alocațiilor guvernamentale dirijate către acest sector, ca urmare a retragerii masive a statului din funcția de protecție socială, ceea ce face ca accesul la o nouă locuință să fie din ce în ce mai dificil pentru un procent extrem de ridicat al populației. CNS a aproximat necesarul actual de locuințe pentru România la cca.1.000.000 – la aceasta adăugându-se locuințele necesare anual pentru familiile nou constituite și pentru alte situații stringente ce necesită repartizarea unei locuințe.

Familiile cu 4 copii și peste reprezintă aproximativ 8% din total. O parte semnificativă a familiilor cu 4 copii și peste (dar și unele familii mai puțin numeroase) au condiții de locuit total improprii, locuința existentă neputând asigura desfășurarea unei vieți familiale normale.

Aspecte negative ale locuirii în România

Un număr extrem de mare de copii din România trăiesc în condiții proaste (relevate de recensământul din 1992). Actualmente, există în România: 508.400 locuințe cu o suprafață totală a camerelor de locuit sub 16 mp. (1,13 camere/locuință) care adăpostesc 905.300 persoane (1,57 persoane/cameră); **7.178 unități de locuire locuite din necesitate**, din care **5.470 în construcții provizorii; 244.181 locuințe fără nici un fel de instalație** (curent electric, apă curentă, apă caldă, canalizare, gaze naturale, încălzire centrală) în care trăiesc 435.804 persoane. În toate aceste locuințe trăiesc familii cu copii, în marea lor majoritate numeroase; acești copii reprezintă generațiile viitoare de care depinde viitorul României; de felul în care statul, societatea, comunitatea se îngrijesc de asigurarea unor condiții decente de viață și, în particular, de locuire, depinde calitatea generațiilor viitoare.

Cam 60% din populația țării locuiește în locuințe ce se situează sub media de 2,46 camere/locuință, medie considerată foarte mică.

Una din problemele majore cu care se confruntă o anumită parte a populației și în special familiile cu (mulți) copii este supradensitatea de locuitori/locuință care se asociază cu multe alte probleme. Sunt în România peste 1,39 milioane de oameni pentru care suprafața de locuit pe o persoană este sub 4 mp., din care cel puțin 77.000 nu au repartizat (în medie) decât până la 2 mp. Putem afirma cu suficientă precizie că în cadrul acestor familii numărul mare de membri este dat de copii (4 copii și peste). **Aproximativ 3,6 milioane locuințe (circa 50%) oferă mai puțin de 11,56 mp./persoană.** Există 895.570 locuințe formate dintr-o singură cameră (13,3% din total, din care 58% în urban), din care **106.521 locuințe (11,9%) cu suprafața sub 4 mp./persoană** (63,2% în rural), în care trăiesc 527.877 persoane (1/3 în urban).

2.6. Perspectivele standardului de viață

Ritmul înviorării economiei din ultimii ani este încă modest. Dacă s-ar continua această tendință, va dura încă ceva timp până în momentul în care problemele create de tranziție vor fi resorbite și o refacere a standardului de viață va deveni semnificativă. Optimismul foarte temperat de care dăm dovadă se bazează pe faptul că procesul de reformă s-a dovedit a fi fost excesiv de încetinit. Măsurile de relansare a reformei economice și de austeritate financiară vor produce în 1997 o nouă cădere a standardului de viață. Accelerarea privatizării și restructurării economiei face probabil ca reculul șomajului în ultimii ani să ia sfârșit, în 1997 fiind probabilă o creștere semnificativă a acestuia.

Chiar o anumită redresare a standardului mediu de viață va fi acompaniată de o continuare a degradării situației segmentului sărac, datorită continuării foarte probabile a creșterii polarizării economice a populației.

2.7. Situația copiilor după 1989

Datorită configurației standardului de viață din România, copiii au fost foarte dur atinși de deteriorarea situației economice din perioada tranziției. Alături de adulții fără venituri (șomeri, casnice), copiii prezintă categoria socială al cărui ritm de sărăcire în ultimii ani a fost extrem de accentuat. Datorită nivelului general scăzut al veniturilor, apariția unui copil este de natură a afecta serios echilibrul standardului de viață. Cel de al doilea și în special al treilea copil agravează dramatic problemele economice ale familiei.

Numărul de copii reprezintă un determinant foarte important al gradului de sărăcie: cu cât sunt mai mulți copii, cu atât familia este mai săracă. Tabelul 2.10 – indică faptul că familiile monoparentale cu 2 și mai mulți copii și familiile cu 3 sau mai mulți copii se plasează într-o proporție accentuată în condiții de sărăcie severă. Doar proporții nesemnificative (sub 10%) reușesc să se plaseze la un nivel decent de viață (tabelul 2.11).

Tabelul 2.11

Gradul de sărăcie al familiilor în funcție de numărul de copii. Procent din totalul categoriei

	Sub MM	Între MM și MS	Între MS și MD	Peste MD
Cuplu fără copii	5,8	12,1	38,2	43,9
Cuplu cu 1 copil	7,6	22,8	47,2	22,3
Cuplu cu 2 copii	6,9	35,5	42,7	14,9
Cuplu cu 3 copii sau mai mulți	30,2	39,5	22,5	7,8
Familie monoparentală cu 1 copil	11,1	40,7	33,0	14,8
Familie monoparentală cu 2 sau mai mulți copii	40,0	36,0	16,0	8,0

MM – minimul sub care Ministerul Muncii și Protecției Sociale alocă ajutorul social
MS – minimul de subzistență calculat de Institutul de Cercetare a Calității Vieții
MD – minimul decent de viață calculat de Institutul de Cercetare a Calității Vieții
Sursa: Cătălin Zamfir (coordonator), ***Dimensiuni ale sărăciei***, Ed. Expert, București, 1995

Atunci când existența copiilor se combină într-o familie cu șomajul/lipsa de venit cel puțin al unuia dintre părinți sau chiar cu un salariu mic, situația copiilor devine absolut dramatică. Și în fapt, în perioada tranziției s-a accentuat cumulul condițiilor economice negative: număr mare de copii/șomaj ridicat/salarii mici/lipsă de venituri salariale. Copiii tind să se concentreze în zonele sărace ale societății: 50% dintre ei trăiesc în cele mai sărace 30% familii (tabelul 2.12).

Tabelul 2.12

Distribuția copiilor pe decile de venit al familiilor (Iunie 1994)

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
% din total copii	22,2	15,4	12,1	10,4	9,8	7,4	6,8	5,7	4,6	5,3
% cumulat	22,2	37,6	49,7	60,1	69,9	77,3	84,1	89,8	94,4	100

Sursa: Prelucrat din baza de date a ICCV, **Sărăcia, 1994**

În 1989, o familie cu două salarii medii reușea, chiar dacă avea 3 copii, să se plaseze peste minimul decent de viață. În 1996, al doilea copil împinge acest tip de familie sub pragul decent de viață, dar se plasează încă deasupra minimului de subzistență. Dacă luăm însă o familie cu un salariu mediu și unul minim, observăm că în 1989 doar al 3-lea copil împinge familia cu puțin sub nivelul minim decent. În 1996, situația acestei familii este cu mult mai dificilă. Al doilea copil plasează familia la nivelul minim de subzistență, iar cel de al treilea îi agravează și mai mult situația.

Nevoia de sprijin pentru copii nu este deci valabilă doar pentru un segment relativ redus al populației, ci pentru majoritatea ei.

Se produce o polarizare economică între familiile fără copii sau cu 1–2 copii și familiile cu mulți copii (3 sau mai mulți).

Creșterea dramatică a sărăciei familiilor cu 3 sau mai mulți copii nu poate fi explicată doar prin adiționarea simplă a nevoilor asociate cu fiecare copil suplimentar, ci printr-un complex situațional în care alți factori ai sărăciei – educație scăzută, lipsă de calificare, un singur salariu în familie – sunt cuplați cu un număr mare de copii. Acest cerc al sărăciei poate fi ilustrat printr-un singur exemplu: în recensământul din ianuarie 1992, din cele peste o jumătate de milion de familii cu 3 sau mai mulți copii în întreținere, **47,2%** conțineau doar o singură persoană producătoare de venit.

2.8. Efectele sărăciei asupra copiilor

Explozia sărăciei are o serie de efecte distincte asupra populației de copii:

- În ciuda scăderii masive a natalității, numărul copiilor abandonați, mai ales din motive materiale, nu numai că nu a scăzut, dar a tins să crească.
- Creșterea proporției copiilor născuți subponderali, având un risc ridicat ca viitoarea evoluție fizică să fie afectată negativ.
- Explozia unor boli tipice sărăciei: tuberculoza și bolile infecțioase.
- Dezvoltare fizică întârziată datorită hranei dezechilibrate, insuficiente, dar și a stării de sănătate.
- Dezechilibre nutriționale, cu carențe de vitamine și minerale; hrană insuficientă pentru un segment important al populației. *În cercetarea ICCV asupra sărăciei din iunie 1994, 27,5% din populația din eșantion a considerat că* ***mâncarea mai bună este problema cea mai importantă a gospodăriei lor care provoacă profunde insatisfacții.*** *53,3% au estimat că lipsa unei alimentații bune este una dintre marile probleme ale familiei. Din aceștia, 75,4% au considerat că nuexistă nici o șansă sau șansele sunt foarte mici deredresare în viitor din această perspectivă.*
- Condiții proaste de locuit, nesănătoase adesca, supraaglomerare, lipsa facilităților minime pentru o viață civilizată se răsfrâng negativ asupra bunăstării copilului și a șanselor sale de dezvoltare.
- Lipsa condițiilor elementare necesare participării școlare a unui segment important de copii, fapt care explică o anumită creștere a abandonului școlar. *În aceeași cercetare, din totalul familiilor cu copii,* ***28,6%*** *indică faptul că lipsa* ***rechizitelor și a manualelor școlare pentru copii*** *reprezintă o problemă gravă a familiei lor. Dintre aceștia,* ***58,2%*** *nu întrevăd șanse ca în viitor să poată rezolva această problemă.*
- Cerșetoria și furtul tind să devină sursa cea mai importantă de venituri pentru un segment semnificativ al familiilor cu mulți copii.

Cap. 3 Profilul politicii sociale de suport a copiilor: răspunsuri inegale pe fondul lipsei unei strategii de ansamblu

3.1. Politica de protecție a copiilor în regimul socialist

Imediat după război, regimul socialist a încercat să dezvolte o politică accentuat orientată spre copil:

- Servicii universale gratuite de învățământ și sănătate; gratuități sau reduceri substanțiale – tabere, modalități de petrecere a timpului liber, creșe, grădinițe; atribuirea cu prioritate de locuințe pentru familiile cu copii.
- Suport financiar pentru familiile cu copii: alocații pentru copii și pentru mamele cu mai mult de 3 copii. Astfel, alocația pentru copii în 1989 reprezenta 10,5% din salariul mediu, similar cu Republica Cehă și Slovacia; în Bulgaria ea era de 12,8%, cea mai ridicată valoare fiind în Ungaria –20,5%. La acestea se adăugau subvenții substanțiale la produsele pentru copii.

O asemenea opțiune de suport accentuat a copilului era inevitabilă în condițiile politicii socialiste de menținere a veniturilor la un nivel redus și relativ egal. Ea reprezenta o modalitate de redistribuție după nevoi.

3.2. După 1989: o politică confuză de suport pentru copil

Fundalul politicii de suport pentru copii după 1989: o economie în cădere, complementată de o politică socială confuză, lipsită de strategie, caracterizată prin reacții punctuale la crizele interne și presiunile externe.

Evoluția protecției sociale a copilului după 1989 s-a desfășurat în spațiul a doi factori de fond:

- **O economie afectată puternic negativ de tranziție**, care oferea atât populației, cât și programelor de protecție socială surse modeste.
- **Caracterul confuz, dezarticulat, lipsit de o concepție globală al reformei întregului sistem de politică socială.** Analiștii tind să fie de acord asupra faptului că, pe ansamblu, sistemul de protecție socială de după 1989 a evoluat lipsit de o strategie clară, de o concepție de ansamblu și de priorități stabilite prin opțiuni politice explicite. Factorii motrici în acest domeniu au fost: dorința de a dezvolta acele componente specifice economiei de piață; ca reacție la noile probleme sociale generate de tranziție; ca efect al presiunii diferitelor grupuri sociale; preluarea unor modele de organizare din Occident.

Nici la nivel de program și nici la nivel de organizare guvernamentală nu a existat o strategie coerentă de suport pentru copii.

Probabil că politica în domeniul copilului a fost cea mai confuză în ceea ce privește direcțiile, prioritățile, modalitățile globale de abordare, deși aici s-a manifestat îngrijorarea cea mai ridicată, mai ales internațională și, paradoxal, mai puțin, internă.

Deși în domeniul copilului Guvernul a luat o mulțime de măsuri în primii 7 ani ai tranziției, impresia generală este a lipsei unei strategii coerente, cu eforturi mari în anumite direcții și neglijări șocante în puncte esențiale; lipsa oricărei coordonări și în special a perspectivei. În ciuda intențiilor, anii 1990–1996 au fost marcați de o lipsă de voință politică de a oferi copiilor o protecție socială adecvată pentru această perioadă dificilă de tranziție.

Factorul care a blocat realizarea unei strategii guvernamentale coerente a fost pulverizarea problematicii copilului, adesea pe criterii artificiale, între variatele componente ale guvernării. Responsabilități importante pentru politica față de copii sunt fragmentate între mai multe instituții distincte ale guvernării, cele mai importante fiind: Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Învățământului, Ministerul Sănătății și Secretariatul de Stat pentru Handicapați. Din acest motiv există blocaje de cooperare între diferitele segmente ale executivului în procesul de luare a deciziilor în interesul copilului, iar nu al micilor interese parohiale.

Paralizia deciziilor și luarea de decizii sub presiunea diferitelor conjuncturi, fără consultare și fără a fi integrate într-o strategie globală este o problemă cheie.

Pentru a depăși această fragmentare, în 1993 s-a înființat **Comitetul Național pentru Protecția Copilului (CNPC)**, conceput ca un organism **interministerial** a cărui funcție urma să fie elaborarea unei strategii coerente de politică în domeniul copilului și să coordoneze activitatea tuturor organismelor guvernamentale. Deși activitatea depusă de CNPC este apreciabilă, poziția sa în sistemul guvernamental nu i-a permis să realizeze într-o măsură satisfăcătoare funcțiile pentru care a fost creat.

Printr-o Hotărâre de Guvern (972/1995) a fost adoptat un document sintetic de politică în domeniul copilului – Planul Național de Acțiune elaborat de CNPC. Acest plan reprezintă o declarație de principii și o enunțare a unor valori-direcții fundamentale de acțiune, unanim acceptate, dar mai puțin o strategie propriu-zisă de acțiune. El nu a dus la o regândire pragmatică, la toate nivelurile, a politicii față de copii.

La începutul lui 1997, CNPC s-a transformat în Departamentul pentru Protecția Copilului (DPC) în subordinea directă a Guvernului României, Departament căruia i s-au conferit atribuții lărgite. Primul document elaborat de noul organism și adoptat de către Guvernul României este **„STRATEGIA GUVERNAMENTALĂ ÎN DOMENIUL PROTECȚIEI COPILULUI PE PERIOADA 1997–2000“**; DPC a pregătit și intenționează să promoveze un larg pachet de acte normative cu privire la componente strategice ale sistemului de suport pentru copil.

În anumite privințe s-au adoptat măsuri importante în favoarea copilului:

- Concediul matern s-a mărit până la împlinirea de către copil a vârstei de 1 an. Recent, el a fost extins până la înplinirea vârstei de 2 ani. De acest concediu beneficiază însă o proporție mai redusă de mame datorită scăderii numărului salariaților care în principiu pot beneficia de această facilitate și, datorită incertitudinii păstrării locului de muncă, unele mame preferă să scurteze pe cât posibil concediul de maternitate.
- S-a adoptat o legislație mai generoasă pentru copilul cu dizabilități. Alocația pentru acești copii este dublă. Posibilitatea în anumite cazuri de handicap grav de a plăti o indemnizație, echivalând cu salariul unui asistent social debutant, unuia dintre părinți pentru îngrijire.

O opțiune structurală: preferința pentru servicii universale adresate copiilor (educație, sănătate) și pentru copiii aflați în situație de risc social extrem de grav (copiii abandonați în instituții, copiii cu dizabilități) complementar cu deprecierea rapidă a suportului pentru familiile cu copii.

Reacțiile la criza economică a politicii în domeniul copilului au fost structural diferite înainte de 1990 și după.

- **În ultimul deceniu și jumătate al regimului socialist, reducerea cheltuielilor sociale publice s-a făcut în mod prioritar prin tăieri masive în cheltuielile pentru serviciile publice, sănătate și educație în mod special, încercându-se să se mențină transferurile sociale în bani către populație, inclusiv către familiile cu copii.**
- **După 1989, accentul a fost pus pe creșterea finanțării serviciilor sociale de învățământ și sănătate, servicii universale în care era interesată întreaga colectivitate și pentru care clasa de mijloc, împreună cu specialiștii care lucrează în aceste domenii, au desfășurat un lobi eficace. Unele transferuri către populație au fost menținute la un nivel apropiat de cele salariale (cazul pensiilor); în schimb, suportul financiar pentru familiile cu copii s-a prăbușit.**

Suportul economic al familiilor cu copii: marele abandon al politicii sociale în perioada tranziției.

La explozia sărăciei care a afectat masiv populația de copii, răspunsul statului a fost neașteptat de slab. Dezechilibrele dintre resurse și nevoi produse de existența copiilor nu au fost compensate semnificativ prin suport social. Mai ales copiii din familii cu mai mulți copii au fost crunt loviți de scăderea salariilor mici, de șomajul părinților, de prăbușirea alocațiilor pentru copii (28% în 1994 din valoarea lor reală din 1989), de retragerea subvențiilor pentru produsele pentru copii, în fine de dispariția treptată a indemnizațiilor pentru mamele cu mai mulți copii (valoarea lui în 1994 era de 1% din cea din 1989, fiind complet eliminat în 1995). Protecția socială a copiilor, care în mod normal ar fi trebuit să compenseze situația dificilă a familiilor cu copii, în perioada de tranziție, s-a deteriorat mai rapid decât toate celelalte forme de protecție. Introducerea ajutorului social la sfârșitul anului 1995 a adus indiscutabil un sprijin familiilor cu mulți copii, dar numai acelora care trăiau în condiți de sărăcie extremă, aducându-le la un nivel mai degrabă de supraviețuire decât de subzistență.

În 1989, alocația pentru copii reprezenta 2,7% din PIB. Introducerea în 1991 a unei scutiri de impozit de 20% pentru persoanele cu copii ridica suportul financiar bugetar pentru familiile cu copii, conform aprecierilor Băncii Mondiale, la aproximativ 4% din PIB. Estimarea Băncii Mondiale era în acel moment că un asemenea transfer financiar este prea mare, cu recomandarea de a fi redus la aproximativ 2% din PIB. În fapt, prin eliminarea reducerii de impozitare și prin reducerea valorii reale a alocației pentru copii, în 1996 aceasta ajunsese sub 0,6% din PIB.

În unele țări foste socialiste s-a produs o anumită degradare a acestui suport, dar într-un ritm mult mai moderat decât în România; în altele însă, cum sunt Lituania, Letonia, Rusia, suportul pentru copii a crescut (tabelul 3.1).

Tabelul 3.1

Dinamica alocațiilor pentru copii în perioada tranziției în câteva țări foste socialiste (ca procent din PIB)

	1989	1995
România	2,9	0,7 0,6 (1996)
Republica Cehă	1,2	1,0
Slovacia	2,9	1,5 (1994)
Polonia	2,0	1,3 (1993)
Bulgaria	1,6	0,9
Letonia	0,4	1,6
Lituania	0,1	0,4
Rusia	0,5 (1990)	0,7 (1994)

Sursă: MONEE

Ca o reacție la această abordare politică, guvernul instaurat după alegerile din noiembrie 1996 a produs o schimbare majoră crescând substanțial alocațiile pentru copii de la 10 000 la 50 000 lei, ceea ce reprezintă 65% din valoarea reală a alocației din 1989. Recent, Guvernul a introdus și un supliment pentru familiile cu mulți copii: 30 000 lei pentru o familie cu 2 copii, 80 000 lei pentru o familie cu 3 copii și 120 000 lei pentru o familie cu 4 sau mai mulți copii în întreținere.

Dezvoltarea rapidă a serviciilor publice pentru copii (sănătate și învățământ), complementar cu ignorarea completă a celui de al treilea mare tip de serviciu social – serviciul de asistență socială.

Serviciile sociale publice de învățământ și sănătate s-au bucurat de o atenție specială imediat după 1989.

Sistemul de învățământ moștenit de la regimul socialist era un sistem relativ bine organizat, deși cu distorsiuni majore datorate orientării politice și ideologice, dar intrat într-un proces rapid de dezagregare, sufocat de declinul resurselor.

În acest domeniu s-au inregistrat unele progrese, cu eforturi deosebite de infuzie de fonduri suplimentare și de reformă a structurilor de organizare. Suntem încă departe de un învățământ cu condiții materiale apropiate de o societate modernă și cu o centrare pe nevoile complexe, social-emoționale și de învățare ale copilului.

Asistența medicală moștenită de la regimul socialist, deși înalt universalistă, se afla într-un proces de rapidă dezagregare datorită tăierii continue a resurselor, demoralizată de salariile de mizerie și de lipsa progresivă a celor mai elementare resurse, oscilând între dorința eroică de a menține standardele profesionale și a rezolva mulțimea problemelor fără resursele necesare. Răspunsul a fost o creștere moderată a resurselor financiare, dezvoltarea unor programe speciale de reabilitare cu suport străin sau din împrumuturi, totul pe o confuzie și un blocaj al reformei.

Dezvoltarea sistemului de servicii de asistență socială nu numai pentru copii și familiile cu copii, dar pentru întreaga populație a fost abordat eronat. Distrus de regimul socialist, sistemul de servicii de asistență socială a fost cronic neglijat de Guvernările de până în 1996. Unele servicii de asistență socială au fost dezvoltate mai degrabă ca inițiative nonguvernamentale. În momentul de față, sistemul de asistență socială se află într-un moment de criză strategică.

Cele mai multe măsuri luate în legătură cu situația copiilor după 1990 au fost reacții de criză (soluții provizorii la probleme explozive) induse în cea mai mare măsură de atitudinea critică a mass-media internațională și a presiunilor politice internaționale.

Neexistând o concepție de ansamblu, cheltuielile au fost făcute în ordinea urgenței și au fost absorbite într-o manieră dezordonată. Acest fapt a fost de natură a crea, nu o dată, frustrări colective. Ca efect al presiunilor internaționale, guvernul a acordat o atenție specială copiilor cu dizabilități, dar copiii din familiile sărace, copiii abandonați în stradă, cerșind în cele mai degradante condiții au fost ignorați aproape complet. Utilizarea resurselor, relativ limitate, a fost făcută cu aparența de risipă, de neinteres pentru eficiența lor.

Reacția statului la criza situației copiilor a fost predominant economică: alocarea mai multor resurse în sectoarele unde presiunea de schimbare era mai mare.

Un caz semnificativ pentru blocajul reformei îl reprezintă instituțiile pentru copii. Am moștenit un sistem instituțional de îngrijire a copiilor în afara familiilor (abandonați sau cu nevoi speciale) prost orientat și care atinsese în 1989 un grad de degradare greu de imaginat. Statul a ignorat practic necesitatea de a lupta împotriva abandonului, concentrându-se asupra măririi inputurilor economice: mărirea alocațiilor de hrană, investiții pentru reparația clădirilor, mărirea numărului de personal. Foarte puțin s-a făcut pentru regândirea structurilor și a filosofiei de organizare a acestor instituții.

Pe lângă suportul economic, s-a primit un substanțial suport tehnic din partea diferitelor agenții internaționale. Efectul tuturor acestor eforturi combinate a fost însă neașteptat de redus și de confuz. Explicația stă în incapacitatea de reformă a structurilor guvernamentale. Principiile de organizare, prost concepute (este, printre altele, cazul disipării instituțiilor pentru copii la diferite ministere, secționând viața copiilor după criterii unilaterale), au rămas, surprinzător, intacte, confuzia sporind cu înființarea unui departament independent pentru handicapați. Încercările punctuale de schimbare au fost dublate de tentative anemice și dezarticulate de reformă a structurilor, îngreunate și practic blocate în ultimii 2–3 ani de confuzia sistemului de autoritate.

Rezultatul acestui efort ar putea fi rezumat astfel: îmbunătățiri parțiale în ceea ce privește facilitățile de locuire (alături de situații rămase la nivelul lui 1989), a alimentației și îmbrăcămintei, o anumită schimbare a mentalității colectivității și a personalului acestor instituții și, de asemenea, a unor persoane din administrația guvernamentală, dar care, în lipsa unei reforme a stucturilor de organizare rămân fragmentare, locale, izolate, adesea reprezentând acte izolate de eroism și curaj sau transformându-se în simple nostalgii.

Rezultatul acestui tip de abordare este pericolul unei înalte reversibilități: multe măsuri luate s-au degradat în lipsa susținerii de către o strategie comprehensivă de schimbare și a unei voințe politice reale și care au tins în timp să regreseze la situația anterioară. Diminuarea suportului intern și extern din ultimii ani pare a deschide un rapid proces de involuție în situația multora dintre instituțiile pentru copii. În unele instituții, unde blocajele organizaționale, profesionale și interpersonale se combină cu lipsa de resurse materiale, situația copiilor tinde să regreseze spre cea din 1989.

Lipsa mecanismelor de difuzare a experienței acumulate în diferitele sectoare.

În ultimii 7 ani s-au întreprins o mulțime de experimente, cu rezultate adesea uimitoare. Ceea ce lipsește însă complet este modalitatea de prelucrare a experienței acumulate și de difuzare a ei. Lipsa de comunicare este critică, iar difuzarea se face mai degrabă întâmplător.

Adoptarea de reglementări internaționale fără însă a avea la bază o voință politică clară și capacitatea administrativă de a le implementa.

Dorința de aliniere rapidă la standardele internaționale și de obținere a suportului internațional a fost principala cauză a adoptării rapide a reglementărilor internaționale. Se crează în acest fel o vulnerabilitate ridicată: angajamente importante luate, dar slab respectate. În unele cazuri chiar imposibil de respectat.

3.3. Explicația configurației politicii de suport pentru copii

Competiția pentru resursele bugetare.

În situația de raritate a fondurilor disponibile, cum era de așteptat, s-a dezlănțuit o puternică competiție între programele sociale. Ca rezultat, unele programe au scăzut ca finanțare, altele au crescut (tabelul 3.2).

Tabelul 3.2

Dinamica cheltuielilor bugetare reale ca procent din 1989

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Învățământ	128,1	157,2	140,0	115,5	118,8	145,2
Sănătate	111,2	120,5	100,2	85,9	92,3	99,0
Pensii	99,2	96,1	90,2	85,7	89,7	103,6
Asistență socială*)	170,1	340,2	386,7	247,9	372,6	495,9
Alocații pentru copii	96,9	49,2	26,5	23,0	21,9	22,2
Toate cheltuielile bugetare	102,6	92,0	87,9	71,6	78,3	86,3
Cheltuieli economice	148,5	114,5	127,0	89,1	90,7	88,8

*) Pentru că ajutoarele sociale s-au dat până spre sfârșitul anului 1995 doar ocazional, la puține persoane și în sume reduse, cea mai mare parte a acestor cheltuieli reprezintă finanțarea instituțiilor pentru copii orfani, handicapați și bătrâni. Sprijinul financiar acordat handicapaților nu este luat aici în considerare.

Sursa: Baza de date a ICCV, prelucrare după datele furnizate de Ministerul Finanțelor și CNS

Învățământul și sănătatea, neglijate grav înainte de 1990, au primit o atenție mai accentuată. Ele s-au bucurat de o atenție specială și datorită faptului că fiind universale, de ele beneficiază întreaga colectivitate. Aici s-a adăugat și o imagine colectivă: serviciile în natură – sănătate, educație – sunt mai eficace pentru copii decât suportul în bani. Dacă lobbiul învățământului și sănătății, sectoare importante ale societății noastre, a fost foarte activ, familiile cu copii nu au reprezentat un grup social important de presiune.

Competiția cea mai mare a venit însă din partea economiei însăși. Resursele statului, într-o formă sau alta, au fost mereu supuse unei solicitări masive din partea economiei, a cărei reformă întârzia. Importante resurse au fost canalizate spre susținerea artificială a locurilor de muncă și a producției pe stoc. Utilizarea bugetului pentru a subvenționa economia a avut un efect minim asupra restructurării ei; mai degrabă a menținut în viață artificial o economie ineficientă, în pierdere. Presiunea sindicatelor a reprezentat un factor important al faptului că economia a fost un concurent extrem de redutabil al programelor sociale.

Politica economică aici s-a amestecat cu politica socială, rezultatul părând mai degrabă negativ. S-a preferat în locul unei protecții sociale complementare cu reforma, o protecție socială a locurilor de muncă.

Sciziunea valorică în atitudinea față de copii.

Lipsa de voință politică în a sprijini copiii nu reprezintă în nici un fel expresia unei atitudini colective negative sau indiferente față de soarta copiilor. Am putea spune că, dimpotrivă, există în tradiția noastră o grijă deosebită față de copii. Dovada o reprezintă investițiile masive pe care părinții le fac în copii. Ea provine dintr-un paradox al atitudinii față de suportul social al familiilor cu copii: pe de o parte, percepția clară că statul trebuie să facă mult mai mult pentru familiile cu copii; pe de altă parte, o teamă colectivă, clar conturată, față de posibile efecte perverse ale politicii de suport a familiilor cu copii.

Această atitudine ambivalentă are două componente: evoluția din ultimele decenii a culturii natalității și o percepție a efectelor posibile ale politicii de suport a familiilor cu mulți copii.

În atitudinea colectivității față de natalitate, în ultimele 4–5 decenii, în România s-a produs o schimbare cu consecințe extrem de importante pentru politica socială actuală. După război, de la mentalitatea tradițională s-a trecut rapid la o nouă atitudine față de natalitate: aprecierea tot mai accentuată a natalității de calitate, cu restrângerea cantității. Numărul mare de copii într-o familie a început să fie apreciat mai degrabă în mod negativ.

Cauza acestei schimbări a reprezentat-o sporirea costului creșterii copilului. Statul socialist a preluat asupra sa o parte a costurilor creșterii copiilor, sau cel puțin a intenționat să o facă. Dar familia a fost împovărată de o parte foarte ridicată a acestor costuri, cu atât mai dificil de suportat cu cât veniturile erau menținute la niveluri scăzute.

Restrângerea numărului de copii s-a făcut în numele oferirii de șanse pentru aceștia, a responsabilității pentru creșterea lor, dar și a dificultăților de a crește copiii. Patternul cultural al familiei s-a modificat drastic. Cultura românească conturată după război (cea majoritară) nu s-a caracterizat printr-o orientare pronatalistă, ci prin restrângera natalității și concetrarea resurselor familiei asupra oferirii de oportunități copiilor. S-a dezvoltat, mai ales la nivelul clasei de mijloc și păturii superioare a societății, o presiune culturală spre reglarea numărului de copii în așa fel încât să se asigure o calitate cât mai ridicată a acestora.

O asemenea schimbare în cultura natalității a reprezentat terenul unei scindări a colectivității: cei care doreau să ofere copiilor lor ceea ce considerau că trebuie, caracterizați printr-o natalitate scăzută, și segmentul de populație care avea o natalitate ridicată, dar tratată de către primul ca fiind iresponsabilă față de copii.

Reducerea numărului de copii a fost totodată prețul plătit de populație pentru modernizarea modului de viață: o locuință mai confortabilă, îmbrăcăminte mai bună, televizor și chiar mașină, concedii în stațiuni, ieșiri la sfârșit de săptămână. Numărul mare de copii a blocat complet modernizarea modului de viață.

Politica agresiv pronatalistă a lui Ceaușescu, promovată începand cu 1966 și care a constat în interzicerea aproape completă a avorturilor și a multor mijloace moderne de control a nașterilor, a reprezentat un factor adițional cu o influență foarte puternică asupra sciziunii colectivității în funcție de natalitatea reală și de atitudinea față de natalitate.

Rezistența împotriva opresiunii politice s-a împletit cu rezistența împotriva visurilor megalomanice ale dictatorului legate de o natalitate ridicată care contravenea profund noii culturi a natalității, întărită puternic de degradarea standardului de viață care a debutat în cea de a doua parte a anilor '70. Marea majoritate a colectivității a reușit, cu costuri adesea tragice, să reziste acestei politici, restrângându-și nașterile la 1–2 copii.

Segmentele marginale, relativ sărace, lipsite de resurse economice și sociale pentru a rezista politicii agresive pronataliste, și care totodată erau mai apropiate de cultura tradițională a unei natalități nelimitate, au fost într-o poziție mult mai dezavantajată în a-și planifica dimensiunile familiei. În această zonă a societății a

tins să se dezvolte o atitudine de disperare, demoralizare, neputință și, în final, de abandon a intenției de planificare familială. Aici, costul evitării nașterii a devenit extrem de ridicat, iar probabilitatea de reușită scăzută.

Segmenele de populație care încă nu intraseră în procesul de modernizare, inclusiv de schimbare a culturii natalității, nu mai găsesc în noul context nici un stimulent să o facă. Se produce o consolidare a modului de viață tradițional în care sărăcia se îmbină cu natalitatea ridicată, dar de această dată pe un fond general de neputință și abandon a încercărilor de schimbare. Ele suferă un puternic șoc regresiv. Pe de o parte, duritatea politicii pronataliste descurajează tendințele de control al nașterilor, iar pe de altă parte, regresul economic care se va contura tot mai dramatic cu un deceniu mai târziu, reîmpinge în sărăcie și afară din sfera societății moderne acest segment care intrase pe drumul schimbării.

Grupul care este în cel mai înalt grad reprezentativ pentru acest segment, a cărei modernizare a modului de viață, inclusiv a culturii natalității a fost în mod brutal întreruptă și chiar împinsă înapoi, îl reprezintă rromii. Dacă politica de modernizare rapidă a regimului socialist declanșase un proces semnificativ de schimbare în sânul acestei comunități, accelerând procesul de asimilare a unui mod modern de viață, cu toate consecințele acestuia, politica pronatalistă adoptată în 1966, combinată cu criza economică declanșată cu un deceniu mai târziu, întrerupe acest proces, producând chiar o involuție a lui. Elena și Cătălin Zamfir (1994) argumentează chiar că sub acest impact s-a produs un proces de retradiționalizare, în sensul de regres la modul de viață tradițional marginal, într-o parte substanțială a populației de rromi.

În conștiința colectivă s-a constituit o atitudine ambivalentă față de familiile cu mulți copii: pe de o parte o atitudine de compasiune pentru dificultățile în care se zbat și a neputinței de a face față politicii pronataliste, iar pe de altă parte o atitudine negativă motivată de mai multe rațiuni:

- Lipsa de înțelegere față de atitudinea de abandon a controlului propriei vieți în fața politicii pronataliste agresive și suspiciunea existenței unui comportament demografic iresponsabil: neconsiderarea capacității familiei de a sprijini dezvoltarea copiilor și care își justifică/susține atitudinea pronatalistă fie pe temeiuri religioase (unele culte cu opțiune agresiv pronatalistă) sau pe valorile unei tradiții care, în ansamblu, este percepută de majoritatea populației ca fiind inacceptabilă (cazul populației de rromi).

- Teama de efectele negative asupra întregii colectivități a noii generații crescute în acest segment al populatiei și care suferă de numeroase carențe de socializare, rezultatul fiind o reproducere lărgită a sărăciei, marginalității, lipsei de educație și de integrare în viața modernă și, parțial, a criminalității asociate cu toate acestea.

- Suspiciunea că unele familii chiar vor să profite de suportul ridicat al statului pentru copii, aceasta fiind una dintre motivațiile natalității ridicate.

În mod special, în conștiința publică acest segment al populației a tins să fie confundat cu populația de rromi, mai exact cu o parte tot mai mare a segmentului tradițional al populației de rromi care au o atitudine iresponsabilă față de natalitate, cu suspiciunea că profită și sunt încurajați de suportul ridicat al statului.

Nu trebuie ignorat și un alt factor. Politica pronatalistă agresivă a regimului socialist a creat în jurul natalității ridicate o intensă aversiune colectivă. Opinia publică pare a nu agrea familiile cu mulți copii. Lipsa de dorință de a le ajuta exprimă într-un anumit fel și o dorință nemărturisită de pedeapsă a comportamentului demografic iresponsabil.

Sprijinul economic ridicat a fost adesea perceput ca un sprijin mai puțin pentru copii și mai mult pentru familiile acestora care sunt tentate a trăi din sprijinul pentru copii. Și pentru că în opinia publică natalitatea ridicată a fost mereu asociată cu familiile de țigani, suportul pentru familiile cu mulți copii a fost și este perceput ca fiind o modalitate de a sprijini natalitea ridicată a romilor și de încurajare totodată a modului de viață al acestora, considerat a fi inacceptabil pentru colectivitate. Din acest punct de vedere se pare că nu a existat un suport politic substanțial pentru a acorda ajutor material familiilor cu mulți copii. Servicii, da, sprijin în natură, da, dar în ceea ce privește banii va exista mereu suspiciunea că aceștia vor fi utilizați mai degrabă de părinți ca substitut al banilor câștigați prin efort propriu, iar nu în interesul copiilor. În plus, există și va exista și în perspectivă suspiciunea că acest ajutor ar fi o motivație pentru a da naștere copiilor în mod iresponsabil.

În ce măsură politica mai generoasă de sprijin a familiilor de copii ar fi responsabilă de menținerea unei natalități relativ ridicate la nivelul comunității de rromi sau, în general, a celor săraci, este o chestiune controversată, specialiștii fiind mai degrabă înclinați spre un răspuns negativ.

Cert este că această atitudine politică față de sprijinul familiilor cu mulți copii tinde să se blocheze în propriile contradicții. Ea a intrat în momentul de față într-o profundă criză, exprimată de altfel în intenția actualei coaliții guvernamentale de a crește sensibil suportul pentru familiile cu copii, unele măsuri în acest sens fiind chiar adoptate.

Pe de o parte, această politică contravine tot mai clar unor principii morale fundamentale, legate de

sprijinul copiilor. Este inacceptabilă pedepsirea copiilor, prin neacordarea suportului necesar, din cauza iresponsabilitătii părinților.

Pe de altă parte, o asemenea politică pare a fi pragmatic ineficace. Ea nu face decât să sporească sărăcia unui important segment al populației care conține o mare proporție de copii, afectând advers formarea acestora.

3.4. Un factor cu influență contradictorie: cultura grijii față de copii – între supraresponsabilitate și abandon

Dacă înainte de cel de al doilea război mondial, suportul pentru copii era în România în pas cu dezvoltarea occidentală, în perioada regimului socialist s-a pierdut acest sincronism, situația involuând în multe privințe. Așa se face că în 1990, sistemul de valori subiacent atitudinii sociale față de copil din România părea cu mult înapoiat față de cel din țările occidentale dezvoltate. A apărut ideea că problema este de mentalitate. Desigur este o problemă de mentalitate, dar nu individuală, ci colectivă, o mentalitate produsă de întregul, sistem de suport pentru copil.

Dezagregarea socială produsă de ultimele decenii ale socialismului, accentuarea grijii fiecăruia pentru asigurarea propriului minim necesar de viață, nu puteau să nu afecteze negativ atitudinea colectivă față de copii. Se conturează o polarizare la nivelul conștiinței colective: creșterea grijii și responsabilității pentru proprii copii complementar cu creșterea unei indiferențe de origine mai mult defensivă, expresie a neputinței, față de ceilalți copii.

Cultura grijii în familie se caracterizează printr-o sciziune progresivă. Pe de o parte, în familiile cu un anumit nivel de resurse, grija familiei pentru proprii copii a evoluat spre o creștere a investiției în copil, mai ales în educația sa. În condițiile în care în ultimii 10-15 ani statul își retrăgea rapid sprijinul și condițiile de viață ale întregii colectivități se agravau, atitudinea față de copil oscilează între menținerea unui nivel de supraviețuire, în condiții de demnitate și grijă și, pe de altă parte, de oferire de șanse sociale propriilor copii într-o competiție tot mai dură. Reușita școlară, ca bază pentru reușita socială, devenise o obsesie quasi-patologică pentru un segment larg al populației. La aceasta se adaugă eforturile familiei pentru acordarea unui suport masiv tinerilor în vederea constituirii propriilor gospodării.

Pe de altă parte, crește proporția familiilor dezorganizate, împinse în mizerie, cuprinse într-un ciclu al sărăciei și destrămării sociale fără speranțe. În această categorie de familii, abandonul copiilor în diferite forme a devenit o practică. Copiii erau fie definitiv abandonați, fie temporar, o temporaritate care tinde să devină definitivă. Nu trebuie ignorat nici „abandonul în familie": renunțarea la cea mai elementară grijă parentală pentru copii.

Instituțiile pentru copii au cunoscut o dublă degradare: pe de o parte a condițiilor de viață, iar pe de altă parte, în mare măsură pe fondul acestora, a culturii îngrijirii. În instituțiile pentru copii apare cea mai clară unilateralitate a grijii oferite de stat copiilor: resurse economice/îngrijire medicală/educație școlară, aflate într-un proces de degradare, complementar cu lipsa grijii umane/ sociale, inexistența practică a serviciilor suportive pentru problemele non-sanitare și non-școlare. Nepăsarea față de copiii instituționalizați ar tebui mai degrabă explicată ca un mecanism de apărare în fața neputinței de a face ceva efectiv pentru aceștia, datorită degradării dincolo de orice limită a resurselor disponibile.

3.5. Suportul occidental pentru copiii din România

În domeniul copilului, România s-a bucurat de un suport occidental foarte important. Acesta a luat forme extrem de diverse: de la împrumuturile acordate de FMI și de Banca Mondială, la sprijinirea reformei politicii sociale de organizații internaționale ca UNICEF, Comunitatea Europeană, Consiliul Europei, UNDP, Organizația Internațională a Muncii; suport direct din partea unor guverne – SUA, Japonia, Olanda, Germania, Marea Britanie, Franța, Canada, Elveția, Suedia etc.; suport din partea diferitelor organizații non-guvernamentale occidentale. Suportul occidental a fost în bani, în bunuri și servicii, în transfer de competențe și expertiză. La acest suport, nu o dată, s-a adăugat și presiunea politică asupra guvernului de a întreprinde măsuri pentru suportul copilului.

Strategia sprijinului occidental ar putea fi caracterizată printr-o combinație de suport pentru instituțiile publice și pentru dezvoltrea activităților voluntariale și non-guvernamentale. Un accent special a fost pus pe sprijinul societății civile, a dezvoltării unei rețele de Organizații Non-Guvernamentale. Aceasta s-a materializat prin programe lansate de ONG-uri occidentale, cu fonduri oferite de diferite guverne occcidentale sau adunate de ele însele, adesea în parteneriat cu organizații non-guvernamentale românești constituite special în vederea unui asemenea parteneriat. Sau direct prin finanțarea ONG-urilor românești, prin diferite mecanisme, de către guvernele sau organizațiile occidentale.

S-ar putea observa că în acest sprijin a exisat o anumită preferință pentru societatea civilă, în raport cu suportul acordat instituțiilor de stat pentru reforma lor propriu-zisă. S-ar putea presupune mai mulți factori explicativi ai acestei abordări:

- O anumită neîncredere în capacitatea instituțiilor de stat de a absorbi direct fondurile disponibile și a promova propria lor reformă.
- Estimarea că societatea civilă reprezintă în țările foste socialiste elementul poate cel mai subdezvoltat care trebuie sprijinit în mod special.
- Posibil, o anumită concepție a unor donatori asupra mixului public/privat optim în protecția socială.
- Faptul că ONG-urile occidentale, foarte active în România, au convins că pot utiliza eficient suportul oferit de Occident, ele având capacități mai mari de lucru nu cu instituțiile publice, ci cu cele ale societății civile.
- Estimarea că organizațiile non-guvernamentale sunt mult mai flexibile, mai capabile să experimenteze și să inoveze decât instituțiile de stat percepute ca fiind rigide, blocate de mulțimea reglementărilor, mai puțin orientate spre inovare și schimbare.

Suportul occidental a avut efecte notabile pozitive: dincolo de sprijinul efectiv în rezolvarea diferitelor probleme, efectul activității lor a fost mai general:

- Mobilizarea societății civile și dezvoltarea capacității acesteia de autoorganizare, de proiectare și realizare de proiecte experimentale.
- Stabilirea de exemplarități în diferite domenii.
- Schimbări de mentalități, valori, atitudini.
- Acumulare de patternuri profesionale la nivel mondial de vârf.

Schimbările de mentalitate în acest caz sunt mult mai generale decât cele strict locale: la nivelul întregii colectivități, inclusiv al sistemului public.

Schimbarea mentalității/culturii suportului pentru copil a reprezentat un obiectiv foarte important al suportului occidental. Acest lucru s-a făcut pe mai multe căi:

- Prin mass-media și presiune politică: relevarea situațiilor considerate a fi intolerabile, dramatizarea lor și presiunea pentru intervenție activă. Aceasta este cel puțin parțial o explicație pentru dramatizările (cu scop pedagogic dar și frustrant) ale situației copilului în România în primii ani de după 1989.
- Prin expunerea la schimbare a atitudinilor persoanelor din diferite poziții ale sistemului de stat: vizite în Occident, workshopuri, publicații de diferite feluri.

Nu trebuie ignorate însă și unele posibile efecte secundare negative:

- Subdezvoltarea sistemelor de stat și nestimularea reformei propriilor structuri.
- Confuzie în ceea ce privește prioritățile reformei sistemului de protecție socială în România.
- Constituirea unui pattern de activitate bazat pe resurse financiare mult mai ridicate decât România și le poate permite în perioada actuală.
- Generarea unor tensiuni și insatisfacții legate de exploatarea personală a resurselor externe.
- Datorită resurselor externe, puțină relevanță pentru extinderea lor în România.
- Dificultate de preluare a unor sisteme dezvoltate în afară în cadrul structurilor statale nepregătite.
- Problema preluării/transferului ridică dificultăți enorme.
- Fragilitatea patternului dezvoltat în fața procesului de difuzie, extindere și/sau preluare în cadrul sistemului public. Venind din surse atât de diverse, cu filosofii, moduri de abordare atât de diferite, el a sporit într-un fel confuzia instituțiilor românești privitoare la strategia de dezvoltare a unui sistem coerent de politică socială, creând dificultăți de cristalizare internă.

Unele ONG-uri occidentale s-au dovedit rigide în promovarea modelului cu care au venit, demonstrând puține capacități de adaptare la condițiile specifice României. Confuzia internă, la rândul său, a făcut ca absorbția acestui suport să fie deficitară, fapt care, la rândul său, a sporit și confuzia donatorilor, fragmentând suportul primit.

3.6. Suportul social pentru copil: rezultate și puncte critice

Rezultatele eforturilor

- Eforturi deosebite în anumite domenii făcute de diferiții actori: guvern, autorități locale, societatea civilă, organizații internaționale – UNICEF în mod special, Delegația Comunității Europene sau Consiliul Europei, Guverne occidentale (SUA prin USAID, Canada, Anglia, Franța, Germania, Olanda, Danemarca, Suedia, Elveția etc. prin relațiile bilaterale)–, de colectivitățile din alte țări care au făcut donații generoase în diferite forme.
- Modificări remarcabile în multe condiții și componente ale sistemului. Rezultate excelente în multe

proiecte. Dar și insuccese sau, mai frecvent, succese insuficient sustenabile și difuzabile sau chiar involuții în condițiile slăbirii presiunilor spre schimbare sau a diminuării resurselor. Blocaje instituționale, dificultăți de comunicare și cooperare între actorii implicați, lipsa unei strategii globale de dezvoltare a unui sistem coerent de protecție a copilului. și, de aici, blocajele, confuzia unor programe, impresia că nu de puține ori resursele financiare utilizate dau rezultate modeste, abordări contradictorii, lipsite de perspectivă.

Punctele critice ale situației actuale

- Nivelul ridicat de sărăcie a marii majorități a familiilor cu mulți copii.
- Inexistența unui sistem de servicii de suport social (asistență socială) pentru familiile cu copii și pentru copii. Problemele care apar în familii nu sunt detectate și nu există suportul pentru a se interveni la timp, în mod preventiv. Suportul fragmentar și întâmplător al ONG-urilor nu poate suplini aceasta. Se impune urgența dezvoltării unui sistem de servicii de asistență socială în comunitate, la nivel local.
- Incapacitatea comunităților locale de a dezvolta activități de autosuport, prin mobilizarea resurselor interne. În mod special este de semnalat inhibiția organismelor autorităților publice responsabile.

Capacitatea de autoorganizare a colectivităților și de participare este încă foarte mică și extrem de puțin stimulată de către ONG-uri. Sunt mult mai puține inițiative care pornesc de la segmentele efectiv în nevoie și care se organizează pentru a face față acestor probleme, captând resursele externe și interne disponibile.

Cele mai multe dintre ONG-uri au pornit mai mult ca inițiative individuale de la clasa mijlocie-superioară, iar mai puțin ca inițiative ale segmentelor care efectiv au probleme, dezvoltate, în cele mai multe cazuri, în prelungirea suportului ONG-urilor occidentale. Unele dintre ele s-au transformat în organizații cu un nivel ridicat de profesionalizare, acționând la nivel național. ONG-urile românești, până în momentul de față, s-au bazat masiv pe resursele venite din Occident și într-o măsură mult mai mică pe resursele interne. În plus, ele au acționat în condițiile unor resurse substanțiale, experiența acțiunii cu resurse minime fiind mai puțin dezvoltată. Nu este exclus ca o parte din motivația menținerii și dezvoltării lor să fie salariile substanțial mai ridicate decât ale marii majorități a salariaților. Acesta este un punct extrem de fragil. Ele sunt activități foarte scumpe în raport cu resursele existente ale colectivității. Sunt deci imposibil de reprodus lărgit. Devin vulnerabile la scăderea resurselor și la egalizarea veniturilor cu cele ale colectivității. Ele sunt un model mai degrabă tehnic, dar mai puțin un model de mobilizare a resurselor autohtone și de administrare eficientă a lor.

Schimbarea de atitudine și mentalitate are însă o limită:

- Schimbarea de structură a instituțiilor/schimbarea de sistem/elaborarea unei strategii globale.
- Sentimentul de blocare a schimbării care s-a instaurat începând cu anii 1993–94.
- Sentimentul de incapacitate de a transforma noua înțelegere într-un sistem coerent de acțiune națională.

S-au acumulat modificări semnificative la nivel individual. La nivelul specialiștilor individuali s-au produs remarcabile schimbări de mentalitate, dar acestea au fost mai puțin convertite și susținute de către reforma structurilor. De aici impresia generală (corectă) că s-au produs schimbări mai mult acolo unde s-au găsit oameni dedicați, care au luptat pentru o idee. Dar și reversul: dificultățile, blocajele în promovarea schimbărilor. Rezultatul este o mare diverisitate de situații, la o limită putând găsi situații apropiate de condițiile mizere din 1989, la alta, situații în care datorită eforturilor personale se pot găsi lucruri admirabile. Cu o mulțime de situații intermediare: mici schimbări, induse mai mult de resurse suplimentare și de schimbarea mediului (sisteme într-o evoluție lentă, mai mult pasivă), dar și situații de confuzie în care unele schimbări, sunt blocate de reglementări rigide, de conflicte interinstituționale, de structuri rigide, de lipsa resurselor elementare.

Formarea de specialiști. Au fost susținute o mulțime de forme de specializare și formare profesională. În cadrul sistemelor existente (în învățământul sanitar, de exemplu), introducerea de forme speciale de dezvoltare profesională (management medical, instituțional). Un obiectiv important (ex. UNICEF) a fost suportul pentru dezvoltarea învățământului de asistență socială.

S-au obținut modificări importante care chiar dacă nu se văd prin efecte, ele vor fi fructificate rapid într-un mediu suportiv.

Au fost și încercări mai puțin eficiente datorită lipsei unei viziuni clare asupra sistemului de profesiuni și a necorelării dintre învățământ și reforma instituțională.

Cap.4. Pentru un sistem comprehensiv de suport financiar al copilului și familiei cu copii

Analiza situației copilului în primii 7 ani ai tranziției susține necesitatea urgentă a revizuirii sistemului de suport financiar a familiilor cu copii. ținând seama de constrângerile financiare, opțiunile imediate sunt limitate. Trebuie spus însă cu claritate că nu există niște niveluri obligatorii. Există un spațiu de libertate în care voința politică a colectivității și a reprezentanților ei poate să se miște.

Neglijarea suportului financiar pentru familiile cu copii a devenit una dintre temele aprig discutate în campania electorală din toamna lui 1996. Partidele care formează majoritatea parlamentară au inclus în programul lor, ca obiectiv prioritar, creșterea substanțială a suportului financiar pentru familiile cu copii. Acest suport a fost deja realizat într-o anumită măsură.

4.1. Presupozițiile suportului pentru copil

Angajările specificate de suport se fundează pe câteva opțiuni de principiu adesea implicite. Pentru o alegere corectă este nevoie ca aceste opțiuni de principiu să fie făcute explicite:

A. Opțiune privitoare la obiectivul suportului: suport pentru supraviețuire/suport pentru dezvoltare.

- Opțiunea suport pentru supraviețuire: sunt sprijiniți doar cei mai săraci dintre copii, a căror supraviețuire strictă este pusă în pericol. Această opțiune este îmbrăcată adesea în argumentul mai tehnic al eficienței transferului social: el trebuie strict orientat doar spre segmentele aflate efectiv în nevoie (de fapt, în nevoia cea mai gravă) și doar în măsura acoperirii acestei nevoi. Se presupune adesea că depășirea unor asemenea limite stricte ar reprezenta „o risipă" a resurselor colectivității.
- Opțiunea suport pentru dezvoltare: oferirea condițiilor minime necesare dezvoltării personale, educaționale, culturale și fizice a copiilor.

B. Opțiune privitoare la principiile suportului: principiul sprijinului pentru cei în dificultate/principiul solidarității sociale.

- Principiul sprijinului pentru cei în dificultate: creșterea copilului este o responsabilitate a fiecărei familii în parte, colectivitatea trebuind să intervină doar în situațiile în care familia nu are resursele necesare pentru aceasta.
- Principiul solidarității între generații (principiul reciprocității istorice): solidaritatea dintre generația adultă și generația vârstnică, dintre acestea și generația tânără); generația tânără, la rândul ei, va trebui să fie solidară cu viitoarea generație de vârstnici și cea tânără; și în cadrul aceleiași generații dintre cei care nu au copii în întreținere și cei care au copii în întreținere.

Temeiul unei asemenea solidarități este următorul: familiile cu copii au nevoi suplimentare în raport cu familiile fără copii. Copilul fiind un bun social, de care soarta întregii colectivități depinde, colectivitatea trebuie să facă investiții în viitorul său. Suportul familiilor cu copii reprezintă un mod de echilibrare colectivă a standardului de viață în fața unei probleme de interes comun: creșterea în condiții bune a noii generații.

Ilustrarea unei asemenea opțiuni o reprezintă politicile sociale din numeroase țări occidentale dezvoltate în care, deși standardul de viață al colectivității este ridicat, se practică un transfer important spre familiile cu copii.

Prima opțiune exprimă o solidarizare din caritate cu familiile cele mai sărace, cea de a doua, o solidarizare colectivă cu toate familiile care cresc copii.

4.2. Politica demografică: un argument în plus pentru o politică universalistă și generoasă de suport a familiilor cu copii

Politica de suport pentru copii trebuie să se bazeze pe o politică demografică mai generală. Deși există punctul de vedere că în momentul de față este dificilă, poate chiar neindicată dezvoltarea unei politici demografice (cel puțin unele elemente de politică demografică sunt inevitabil de formulat și promovat).

România este foarte diferită de țările sărace din lumea a treia nu numai prin faptul că s-a depărtat semnificativ de structurile tradiționale de viață (este o țară modernă, sărăcită de o conjunctură a istoriei), dar și prin natalitatea scăzută.

Țările sărace „standard" au o natalitate ridicată. Ele nu au interesul să o mențină prin transferuri sociale către familiile cu copii mulți, ba chiar dimpotrivă. Și chiar dacă ar dori să o facă, nu au resursele necesare. Țara noastră se află din acest punct de vedere într-o situație diferită: ea prezintă un nivel relativ scăzut al standardului de viață, cuplat cu o natalitate scăzută.

Datorită proporției în scădere de copii, resursele necesare suportului copilului vor putea fi obținute mai ușor.

Politica demografică în România trebuie să pornească de la câteva fapte fundamentale și să tragă concluziile strategice din ele:

1. Natalitatea este foarte scăzută și probabil va mai scădea. În aceste condiții este necesară o dublă opțiune: ***a.*** stimularea menținerii și, în perspectivă, a creșterii natalității; ***b.*** asigurarea unei generații tinere de calitate. În condițiile unei natalități scăzute (în 1996 se năștea doar 62% din numărul copiilor născuți în 1989) (tabelul 4.1), există și resurse mai bune de utilizat pentru fiecare copil și totodată nevoia de a evita pierderi suplimentare, prin condiții proaste de viață pentru generația actuală de copii, devine imperativă. Nu ne putem permite să pierdem fizic și social o parte dintre puținii copii care se nasc.

Tabelul 4.1

Dinamica numărului de nou-născuți în perioada tranziției

Anul	Nou-născuți anual	% din 1989
1989	369 544	100
1990	314 746	85,2
1991	275 275	74,5
1992	260 393	70,5
1993	249 994	67,6
1994	246 736	66,8
1995	236 640	64,0
1996	231 348	62,6

Sursa:CNS

2. Natalitatea este alarmant de diferențiată: ea este foarte scăzută la clasa mijlocie și superioară, care ar putea oferi condiții bune de dezvoltare a copilului, menținându-se relativ ridicată în mediile sărace și în cele marginale, în care copiii au oportunități scăzute de dezvoltare normală.

Pentru a stimula natalitatea este nevoie de a compensa cel puțin parțial efortul de creștere a copiilor. Această stimulare trebuie să se facă complementar cu stimularea responsabilității pentru calitatea dezvoltării copilului, stimularea responsabilității familiei pentru a asigura realizarea drepturilor fundamentale ale copilului.

O politică de suport exclusiv pentru familiile cele mai sărace, deși justificată din multe puncte de vedere în momentul actual, ar putea avea un efect secundar extrem de negativ: creșterea sau cel puțin menținerea polarizării actuale a natalității. Populația cu standard mediu de viață (încă scăzut în raport cu aspirațiile pentru o perioadă relativ lungă de timp) nu va fi încurajată să crească natalitatea; unele segmente sărace sau marginale vor fi încurajate să mențină o natalitate ridicată datorită suportului social care, de altfel, este absolut necesar. Efectele sociale de lung termen ale acestei polarizări ar putea prinde România (în condițiile unei creșteri economice modeste) într-un proces descendent: segmentele sărace care nu oferă condiții minime pentru dezvoltarea copiilor, datorită natalității ridicate, se vor reproduce lărgit; segmentele mijlocii și superioare, care au condiții bune de viață pentru copiii lor, se reproduc într-o manieră diminuată.

O politică demografică corectă în condițiile societății noastre trebuie să opteze clar pentru susținerea copiilor nu numai din segmentele sărace ale colectivității, dar și al celor din clasele mijlocii în vederea stimulării natalității lor.

4.3. Componentele majore ale programului de sprijin pentru copii

Pentru suportul copiilor este nevoie să se recurgă la un pachet complex de măsuri complementare.

4.3.1. Alocațiile pentru copii

Forma cea mai importantă de suport în bani pentru copii o reprezintă alocațiile pentru copii. Alocația pentru copii este extrem de utilizată pe plan mondial, în forme însă relativ diferite.

În legea actuală a alocațiilor se prevede că alocația este universală și egală pentru toți copiii. Se prevede un criteriu de excludere: neparticiparea școlară (abandonul școlar).

Dacă până în 1997 nivelul alocației s-a prăbușit, noul guvern, încă de la începutul anului 1997, a crescut alocația de aproape 5 ori în termeni nominali (50.000 lei). În termeni reali însă, creșterea este mai puțin spectaculoasă (alocația reprezentând în 1997 doar 65% din valoarea ei din 1989), datorită inflației foarte ridicate în lunile ianuarie–martie 1997. La această alocație universală, guvernul a decis recent introducerea unei alocații suplimentare pentru familiile cu mai mulți copii: 30 000 lei pentru familiile cu 2 copii în

întreţinere, 80 000 lei pentru familiile cu 3 copii şi 120 000 lei pentru familiile cu 4 sau mai mulţi copii.

O asemenea combinaţie de alocaţie universală (relativ ridicată) şi o alocaţie focalizată pe familiile cu mai mulţi copiii în întreţinere (marea majoritate a acestora având dificultăţi materiale suplimentare), ni se pare a fi o opţiune corectă, ea satisfăcând şi principiul solidarităţii şi nevoia de suport ridicat universal în momentul de faţă, cu imperativul de concentrare a resurselor bugetare limitate pe familiile cu nevoi mai presante.

Un sistem bazat pe testarea mijloacelor ar prezenta costuri inutil de ridicate, cu o capacitate de discriminare foarte scăzută datorită nivelului relativ apropiat al veniturilor.

Standardul de viaţă al familiilor cu mai mulţi copii

Tabelul 4.2.

Familiile după numărul de copii în întreţinere, caprocent din total familii cu copii în întreţinere (1995)

	1 copil	2 copii	3 copii	4 copii	5 şi mai mulţi
Total familii	**46,8**	**35,3**	**10,9**	**4,2**	**2,8**
Urban	48,9	37,3	9,1	3,0	1,7
Rural	43,4	31,9	13,9	6,1	4,7

Sursă: Baza de date ICCV (Calculat Corneliu Prisăcaru)

Tabelul 4.3.

Copii care trăiesc în familii cu număr diferit de copii în întreţinere, caprocent din total copii în întreţinere (1995)

	1 copil	2 copii	3 copii	4 copii	5 şi mai mulţi
Total copii	**24,9**	**37,7**	**17,5**	**9,0**	**10,9**
Urban	28,2	42,9	15,6	6,9	6,4
Rural	20,5	30,7	20,0	11,8	17,0

Sursă: Baza de date ICCV (Calculat Corneliu Prisăcaru)

Deşi proporţia familiilor cu 3 şi mai mulţi copii în întreţinere este relativ redusă în totalul familiilor cu copii (18%), dacă considerăm copiii care trăiesc în aceste familii, ei reprezintă 37% dintre copii. Copiii de rang 2 sau superior reprezintă 56% din totalul copiilor.

Tabelul 4.4.

Distribuţia (pe decile de venit ale familiei) copiilor în familii cu doi şi mai mulţi copii şi acopiilor din familii cu 3şi mai mulţi copii şi al celui de al doileacopil din familiilecu 2 copii

Decile de venit	% în fiecare decilă din total copii din familii cu 2 şi mai mulţi copii	% cumulativ	% în fiecare decilă din total copii din familii cu 3 şi mai mulţi copii şi al doilea copil din familiile cu 2 copii	% cumulativ
D 1	28,5	28,5	34,6	34,6
D 2	17,2	45,7	17,9	52,5
D 3	13,8	59,5	13,1	65,2
D 4	9,4	68,9	8,5	74,1
D 5	9,4	78,3	8,1	82,2
D 6	6,6	84,9	5,3	87,5
D 7	5,4	90,3	4,7	92,2
D 8	3,5	93,8	2,9	95,1
D 9	2,7	96,5	2,2	97,3
D10	3,4	100,0	2,5	100,0

Sursă: calculat după baza de date a ICCV, ***Sărăcia,*** 1994.

După cum se observă din Tabelul 4.4, sub minimumul decent de viaţă (aproximativ 70% dintre familii) se plasează aproximativ 90% dintre copiii din familiile cu 2 şi mai mulţi copii; şi 92% dintre copii din familiile cu 3 copii şi cel de al doilea copil din familiile cu 2. Aproape două treimi şi respectiv 3 cincimi se plasează sub minimumul de subzistenţă. Din cele mai bogate 20% familii ar face parte 4-6% dintre copii. Suportul universalist pentru copii nu este deci, în condiţiile actuale, lipsit de focalizare.

Concentrarea copiilor în zonele cele mai sărace ale comunităţii şi în mod special în anumite tipuri de familii este evidentă dacă luăm în considerare structura populaţiei care beneficiază de ajutorul social. Într-un eşantion reprezentativ al familiilor beneficiare de ajutor social, realizat de ICCV pe Bucureşti (Programul România 10%), rezultă următoarea structură:

Din total eșantion:	
Familii cu copii:	52,9%
Din care:	
Monoparentale:	33,4%
* 1 copil	16,9%
* 2 copii	8,6%
* 3 și peste	7,9%
Familii complete:	26,9%
* 1 copil	6,4%
* 2 copii	7,5%
* 3 copii	6,5%
* 4 și peste	6,5%
Total familii monoparentale/complete cu copii:	
* 1 copil	23,3%
* 2 copii	16,1%
* 3 și peste	20,9%

O formă deosebit de eficace pentru mărirea focalizării suportului pe familiile în nevoie: mecanismul impozitării alocației. Cumularea alocației cu veniturile totale (sau în momentul de față, datorită încă neintroducerii impozitului pe venitul total cu venitul cel mai ridicat din familie) ar face ca familiile cu venituri mai mari să returneze la buget o parte mai mare din alocație. În situația actuală, în care multe venituri sunt excesiv de scăzute, se poate introduce o formă mult mai simplă de impozitare: alocația poate fi inclusă în salariul/venitul de impozitat doar pentru veniturile/salariile care ajung la nivelul superior de impozitare.

Sunt câteva aspecte ale sistemului actual care necesită a fi limpezite:

1. Nespecificarea unui anumit nivel relativ al alocațiilor pentru copii. Pentru că nu este indus în lege nici un criteriu de fixare a nivelului alocațiilor în raport cu dinamica economiei, există pericolul erodării lor rapide. Alocația pentru copii ar trebui să fie ancorată prin lege (automat) în dinamica economiei. O asemenea opțiune ar exprima importanța acordată copilului. Ancorarea se poate realiza prin stabilirea **unui raport cu salariul mediu** care automat va fi păstrat sau, ceea ce ar reprezenta o ancorare mai conservatoare, **o indexare de 100% cu prețurile**.

Studiile realizate în cadrul Institutului de Cercetare a Calității Vieții sugerează că, în condițiile unui nivel scăzut de venituri ca cel prezent, un nivel de **10% din salariul mediu** ar fi satisfăcător pentru suportul universal al familiilor cu copii și suportabil financiar. Acest nivel ar fi de natură să echilibreze standardul de viață al marii majorități a familiilor cu copii, plasându-se la nivelul alocațiilor acordate în țări ca Ungaria și Republica Cehă, unde însă salariul mediu este sensibil mai ridicat. La acesta s-ar putea adăuga un supliment pentru familiile cu mai mulți copii în întreținere: o sumă bloc ca cea acordată în prezent.

2. Posibile efecte secundare negative. Efectul secundar des invocat constă în deturnarea alocației de la copil la întreaga familie: alocația ca un mijloc de trai al familiei. Sau, mai grav, pentru un consum inacceptabil al maturilor (consum de alcool).

Deși există o evidență mai degrabă anecdotică, se pare că legarea alocației pentru copii de participarea școlară a reprezentat un stimulent important pentru creșterea participării școlare. O asemenea legătură trebuie întărită și precizată. Este necesară menținerea și lărgirea caracterului condiționat al alocației pentru copii. Primirea ei trebuie să fie condiționată de îngrijirea copilului la standarde minime obligatorii: participarea școlară și colaborarea părinților cu școala pentru eventuala reintegrare școlară a copiilor; să se adauge îngrijirea medicală obligatorie: vaccinarea, consult periodic etc.; îngrijirea generală a copilului, neexpunerea lui la violență, la exploatare economică (cerșit, de exemplu).

În acest context se poate introduce un gen de Contract de îngrijire a copilului, de respectarea căruia să fie condiționată primirea diferitelor beneficii pentru copii, în mod special a alocației.

Pentru a întări atitudinea activă a familiei pentru educație și relația cu școala, sprijinul în îmbrăcăminte și rechizite este bine să fie acordat prin părinți. Aceștia trebuie să meargă la școală să solicite diferitele ajutoare și să facă dovada atitudinii lor active pentru participarea școlară a copiilor.

O asemenea abordare ar putea reprezenta începutul unei politici pozitive și active, de lichidare a unor segmente sociale excluse/marginalizate social, întrerupând ciclul vicios al reproducerii lărgite a marginalizării.

Acest ultim punct ridică o problemă complexă: copilul nu trebuie pedepsit pentru iresponsabilitatea părintelui. Neacordarea alocației ca efect al lipsei de

îngrijire a copilului nu reprezintă o sancțiune a copilului. Un asemenea copil neglijat trebuie însă considerat ca fiind într-o situație de risc și sprijinit prin mijloace distincte. Efortul de protecție trebuie să crească, dar nu prin transferul financiar direct către familie, dacă acesta nu este utilizat în interesul copilului. În tot acest proces, dezvoltarea sistemului de asistență socială reprezintă un mecanism vital.

4.3.2. Reduceri ale impozitării în funcție de numărul de copii

Reducerea de impozit pentru familiile cu copii este o metodă de sprijin utilizată frecvent în combinație cu alte metode. Ea poate fi susținută printr-un argument moral-politic puternic. Contribuția socială a unei familii poate consta în activitatea depusă, în bani (impozite) și prin copiii săi. O reducere de impozite este echitabilă pentru că cei cu copii aduc o contribuție prin copiii lor la bunăstarea colectivității, cheltuind mai mult pentru creșterea acestora.

Această metodă de sprijin încurajează munca și, în mod special, munca în economia normală, legală. Ea oferă oportunități deosebite de a realiza o politică socială eficace de eradicare a sărăciei familiilor de salariați cu copii. Reducerea impozitului este preferabilă transferului direct, mai ales celui bazat pe testarea mijloacelor.

Introducerea unui asemenea mijloc de suport ar trebui însă proiectată în conexiune cu alte mijloace și bazat pe o analiză atentă a costurilor și avantajelor. Modalități posibile:

1. Reduceri diferențiate în funcție de numărul de copii. Astfel, pentru un copil reducerea poate fi 0. Excepție pot face familiile tinere (până în 30 de ani) care pot avea 25% reducere. La al doiela copil, reducerea poate fi de 50%, iar la al treilea și următorii, de 100%. Reducerea poate fi până în momentul în care ultimul copil împlinește 18 ani.
2. Reducerea trebuie să fie plafonată. Ea poate fi acordată numai sub un anumit venit (de exemplu, de două ori salariul mediu pe economie pentru 2 copii și de 3 ori salariul mediu pentru 3 și mai mulți copii). Și în aceste limite, ea se poate acorda până la un plafon: nu poate depăși, să zicem, un salariu mediu pe economie sau o anumită fracțiune a lui. În acest fel se asigură o anumită diferențiere în funcție de venituri, dar, pe de altă parte, se exclude un transfer pur regresiv.
3. În perioadele caracterizate de șomaj, se pot acorda reduceri mai mari și pentru mamele cu un copil care nu lucrează. În acest fel, ajutorul de șomaj se poate înlocui cu o activitate de creștere a copiilor.
4. În condițiile actuale, reducerea de impozit se poate acorda doar pentru un salariu, nu pentru amândouă. În cazul impozitării pe venitul total, lucrurile se simplifică foarte mult.
5. Impozitul negativ: pentru încurajarea muncii în sisteme legale, pentru familiile cu copii se oferă o reducere a impozitului/sau compensarea reducerii impozitului în așa fel încât beneficiul rezultat să poată depăși impozitul în cazul în care sunt mulți copii. De exemplu, pentru al doilea copil o reducere a impozitului cu x. Apoi, se multiplică pentru fiecare copil adițional reducerea x cu un coeficient, fără a se putea depăși însă o limită superioară. Un asemenea sistem încurajează munca în sistem legal, eradicând sărăcia familiilor de salariați cu mulți copii.

4.3.3. Creșterea suportului „în natură": alimente, îmbrăcăminte, manuale școlare și rechizite, oportunități de petrecere a vacanțelor și a timpului liber

Suportul „în natură" asigură o centrare mai sigură pe nevoile copilului, evitând în mai mare măsură deturnarea suportului. În plus, el poate fi mult mai simplu focalizat decât suportul în bani. Un asemenea sistem ar putea prelua o parte din funcțiile pe care transferul în bani către familiile cu copii le îndeplinește.

Soluția cea mai bună ar fi existența unui buget unic în care să fie cuprins atât suportul financiar (alocațiile), cât și cel în natură, ponderea unuia sau a altuia putând să fie determinată flexibil.

Este imperios necesar să se examineze rapid posibilitatea introducerii unei mese/gustări gratuite la școală, probabil deocamdată la școlile cu copii proveniți din medii sărace. Credem că se întârzie nejustificat de mult o asemenea decizie, vitală pentru asigurarea unui minim nutrițional. În plus, o asemenea acțiune ar reprezenta un suport adițional important pentru participarea școlară în mediile cele mai defavorizate.

4.3.4. Alocație pentru îngrijirea copiilor

Alături de concediu pentru mamele care sunt încadrate în muncă (prelungit recent la 2 ani), se poate considera introducerea unei alocații pe perioade determinate pentru celelalte mame. O asemenea măsură ar încuraja îngrijirea în familie a copiilor, mai ales în condițiile în care șomajul va reprezenta o problemă importantă a următorilor ani.

O formă a acestei alocații, dar nelimitată, alocația pentru mamele cu 3 sau mai mulți copii, a fost desființată ca reacție împotriva a ceea ce se estima a fi un fel de parazitism social al celor care au mulți copii. În contextul în care s-a pus problema eliminării acestei alocații nu s-au luat în considerare celelate probleme conexe care se puneau atunci: problema pensionării timpurii, previziunea creșterii șomajului și a sărăciei și nici nevoile de îngrijire a copiilor.

Opțiune posibilă: *pentru primul copil să se ofere o îndemnizație dincolo de concediul de maternitate sau în lipsa acestuia, până la 3 ani. Pentru al doilea copil îndemnizația pentru îngrijirea copilului ar putea fi extinsă, de exemplu, până la împlinirea vârstei de 7 ani a ultimului copil. Valoarea sa va trebui să fie relativ redusă pentru a încuraja angajarea. Sistemul ar putea fi conectat pe de o parte cu ajutorul de șomaj, iar pe de altă parte cu sistemul de ajutor social, ambele fiind degrevate de o parte a efortului financiar.*

Indemnizația, ca de altfel și concediul pentru îngrijirea copilului, ar trebui să fie condiționată de ***contractul de îngrijire*** *valabil și pentru alocația pentru copii. Ea nu se va da automat. Dacă unul dintre copii întrerupe participarea la școala obligatorie, sau mama nu acordă grija medicală și socială necesară, dreptul la îndemnizație se poate pierde. Excepție face situația în care mama cooperează cu școala și cu asistența socială pentru revenirea copilului la școală, sau înscrierea într-un sistem de școală alternativă. Același lucru este valabil și pentru îngrijirea medicală, grija materială față de copil; abuzul de orice fel, inclusiv exploatarea economică trebuie să fie puternic eliminate.*

Sprijinul financiar pentru îngrijirea copilului poate și trebuie să fie asociat cu participarea la activități de interes public: îngrijirea copiilor în sistem de vecinătate, sprijin pentru grădinițe, școală, supraveghere a copiilor. Se poate adăuga o componentă de formare profesională pentru îngrijirea copiilor și, în anumite medii, de planing familial. Asemenea forme ar putea încuraja și munca parțială: participare la forme de supraveghere și îngrijire a copiilor celor care lucrează, asistență socială comunitară.

O asemenea alocație ar fi de natură să asigure simultan realizarea mai multor obiective: stimulează natalitatea, crește calitatea formării în familie a copiilor, reduce șomajul, crește responsabilitatea familiei pentru creșterea copilului, mărește contribuția socială a părinților, sporind coeziunea socială.

4.3.5. Suportul social bazat pe testarea mijloacelor

Utilizarea unui pachet complex de suport pentru familiile cu copii, ca cel descris mai sus, va diminua enorm numărul familiilor cu copii care se plasează în condiții de sărăcie absolută, fără însă a le elimina complet. În acest caz, sistemul bazat pe testarea mijloacelor este necesar. Acest ajutor poate fi:

a. Financiar continuu. Și în acest caz credem că sistemul trebuie completat cu participarea la activități de interes public și un contract de îngrijire a copilului.

b. Suport financiar extraordinar. Este nevoie ca să existe o anumită discreționalitate la nivelul serviciilor de asistență socială care să decidă, în raport cu problemele cu care o familie se confruntă, să aloce un suport financiar ocazional/punctual pentru rezolvarea unor probleme.

c. Suport focalizat categorial. Este probabil esențial a oferi și un suport focalizat special pentru unele categorii de situații: case sociale sau suport parțial al chiriei/întreținerii pentru familiile cu copii mulți/sau suport pentru construcția de locuințe pentru cazurile speciale/suport permanent sau prin bunuri și servicii pentru persoanele cu boli cronice, handicap etc.

d. Pentru familiile cu copii, este de preferat ca în locul ajutorului social să se ofere mai multe burse sociale. Condiția obținerii unei asemenea burse sociale trebuie să fie frecventarea normală/la standarde minime a școlii. În acest fel, bursa socială devine un stimulent puternic pentru urmarea școlii.

e. Suport în bunuri și servicii: hrană, îmbrăcăminte, rechizite, bilete de tabără înalt subvenționate.

4.3.6. Suport pentru mamele singure

Problema mamelor singure este o problemă critică. Din experiența internațională se știe că un asemenea suport poate avea efecte secundare negative: încurajarea fetelor tinere să nască copii, ca o cale spre o viață independentă de familie, bazată pe suport social; încurajarea uniunilor neoficiale pentru a obține sprijinul; creșterea, în consecință, a proporției mamelor singure. Un asemenea fenomen de îngrijorare colectivă este specific ultimelor decenii în SUA. Se pare însă că, cel puțin pentru momentul actual, în România nu există un asemena pericol.

Unele asemenea tendințe negative (cum este cazul creșterii proporției mamelor singure) par să fie însoțitoare inevitabile ale unui proces de modernizare. Întrebarea este însă în ce măsură ele sunt stimulate sau inhibate de o anumită politică socială. Deși este extrem de dificil de identificat cu claritate contribuția diferiților factori, este important ca, pe cât posibil, să nu fie adoptate politici care accentuează asemenea tendințe; și dacă ele sunt inevitabile, este necesară adoptarea unor măsuri de minimizare a acestor efecte.

Pentru a contracara parțial aceste efecte negative și a-i determina pe părinți să contribuie la întreținerea copiilor pe care i-au abandonat în grija celuilalt părinte, este important a se introduce un sistem alternativ mai bine centrat, pentru sprijinul copiilor de către tații care nu locuiesc împreună cu familia. În locul sistemului actual care se fundează prea mult pe procedura juridică, se poate introduce un dublu sistem: unul automat și unul prin decizie judecătorească.

1. Sistemul automat: părintele legal, despărțit de familie, va plăti un impozit special pe venit care va fi transmis direct sau indirect mamei (prin organismele de stat) în mod automat. *Venitul tatălui poate fi impozitat în funcție de cuantumul acestuia, sau poate să i se rețină o sumă fixă stabilită anual prin HG. Se pot concepe mai multe sisteme. Transfer direct: impozitul plătit automat de tată este transferat mamei. Transfer indirect: cele două sisteme – impozit pentru tată/beneficiu standar-*

dizat pentru mamă – sunt independente. Probabil că acest sistem indirect, prin impozitare, ar fi mai bun, el asigurând și o anumită redistribuție și încurajând tații cu venituri mari să suplimenteze voluntar contribuția la creșterea copiilor. Copiii pot fi înscriși în cartea de muncă/în sistemul de asigurări sociale. Acest sistem ar elimina interminabilele procese și dificultăți în indexarea pensiilor alimentare. Sustragere a de la plata obligațiilor față de copii poate fi introdusă ca act penal și sancționată cu închisoarea și confiscarea bunurilor în favoarea copiilor. Inexistența veniturilor pe o anumită perioadă de timp poate fi contabilizată, grevând potențial perioadele de prosperitate. În orice moment, organismul acreditat cu prelevarea contribuției pentru copiii abandonați poate să aibă prioritate în preluarea unei părți din venituri sau din averea acumulată.

2. Peste impozitul/alocația standard de creștere a copiilor, dacă veniturile respectivului părinte sunt mai mari decât o anumită sumă (2–3 salarii medii), se poate obține **pe cale judecătorească** o contribuție suplimentară directă.

3. În cazul copiilor născuți în afara căsătoriei, mamele pot acționa în judecată pe presupușii tați. În acest context ar fi necesar probabil să se examineze ca posibilitate și un eventual acord prealabil al partenerilor, care poate fi testat în diferite forme: au convieţuit; sau o altă formă de consimțământ; o situație care face nașterea inevitabilă, independent de decizia inițială. Este necesar ca și mama să fie făcută responsabilă de nașterea copilului.

4.3.7. Sprijin pentru obținerea unei locuințe

În momentul actual, pentru multe familii cu copii asigurarea unei locuințe la standarde minime a început să devină o problemă insurmontabilă. Formele clasice de suport social nu pot contribui în nici un fel la soluționarea acestei probleme. De aceea este necesară o politică specială în domeniu, ținându-se cont de actualele consecințe și premise ale politicii de locuire.

Prognozăm că actuala criză a locuințelor nu va înregistra ameliorări semnificative mai devreme de 5-6 ani, și nici în ceea ce privește calitatea și confortul locuirii. Anticipăm însă o înrăutățire a situației pe piața locuirii în sensul imposibilității de a-și putea procura o locuință pentru o mare parte din segmentele sociale defavorizate (cei sub minimul decent și tinerii). Această afirmație se bazează pe faptul că actualmente nu există nici o strategie viabilă de politică în domeniul locuirii, nu există o bază legislativă suficientă și coerentă și nici baza economică pe care ar trebui să se fundeze o asemenea politică.

Răspunsurile actuale la problema locuirii

Principalul act normativ care reglementează „aspectele sociale, economice, tehnice și juridice ale construcției și folosinței locuințelor" (art.1) este Legea locuinței nr.114/1996.

Legea stabilește (cap.2, art.6) categoriile de persoane cărora le este înlesnit accesul la câștigarea dreptului de proprietate asupra unei locuințe, în următoarea ordine a priorităților: a) tinerii căsătoriți care la data contractării locuinței au, fiecare, vârsta de până la 35 ani; b) răniții, familiile și părinții celor decedați ca urmare a participării la victoria Revoluției din decembrie 1989; c) persoanele calificate din agricultură, învățământ și sănătate care își schimbă domiciliul la sate; d) alte categorii de persoane.

Legea 114/1996 cuprinde și reglementări privind locuința socială : accesul la locuința socială, criteriile de repartizare a lor, durata, nivelul chiriei, subvenționarea chiriei de la bugetul local.

Legea prevede ca finanțarea locuințelor sociale să fie asigurată din bugetele locale ale consiliilor locale, prin transferuri de la bugetul de stat care sunt stabilite cu această destinație anual, prin Legea bugetului de stat, precum și din donații sau contribuții ale persoanelor fizice și agenți economici care doresc să se implice în construcția de locuințe sociale.

Subliniem însă și unele minusuri ale răspunsurilor actuale la problema locuirii:

- Apariția unor fenomene de vânzare abuzivă a locuințelor, evacuarea unor familii întregi din locuință din motive obscure, abuzive, sau parțial obiective (în special datorită neplății chiriei și întreținerii pe perioade de timp mai lungi).
- Familiilor evacuate din locuință nu li se oferă nici o altă alternativă de a dobândi o altă locuință; în acest context în ultimul timp a apărut un fenomen nou și extrem de grav: cel al familiior străzii – familii cu copii care se mută efectiv în stradă (cu toate bunurile pe care le au) și care așteaptă luni de zile, în această situație,să li se repartizeze o locuință.
- Există, în orașele mari în special, numeroase persoane singure fără o locuință (în special vârstnici, dar și copii) care dorm în stradă uneori timp de ani întregi; ca urmare, în ultimii ani se înregistrează o creștere a numărului celor fără locuință (homeless) decedați în timpul iernii din cauza frigului; numai în iarna 1996-1997 au decedat peste 100 persoane.
- Nu există un stoc de locuințe temporare care să ofere adăpost pentru persoanele/familiile în nevoie urgentă (pentru mame singure, bătrâni fără adăpost etc.).

Răspunsuri posibile la problema locuirii

Imaginarea unor soluții de ameliorare a actualei probleme a locuințelor în România trebuie să țină cont de mai mulți factori:

- Situația economică actuală.
- Posibilitățile reale de sprijinire atât a construirii de noi locuințe, cât și a celor în dificultate în această problemă, prin forme alternative și/sau compensatorii.
- O evaluare a necesarului de locuințe ținând cont de trei orizonturi temporale: scurt, mediu și lung.
- Construirea, în scurt timp, unui număr suficient de locuințe sociale și de necesitate, care să fie acordate familiilor în situație de criză, concomitent cu construirea de locuințe cu destinația vânzării către populație (în condiții avantajoase și suportabile pentru beneficiari), pentru a nu fi suprasolicitate locuințele sociale.
- „Completarea" problemei locuirii prin dezvoltarea unui sistem de servicii sociale care să rezolve „mixul" de probleme cu care se confruntă de obicei o familie. Marea majoritate a familiilor care au probleme de locuire cumulează și alte probleme sociale, de a căror rezolvare depinde depășirea situației de criză și câștigarea independenței față de ajutorul serviciilor sociale.

Întrucât problema locuirii în rândul copiilor este indisolubil legată de asigurarea bunăstării în sânul familiei în care aceștia trăiesc, este lesne de înțeles că orice element de politică a locuirii, care să amelioreze situația copiilor din acest punct de vedere, este tangențial cu rezolvarea situației întregii familii a copilului. Strategia care trebuie avută în vedere trebuie să țină cont de cele trei orizonturi temporale amintite anterior: scurt, mediu și lung.

Pe termen scurt (4–5 ani):

- Repartizarea locuințelor sociale pe criteriul precarității condițiilor de locuire și al cumulării acestora cu alte probleme sociale (copii mulți, sărăcie cronică etc.). Numărul de copii trebuie să reprezinte un criteriu absolut de prioritate.
- Reducerea numărului și chiar eliminarea totală a locuințelor provizorii/improvizate și a locuințelor ocupate din necesitate; scoaterea din uz a locuințelor care nu pot satisface unele cerințe minime de bază și schimbarea destinației acestora.
- Alocarea de fonduri pentru repararea și modernizarea unor locuințe care pot asigura în continuare adăpost, la un standard cel puțin minim, unui anumit procent din populație, până la soluționarea problemei.
- Stabilirea treptată a unor exigențe minimale privind suprafața unei locuințe (utilă și locuibilă) dar ținând cont de nr. persoane/locuință. Deși noua Lege a locuinței (114/1996) stabilește modificarea suprafețelor minimale (care erau reglementate de D.C.S. 256/1984) în sensul creșterii acestora, totuși acestea sunt depășite comparativ cu standardele europene, impunându-se ca peste 4–5 ani (cel târziu) acestea să fie modificate (crescute). În acest sens se impune necesitatea ca fiecare persoană să aibă în medie cca 18 mp.suprafață locuibilă, iar minimul să nu fie sub 8–9 mp.
- Determinarea familiilor ce au urgent nevoie de o locuință și rezolvarea cu prioritate a acestor situații.
- Sprijin pentru construcția de locuințe: pentru tineri și pentru familiile cu copii. Se poate introduce o reducere de dobândă (subvenționarea reducerii) în funcție de numărul de copii. La un copil (familie până în 30 de ani) să zicem de 25%, la doi copii, 75%, la 3 copii completă reducere. Pentru familiile cu mulți copii se pot introduce și alocații speciale care să asigure cumpărarea/construirea de locuințe. Pentru a se evita afacerile cu locuințe, dobânda urmează a se plăti la urmă. Dacă locuința este vândută până la achitarea ei, dar nu mai devreme de 10–15 ani, dobânda urmează a fi plătită la cursul pieței. Și în acest caz, se poate introduce o condiționalitate specifică: participare la activități de interes public, inclusiv la întreținerea respectivelor locuințe, amenajarea cartierului, participarea prin muncă la construirea de locuințe sociale.
- O (altă) soluție posibilă pe termen scurt ar fi facilitarea construirii de locuințe de către agenți economici (publici, dar mai ales privați) pentru propriii salariați. Reducerea impozitelor pentru asemenea agenți ar genera o implicare și dinamism pe piața locuințelor, în sensul ameliorării actualei probleme (acute) a locuirii. Trebuie însă stabilite criterii clare atât de acordare a locuințelor, cât și de reducere a impozitelor. Repartizarea locuințelor trebuie făcută după criterii de nevoie imperativă, de risc, de precaritate și inadecvare a condițiilor de locuire, și în mod special familiilor cu (mulți) copii.
- Reduceri/compensări de chirie și de cote de întreținere a locuințelor pentru familiile cu mulți copii.
- Acordarea de credite, cu dobândă avantajoasă, pentru cumpărarea de locuințe, în special tinerelor familii.

Pe termen mediu (5–10 ani):

- Ajungerea la ritmurile de construire dinainte de 1989 (cca 80.000–100.000 locuințe/an), vizând însă atât numărul, cât și calitatea locuințelor.

- Mărirea suprafeței locuibile la noile locuințe la cel puțin 16-18mp./persoană care ar antrena și scăderea numărului de persoane/cameră la 1,0.
- Construirea unui număr mare de locuințe sociale (300.000–400.000) în următorii 10 ani și acordarea acestora temporar, pe criterii bine definite, familiilor în nevoie. Pe timpul acordării locuinței sociale, beneficiarii trebuie sprijiniți să-și câștige independența față de suportul statului, prin acordarea de sprijin de către servicii sociale specializate în rezolvarea celorlalte probleme pe care le au (șomaj, venituri mici, familii dezavantajate etc.).
- Rezolvarea în cea mai mare parte a problemei locuirii în rândul tinerilor, printr-o politică activă de sprijin.
- Reabilitarea a cel puțin 50% din locuințele existente ce necesită reparații și reamenajări.
- Eliminarea locuințelor improvizate și a celor locuite din necesitate.
- Rezolvarea problemei locuirii în mediile studențești (cămine) și liceale (internate).

Pe termen lung (10–20 ani):

- Crearea unui stoc suficient de locuințe sociale care să răspundă în orice moment unor situații de criză.
- Construirea în următorii 20 ani a cel puțin 1,5 mil. locuințe noi.
- Reabilitarea tuturor locuințelor care prezintă condiții inadecvate de locuire.
- Creșterea posibilității de mobilitate locativă ca urmare a fluctuațiilor ce se întrevăd că vor apărea pe piața muncii în următorii 15–20 ani. Aceasta implică depășirea crizei actuale de locuire și, mai mult, chiar un excedent de locuințe, care ar putea fi generat de agenții economici posesori ai acestora.

4.3.8. Suport prin crearea de locuri de muncă, inclusiv în activități de interes public.

Este necesar să se examineze pe lângă soluțiile actuale de creare de locuri de muncă în sistemul economic normal, posibilitatea dezvoltării de programe și activități de interes public la nivel și cu suport național și local. Asemenea lucrări/activități publice pot fi de mai multe tipuri:

a. Dezvoltare comunitară – curățenia cartierului, reabilitarea locuințelor sociale, construcții de locuințe sociale sau de locuințe pentru participanți în sistem cooperativ, servicii sociale (supraveghere copii, organizarea timpului liber, educarea și sprijinul tinerelor mame, reintegrarea delincvenților etc.). Aici se încadrează și participarea la diferite activități de asistență socială comunitară. Unele beneficii sociale pot fi legate de înlesniri pentru construcția de locuințe în sistem de cooperație: dobânzi subvenționate și credite avantajoase pentru cei care vor să contribuie prin munca lor la construcții.

b. Dezvoltare locală – infrastructuri locale, lucrări de interes comunitar.

c. Obiective de interes național.

Se poate explora posibilitatea ca participarea la lucrări publice să constituie și vechime pentru pensie, cu contribuții corespunzătoare – eventual ceva de genul „jumătate din vechime".

Unele beneficii pot fi acordate colectiv sau cu un tip special de cumulare colectivă. De exemplu, asociațiile de locatari ai unui bloc. Este nevoie de a debloca structurile sociale blocate: lipsa de încredere, de comunicare, incapacitatea de a uni eforturile prin inițiative locale. Trebuie premiate și stimulate tocmai dezvoltările comunitare. Prin exemplu ele se pot difuza.

În mod special pentru a preveni degradarea cartierelor/zonelor cu locuințe sociale/sărace, programele de dezvoltare comunitară trebuie să fie parte integrantă a tuturor beneficiilor sociale.

La nivel național se poate examina posibilitatea ca o parte din fondurile alocate pentru ajutorul social și pentru șomaj să fie canalizate în diferite forme pentru programe de dezvoltare comunitară/zonală. Ajutorul pentru șomaj și cel social pot fi acordate în anumite cazuri condiționat de participarea la activități de interes public. De asemenea, el poate să reprezinte o parte din salariile din programele publice.

Trebuie stimulată organizarea de programe de interes public la nivel local. Din fondurile locale se pot face suplimentări în cadrul programelor de lucrări publice. Este posibil de asemenea a se stimula transferuri la nivel comunitar, nu numai în interes caritabil, dar și pentru dezvoltarea de programe de interes comunitar local. Pentru lucrări publice/servicii sociale se pot colecta resurse locale, administrate de autoritățile locale și utilizate împreună cu alte fonduri din ajutorul de șomaj și asistență socială pentru activități de interes public/local și a atrage în activitate pe cei care nu au loc de muncă. Donațiile în bani pentru lucrări publice locale trebuie să fie complet scutite de impozit.

Crearea de locuri de muncă inclusiv prin programe de interes public local este de natură a încuraja o mișcare locală de soluționare a problemelor sociale proprii și de transfer social local.

4.4. O schimbare de atitudine social-politică și culturală față de suportul pentru familiile cu mulți copii

Reforma politicii față de copil presupune, în condițiile societății noastre actuale, o depășire constructivă a dilemei suportului pentru familiile cu mulți copii, despre care am vorbit mai înainte: pe de o parte, există un larg consens cu privire la necesitatea urgentă de a acorda un suport substanțial familiilor cu copii; pe de altă parte, suportul financiar pentru familiile cu mulți copii este perceput ca stimulând natalitatea neresponsabilă, mergând până la dependența maturilor de suportul pentru copii.

În mod special, această dilemă se referă la un segment al populației de rromi. Percepția colectivă este că există un segment destul de larg al populației de rromi care, datorită unei combinații de factori cum sunt modul tradițional de viață și marginalizarea puternică datorată în primul rând proceselor de sărăcire, la care se adaugă ca un factor adițional și discriminarea, persistă într-un mod de viață caracterizat prin: adaptare la un standard de viață scăzut/angajare în activități marginale, în economia subterană și uneori chiar în cea criminală, natalitate ridicată complementar cu incapacitatea – lipsa de dorință de a oferi copiilor condițiile necesare dezvoltării (lipsa de suport pentru participarea școlară, pentru obținerea unei calificări), /angrenarea copiilor într-o cultură marginală a obținerii resurselor (cerșit, eventual furt) care le barează posibilitatea înscrierii la maturitate într-un sistem de viață modern și normal. În această categorie sunt incluse nu numai familii de rromi (deși acestea sunt percepute a reprezenta marea majoritate), ci și alte familii care au intrat într-un cerc vicios al marginalizării și automarginalizării. Diferitele forme de sprijin pentru familiile cu mulți copii sunt percepute a avea drept consecință neintenționată întărirea acestui mod de viață considerat de majoritatea populației a fi indezirabil.

Neacordarea suportului pentru familiile cu mulți copii reprezintă însă o formă inacceptabilă de pedepsire a copiilor pentru atitudinea părinților și de marginalizare socială, mergând până la excluziune.

Până acum, reacția la acest paradox a fost mai degrabă pasivă/negativă: o reținere fundamentală a dezvoltării unui suport pentru familiile cu mulți copii. Această reacție nu face decât să agraveze problema acestui segment. Este necesar ca cercul vicios să fie spart și să se dezvolte moduri constructive care să asigure în timp minimizarea consecințelor negative menționate, în loc de a sancționa nediscriminativ și global segmentele marginale, fapt care, paradoxal, este de natură a menține și chiar a amplifica problemele.

O parte a soluției o reprezintă **contractul pentru îngrijirea copilului** complementat cu dezvoltarea puternică a sistemului de servicii de asistență socială.

O a doua direcție de acțiune o reprezintă o politică activă de creare de locuri de muncă, de transfer din economia subterană în economia normală, inclusiv de atragere a tuturor în diferite activități de interes public. Cu alte cuvinte, o politică de suport social bazat pe muncă, pe contribuție.

Creșterea responsabilității familiei față de copii nu poate fi realizată decât simultan cu creșterea participării sociale. Efectul total poate fi stimularea unei natalități centrate pe calitatea copilului. Aceasta ar reprezenta în fapt o moderare a natalității necontrolate, generate de abandon și disperare, de sentimentul lipsei de control.

În consecință, strategia de suport pentru toate familiile cu copii trebuie diferențiată pe două rute:

RUTA A: sprijinul familiei pentru a crește centrarea ei pe copil, a dezvolta capacitățile sale de suport al copiilor și totodată de a crește propriile venituri atât prin transfer în bani și în natură, cât și prin participare la activități economice, cu toate beneficiile asociate, complementar cu un masiv suport în termeni de servicii de asistență socială.

Asumarea responsabilității pentru copii și dorința de a face ceva pentru ei, atitudinea activă față de propria viață vor trebui să primească suport din partea colectivității sub formă atât de oportunități de activitate și de îngrijire a copilului, cât și de suport direct în bani și în natură. Orice suport social trebuie să încurajeze atitudini active.

RUTA B: familiile care nu au capacitatea sau au dificultăți de a oferi copiilor condiții nomale de viață, inclusiv prin efortul economic propriu, nu trebuie nici pedepsite, dar nici premiate pentru aceasta. Ele trebuie să primească în continuare un suport mai ales în termeni de servicii de asistență socială; suportul pentru copiii din aceste familii trebuie să fie realizat printr-o combinație de suport pentru familie/suport direct pentru copil, la limită ei trebuind chiar protejați împotriva riscurilor din propria familie.

Schimbarea de strategie propusă aici ar putea fi rezumată în următorii termeni: de la suportul familiilor cu copii, indiferent de atitudinea lor față de copii, la un suport al familiilor pentru copii. Trebuie susținută activitatea familiilor pentru îngrijirea copiilor și nu familia, indiferent de orientarea ei.

Cap. 5. Sistemul de servicii de asistență socială

5.1. Asistența socială: cel de al treilea serviciu social vital pentru dezvoltarea copilului

Protecția socială și suportul social pentru membrii colectivității se realizează în principal prin două mecanisme distincte: **transfer financiar** și **servicii sociale**. Când ne gândim la serviciile sociale oferite de colectivități copiilor, primele în minte ne vin serviciile de sănătate și de învățământ. Societățile dezvoltate au adăugat în ultimele decenii un al treilea sector de servicii sociale adresat în mod special copilului și familiei, deși nu numai lor, **asistența socială**.

De multe ori serviciile de asistență socială sunt mult mai importante decât suportul financiar în sine. Mai ales în cazul copiilor/familiilor cu copii serviciile de asistență socială sunt în multe situații de risc cruciale. Uneori chiar familia îl supune pe copil unor situații de risc (abandon, abuz, exploatare). În aceste condiții, colectivitatea trebuie să intervină în suportul copilului. Cele mai importante asemenea mijloace sunt serviciile de asistență socială.

În cele mai multe țări există sisteme publice complexe care oferă servicii de asistență socială și care de cele mai multe ori sunt denumite, pe scurt, servicii sociale. Ceea ce aici va fi denumit sistemul de servicii sociale nu cuprinde toată gama de servicii sociale, ci doar serviciile de asistență socială.

În acest capitol va fi analizată situația serviciilor de asistență socială în general, avându-se în vedere mereu faptul că cele mai multe dintre ele sunt adresate copiilor și familiilor cu copii.

5.2. Funcțiile serviciilor de asistență socială

Serviciile de asistență socială se adresează tuturor persoanelor/familiilor și chiar comunităților care se află într-o **situație de nevoie**. Situația de nevoie se caracterizează prin faptul că persoana/familia/comunitatea respectivă nu deține mijloacele (capacități, informații, resurse) pentru soluționarea problemelor personale și sociale cu care se confruntă. Într-o asemenea situație, colectivitatea trebuie să acorde un suport special. Suportul interpersonal și comunitar spontan trebuie completat cu un suport sistematic și profesional care în termeni generali este definit ca **asistență socială**.

- **Dezvoltarea capacităților proprii.** Sprijină dezvoltarea capacităților indivizilor/familiilor/ comunităților de soluționare prin efort propriu (inclusiv prin mobilizarea resurselor disponibile) a problemelor dificile de natură personală, familială sau social-instituțională cu care se confruntă. **Autosuficiența**, adică capacitatea de a soluționa prin propriile capacități și resurse problemele vieții, este obiectivul ultim al asistenței sociale.
- **Suport profesional.** Suport bazat pe cunoștințe și tehnici profesionale pentru soluționarea problemelor personale/familiale/comunitare care depășesc capacitatea naturală a persoanelor/ familiilor/comunităților.
- **Facilitarea absorbției suportului social.** Facilitarea absorbției/beneficierii de către cei în nevoie de servicii și resurse care sunt puse la dispoziție de sistemul public sau de cel privat/ comunitar: învățământul, asistența medicală, planingul familial, ajutor social etc. Multe persoane/ familii în dificultate nu cunosc sau au dificultăți de a beneficia de formele de suport financiar/ instituțional disponibile la care au dreptul.
- **Focalizarea și eficientizarea suportului social.** Se impune utilizarea focalizată și înalt selectivă a unor forme de suport economic și a altor forme de suport pentru persoanele/familiile în situație de dificultate, precum și asigurarea utilizării efective a resurselor alocate pentru nevoia avută în vedere.
- **Apărarea intereselor și drepturilor persoanelor aflate în nevoie/dificultate.** Asistența socială oferă un prim suport din partea colectivității pentru drepturile persoanelor aflate în dificultate (copil, vârstnic, handicapat, sărac), în cazul în care acestea sunt amenințate, iar victima nu este capabilă să acționeze ea însăși eficace pentru asigurarea respectării acestor drepturi.

Serviciile de asistență socială reprezintă un fel de catalizator al relației dintre persoană/ familie/comunitatea locală/instituțiile publice. Ele sunt esențiale în constituirea unei societăți organic suportive și prietenoase față de fiecare membru al ei și în mod special față de copii.

5.3. Context istoric și internațional

În țările care au depășit un grad anumit de modernizare, serviciile de asistență socială reprezintă o parte importantă a sistemului general de protecție socială. Primele forme de servicii sociale s-au constituit,

chiar dacă în forme mai mult embrionare, încă din secolul trecut, cunoscând o dezvoltare și răspândire rapidă încă din prima parte a secolului XX în aproape toate țările europene.

În România, intervenția sistematică a statului în activitatea de asistență socială începe o dată cu crearea **Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale,** în 1920. În cadrul acestui minister funcționa **Direcția Asistenței**. La nivel local a început să se constituie o infrastructură diversificată: organele locale care aveau funcția de a oferi efectiv asistență socială erau **Birourile județene și comunale**, iar ca organ local consultativ, de aviz și coordonare, s-a instituit **Comitetul județean**. În 1930 este adoptată **Legea sanitară și de ocrotire** care oferea un cadru legal, foarte modern pentru perioada respectivă, de funcționare a întregului sistem de asistență socială și de coordonare a sa la nivel național. În municipii și orașele reședință de județ sunt înființate **Oficii de ocrotire**. În mediul rural sunt înființate **Casele de ocrotire**.

Sarcina de coordonare națională, metodologică și profesională a întregii activități de asistență socială revenea Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale: toate serviciile de ocrotire depinzând de alte ministere, de regii, precum și instituțiile și organizațiile private de ocrotire, funcționează conform îndrumărilor de ordin tehnic ale Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale și sunt supuse controlului de același ordin al acestui minister.

După al doilea război mondial, în mod special ca rezultat al activității membrilor școlii sociologice a lui Gusti, care au reușit să supraviețuiască represiunii anilor '50, se organizează un complex sistem de asistență socială teritorială, cu un asistent social la circa 30 000 de locuitori. Sistemul a funcționat doar în orașe, urmând ca într-o fază ulterioară să fie extins și la sate. Asistenții sociali erau formați într-o școală postliceală, primind o pregătire profesională de înalt nivel pentru acea perioadă, superior multor țări europene. În 1969 ,sistemul de asistență socială a fost desființat, fiind considerat ca impropriu unei societăți de tip socialist. Chiar și profesia de asistent social a fost ștearsă din nomenclatorul oficial de profesii.

5.4. Principii generale de organizare a serviciilor de asistență socială

Următoarele principii generale pot fi găsite în aproape toate țările cu sisteme dezvoltate de asistență socială, cât și în tradiția presocialistă a țării noastre:

A. Îmbinarea asistenței sociale generale cu asistența socială specializată. Serviciile de asistență socială sunt dezvoltate pe două niveluri:

- **Servicii de asistență socială generale** dezvoltate la nivel teritorial/comunitar și care oferă un prim suport social celor în dificultate. Ele pot angaja servicii mai specializate, pot informa/ îndruma pe cei în dificultate spre sistemele care pot să-i sprijine. Similitudinea cu serviciile generale medicale, deși corectă doar până la un punct, oferă o imagine intuitivă mai clară profilului acestor servicii.
- **Servicii de asistență socială specializată** care se adresează unor anumite tipuri de probleme, cu mijloace mai specializate. Ele sunt de regulă plasate pe lângă școli (se ocupă de problemele legate de participarea școlară), spitale, maternități, închisori/tribunale, oganele de poliție; în cadrul instituțiilor de asistență socială, ca de exemplu leagăne, case de copii, case pentru vârstnici, instituții pentre persoane handicapate etc.; sau în jurul unor probleme speciale – adopții, copiii străzii, dependenți de alcool sau droguri.

B. Asistența socială are un caracter global, abordând persoana umană holistic. Persoana umană ca subiect al asistenței sociale nu poate fi fragmentată nici metodologic, nici organizatoric. Pot exista priorități în ceea ce privește orientarea resurselor existente sau anumite specializări în cadrul serviciilor comunitare – prevenirea abandonului copiilor sau reintegrarea copiilor instituționalizați în familiile lor. Abordarea globală este însă o tendință structurantă pentru organizarea serviciilor sociale comunitare.

Serviciile sociale publice se ocupă cu toate problemele sociale ale persoanei/familiei. Experiența dezvoltării unor servicii comunitare strict specializate pe problemele copiilor/bătrânilor etc. par să fi dat rezultate mai degrabă negative. Este cazul Marii Britanii care după o asemenea experiență a revenit la servicii de asistență socială generale, cele specializate dezvoltându-se pe baza acestora.

C. Dreptul de a primi asistență socială în situații de necesitate este un drept universal al tuturor membrilor colectivității. Serviciile de asistență socială nu sunt destinate numai celor săraci. Și cei care au un standard satisfăcător de viață pot avea de înfruntat situații de dificultate pe care nu le pot soluționa cu mijloacele și capacitățile disponibile.

D. Asistența socială are un caracter profesional. Spre deosebire de sprijinul interpersonal și caritabil tradițional, asistența socială modernă reprezintă o profesie înalt calificată care absoarbe cunoștințe specializate din toate științele social-umane: psihologie, psihoterapie, sociologie, psihologie socială, medicină, economie, științe juridice, antropologie etc.

E. Baza organizării serviciilor de asistență socială este comunitatea locală. Coordonarea și îndrumarea la nivel național are de regulă un profil profesional. Responsabilitățile și deciziile de organizare sunt ale comunităților locale.

5.5. Situația actuală a reformei serviciilor de asistență socială

În 1989, România nu dispunea de un sistem de servicii sociale. Unele activități de asistență socială erau realizate fără mijloace profesionale necesare și în mod strict punctual de către autoritățile locale, întreprinderi sau organismele politice.

În 1990, guvernul a formulat ca unul dintre obiectivele sale majore ale reformei sistemului de securitate și protecție socială dezvoltarea sistemului de servicii sociale. Un prim pas l-a prezentat dezvoltarea rapidă începând cu 1990 a sistemului de pregătire a asistenților sociali la nivel universitar. Urma ca pe măsură ce specialiștii vor fi pregătiți, să se dezvolte și un sistem complex de servicii sociale. În momentul de față, secții de asistență socială funcționează la multe universități, fie autonome, fie ca profil secundar la secții teologice. În 1994 a terminat prima serie de asistenți sociali. În momentul de față sunt disponibili peste 1.000 de tineri specialiști.

Situația actuală a serviciilor sociale ar putea fi caracterizată prin următoarele:

a. Inexistența unui sistem național de servicii de asistență socială. Există doar dezvoltări punctuale ale unor servicii de asistență socială. Dacă sistemul global al serviciilor sociale nu a fost nici măcar proiectat, sub presiunea diferitelor nevoi s-au dezvoltat o serie de servicii sociale în cadrul sistemului existent sau paralel cu el, de către organizații non-guvernamentale. În multe cazuri, organizațiile non-guvernamentale au creat un fel de simbioză cu instituțiile publice: ele completează lipsa de resurse financiare și profesionale ale instituțiilor publice, formează cadrele din instituțile publice, sau suplimentează cu specialiști proprii aceste cadre, care lucrează în cadrul instituțiilor de stat.

Unele servicii (în mod special pentru copii, pentru persoane cu handicap, vârstnici, copii bolnavi HIV-SIDA și familiile lor) s-au dezvoltat în forme embrionare pe lângă alte forme de servicii și instituții. Altele s-au dezvoltat în jurul unor probleme speciale: evitarea abandonului copiilor, adopție, reintegrarea în familie a copiilor din instituții, copiii străzii, familii fără locuință.

Cea mai semnificativă dezvoltare au reprezentat-o centrele de protecție a copiilor și familiilor cu mulți copii dezvoltate experimental în 7 județe, prin cooperarea unei organizații non-guvernamenale românești **Pentru Copiii Noștri** (cu sprijinul specialiștilor britanici), cu actualul **Departament pentru Protecția Copilului** și **Consiliile județene**. Aceste centre au fost dezvoltate în afara structurilor publice, urmând a fi preluate de către Consiliile județene și transformate în servicii județene.

b. Lipsa unei concepții strategice de dezvoltare a unui sistem de servicii de asistență socială. După 7 ani, nu există o strategie clară de dezvoltare a serviciilor sociale publice. Lipsite de o viziune strategică asupra cadrului în care ele vor funcționa, cele mai multe experimente întreprinse prezintă, pe lângă multiplele lor contribuții, câteva limite structurale:

- Nu conțin **componenta de posibilă extindere/difuziune, cumulare într-un sistem global**. Ele sunt dezvoltate mai mult ca abordări punctuale și nu deschid perspectiva dezvoltării unui sistem de servicii sociale, din care el sunt o parte.
- Nu răspund la întrebarea: **cum se poate asigura continuitatea și sustenabilitatea funcționării lor**. Cele mai multe dintre ele sunt dezvoltate fie din entuziasmul donatorilor și participanților, fie ca răspuns la apariția unei surse importante de finanțare. Nu este deloc clar cum se vor transforma ele în sisteme cu funcționare permanentă.
- Exista practica de a delega/prelua unele responsabilități fără a fi asigurate structurile și instrumentele necesare.
- Nu iau în considerare **costurile activităților dezvoltate**. Multe dintre aceste programe sunt extrem de scumpe pentru România, dar posibil și pentru țări cu resurse mai mari. Din acest motiv, structural ele nu sunt capabile de a înlocui resursele externe pe care s-au clădit cu sursele interne pe care comunitatea este capabilă să le ofere. Nici comunitatea și nici statul nu pot oferi volumul de resurse presupus de extinderea multor programe experimentate. Din acest motiv, o dată cu epuizarea suportului inițial, este de așteptat ca cele mai multe dintre aceste sisteme să dispară.

c. Începutul unor procese de dezvoltare haotică, fără nici o concepție. Începutul dezvoltării serviciilor sociale este inclus în două documente care consfințesc doar posibilitatea organizării unor asemenea servicii, fără să indice suficient ce vor fi ele și cum va arăta sistemul național de servicii de asistență socială:

- **Legea administrației publice locale** prevede:

  *Consiliile județene **pot** dezvolta în cadrul lor servicii sociale. Dar o asemenea posibilitate legală nu include în nici un fel o strategie națională de dezvoltare a sistemului de servicii de asistență socială.*

- **Legea Bugetului pe 1996**:

  În „Anexa 8" s-a introdus o poziție aparte „serviciul social pentru ocrotirea copilului" în capitolul „Cheltuieli" ale consiliului județean. În acest fel, posibilitatea acceptată legal de dezvoltarea unor asemenea servicii este dublată de posibilitatea creării, în cadrul bugetelor județene, a unui capitol special. Aceasta este, de asemenea, doar definirea unei posibilități, iar nu alocarea fermă a unor resurse bugetare.

- **Hotărârea guvernamentală** adoptată în noiembrie 1996 cu privire la aceeași temă reia ideea **posibilității** organizării unor servicii sociale, fără însă a oferi o concepție metodologică clară. Singura opțiune care pare a fi inclusă în text este un fel de delegare a responsabilității în mod absolut consiliilor județene, cu cerința formală ca acestea să se coordoneze cu celelalte organisme locale sau ale autorității centrale. Nu există indicat nici un organism național care să coordoneze metodologic sistemul de servicii sociale.

Aceste prevederi, făcute în numele autonomiei locale și a descentralizării, pe lângă faptul pozitiv că definesc posibilitatea legală a dezvoltării serviciilor de asistență socială și principiul organizării lor în cadrul autorităților locale, exprimă în fapt abandonul complet de către autoritățile guvernamentale centrale al oricărei intenții de dezvoltare a unei strategii naționale. Din acest punct de vedere, aceste acte normative, după părerea noastră, nu fac decât să creeze o confuzie enormă și să deschidă calea unei dezvoltări haotice, dezorganizate și lipsite de profesionalism.

d. S-a acumulat multă competență, adesea sectorială, la nivelul unor organisme restrânse în cadrul instituțiilor guvernamentale, dar există un blocaj al oricărei încercări de gândire a unui sistem coerent. Cu sprijinul unor organisme internațioanle (o mențiune specială trebuie făcută în legătură cu activitatea Reprezentanței UNICEF în România), persoanele din diferite organisme și segmente ale sistemului guvernamental au avut posibilitatea de a-și dezvolta capacitatea de înțelegere a modului de organizare la nivelul experienței mondiale a diferitelor tipuri de activități de asistență socială.

Această competență acumulată este mai degrabă concret-sectorială. Tot mai mulți specialiști știu ceea ce ar trebui să fie făcut în legătură cu o problemă sau alta. Datorită sentimentului neputinței de schimbare a structurilor legale și instituționale, generat de blocajul de imaginație a reformei întregului sistem, se poate detecta un fel de **incompetență organizațională dobândită**. Mulți specialiști sunt blocați de lipsa voinței guvernamentale de a dezvolta o strategie globală de dezvoltare a serviciilor sociale și paralizați de încâlceala legislației actuale, neputând gândi soluții în perspectiva unor schimbări mai profunde. Înțelegerea dobândită de specialiști în ultimii ani se transformă într-o cunoaștere nostalgică nepractică sau în programe de îmbunătățiri graduale și locale, fără perspective globale.

În condițiile în care nu există un cadru pentru funcționarea serviciilor de asistență socială, experiențele punctuale devin tot mai costisitoare și eficiența lor este în scădere. Funcția de exemplaritate și de formare a unor capacități are o valoare tot mai locală, mai limitată.

Punctul critic al dezvoltării serviciilor sociale în momentul de față îl reprezintă inexistența unei structuri publice pe care serviciile non-guvernamenale să le complementeze. Preluarea unor experiențe pozitive în sistemul non-guvernamental de către sistemul public s-a dovedit neașteptat de dificilă, datorită lipsei unor structuri organizaționale adecvate. Asimilarea unor servicii create oarecum într-un mediu izolat în cadrul structurilor publice nepregătite, cu moduri de organizare nespecifice, este de natură mai degrabă de a degrada rapid și uniformiza la practicile administrativ nereformate a noilor paternuri create în afară.

Este nevoie să se asigure serviciilor sociale o anumită constanță structurală, iar nu să fie lăsate să fluctueze în raport cu resursele disponibile, cu configurația mentalităților și a sistemului de putere și influență locală.

5.6. Caz: serviciile sociale pentru copii la nivel județean

În 1993 au fost realizate experimental **Centrele de Sprijin Familial și Ocrotire a Copilului** în 7 județe ale țării. Inițiatori: Comisia Națională pentru Protecția Copilului și Organizația Pentru Copiii Noștri, în colaborare cu Consiliile județene și cu suportul PHARE și UNICEF. Aceste Centre par a reprezenta punctul de pornire pentru dezvoltarea viitoarelor servicii de asistență socială; din acest motiv este nevoie să ne oprim mai atent asupra lor.

Obiectivele centrelor: prevenirea abandonării copiilor în instituții; sprijinirea integrării în familie a copiilor aflați în instituții; plasarea copiilor abandonați în familii de substituție; ajutarea familiilor vulnerabile din punct de vedere material/financiar.

Delimitarea problematicii la abandon (copilul prezintă multe vulnerabilități și nevoi la care colectivitatea trebuie să răspundă) este o opțiune corectă în condițiile actuale. Ea este un complex problematic coerent care poate fi abordat în el însuși; este suficient de delimitat încât poate prilejui dezvoltarea unei intervenții structurate, înalt focalizate. Această delimitare a evitat acțiunea într-un mediu problematic, confuz, tatonarea simultană a variate probleme, mult prea complexe pentru a fi soluționată vreuna. A oferit posibilitatea dezvoltării unor proceduri (metodologii) înalt elaborate care să stea la baza unor servicii profesionale de calitate.

Există însă un dezavantaj în această abordare: limitarea serviciilor la o arie specificată este o opțiune excelentă pentru o primă fază. Ea însă structural are limite datorită faptului că unele componente ale problemei nu intră în acțiunea de soluționare. Presiunea spre

lărgirea obiectivelor – și alte probleme ale copilului, ale familiei și ale persoanelor – pare a începe să se simtă încă din acest moment în funcționarea acestor servicii experimentale.

Mijloacele de abordare. Accentul a căzut pe servicii de asistență socială profesioniste. Deși la o vedere superficială abandonul este determinat de cauze strict economice, cazuistica adunată în activitatea Centrelor probează că o asemenea imagine nu este nici pe departe corectă. Este vorba de un complex de cauze, în care cele psihosociale sunt foarte importante. Schimbarea de atitudine a părinților, a familiei mai largi, informarea mai corectă, dezvoltarea de capacități de a face față situațiilor dificile – s-au dovedit a fi foarte eficiente. Am putea spune că sprijinul economic nedublat de suport social profesional (servicii de asistență socială) este puțin eficient. Serviciile sociale au probat că pot crește eficiența alocării resurselor materiale. Într-o situație de raritate critică a resurselor materiale, ca aceea existentă actual, o asemenea abordare este cu atât mai eficientă.

Activitatea acestor centre a probat utilitatea dublării serviciilor sociale, în caz de nevoie, de suportul material. În multe cazuri, dificultățile materiale sunt atât de grave, încât oferirea doar de servicii sociale ar fi lipsită de sens și percepută chiar ca cinică. Suportul material este el însuși alocat extrem de focalizat și flexibil în raport cu nevoile. Caracterul temporar al sprijinului și în raport cu evoluția situației este de natură a evita crearea de dependență de ajutorul economic. Din acest punct de vedere, se accentuează dezvoltarea capacităților de generare prin efort propriu a resurselor.

Metodologia activității. Din acest punct de vedere, Centrele experimentale au beneficiat de un ajutor cu totul excepțional din partea organizației **Orphanage Trust**. Este un experiment extrem de pozitiv, a cărei filosofie trebuie utilizată și în dezvoltarea altor servicii sociale. Specialiștii britanici au pus la dispoziția Centrelor o procedură detaliată de lucru. Această procedură nu a fost transpusă pur și simplu la situația țării noastre, ci a fost adaptată prin discuții cu membrii celor două grupuri. Adaptarea la condițiile țării noastre a reprezentat totodată un prilej de formare a personalului român. Manualul de proceduri a fost utilizat eficient ca instrument de formare profesională. Ei au asigurat și formarea personalului român și supervizarea sa în perioada de început.

O lecție importantă de reținut din acest experiment este **dezvoltarea de Manuale de proceduri și publicarea/difuzarea lor**.

Probleme în discuție. Decizia de preluare a acestor centre de către consiliile județene și extinderea lor în toate județele, excelentă în sine, ridică câteva întrebări de ordin strategic:

- Să se opteze pentru centre specializate pe problematica copilului sau să se opteze pentru centre complexe mai largi de asistență socială ?
- Să se dezvolte la nivel județean, sau la nivel local ?
- Care este forma lor de organizare care să le confere posibilități specifice în cadrul sistemului administrației publice locale ?
- Cum va avea loc tranziția de la suportul înalt profesional al experților britanici la un suport profesional național. Există pericolul ca autoritatea profesională britanică să fie înlocuită fie de autoritatea birocratică, fie de o lipsă de autoritate profesională națională care va conferi un caracter confuz, diletant și arbitrar managementului respectivelor centre. Pericolul este al unei involuții profesionale rapide.
- O problemă critică a dezvoltării serviciilor sociale locale este că sistemul instituțional local nu are capacitatea adecvată de a asimila/dezvolta în structurile sale, cu o orientare administrativă distinctă, noile structuri. Există aici pericolul de extindere a structurilor și culturii organizaționale a administrației locale la serviciile de asistență socială, distorsionându-le astfel fundamental dezvoltarea. Semnele acestui fenomen negativ sunt deja clare.

5.7. O strategie de dezvoltare a sistemului serviciilor sociale

5.7.1. Principii/condiții fundamentale pentru construcția serviciilor sociale

Servicii înalt profesionalizate. Serviciile de asistență socială sunt în țările dezvoltate servicii înalt profesionalizate, utilizând specialiști cu înaltă calificare (asistenți sociali), dobândită prin forme de pregătire înalt elaborate, de regulă la nivel universitar. Asistenții sociali sunt deosebiți de voluntarii care acționează în organizații non-guvernamentale. Nicăieri nu există sisteme prescurtate de formare profesională cum se încearcă în momentul de față în unele județe. Serviciile înalt profesionalizate au o altă logică decât serviciile profesional medii, înalt standardizate și ușor de difuzat/asimilat.

- **Servicii deschise la revederea procedurilor și la încorporarea noilor proceduri și cunoștințe.** Ca orice profesiune cu un grad ridicat de încorporare a cunoștințelor științifice, asistența socială se află într-un proces rapid de dezvoltare. Ea presupune deschiderea la perfecționare/schimbare rapidă și capacitatea de asimilare de noi tehnici. Disponibilitatea la perfecționarea profesională este condiționată de tipul de pregătire inițială: o profesie cu un background științific solid și cu capacitate de reflecție critică și de autodezvoltare. Aceasta trebuie complementată de mecanisme specifice oricărei profesii cu grad ridicat de complexitate de difuzare de noi cunoștințe și tehnici, de formare profesională continuă.

- **Internațional/național/local în dinamica serviciilor sociale.** Profesia de asistent social trebuie considerată ca o paradigmă tehnică-științifică mondializată (stoc de cunoștințe utilizat, tehnici de tratare a problemelor, sistem de valori), foarte dinamică, care se transmite continuu, în mod special prin canale profesionale și mai puțin prin cele administrative. Inovațiile locale se difuzează tot mai rapid în toate contextele naționale. Este vital deci să existe, pentru menținerea standardelor profesioniștilor la nivelurile dezvoltării actuale, a unui mecanism de schimb profesional cu experiența mondială. Pe de altă parte, în contextele naționale concrete, se constituie paradigme profesionale naționale în jurul structurilor legal-instituționale proprii, a problemelor sociale și a posibilităților de soluționare a lor specifice. Problemele specifice ale unei țări, la care se adaugă prioritățile naționale, dau o anumită consistență specifică paternului profesional național. O anumită standardizare la nivel național a serviciilor de asistență socială este, în consecință, vitală. Ea este cu atât mai importantă cu cât cadrele profesionale sunt tinere și profesia ca atare este încă puțin impusă cultural la nivelul colectivității. Dezvoltarea și perfecționarea rapidă a specialiștilor nu poate să aibă loc pe cont propriu și nici în cadrul local limitat. Ciclul profesional are următoarele etape: inovație/experimentare/difuziune. Conectarea la mediul profesional internațional mai adaugă un circuit: contactul cu experiența mondială și preluarea acesteia. Standardele nu pot fi dezvoltate și adoptate exclusiv local și nici monitorizate local. Autoritățile locale au funcții esențiale în stabilirea unor priorități specifice și în evaluarea outputului general, dar nu în susținerea și controlul componentei strict profesionale, a tehnicii abordării. Este vitală însă combinarea între acumularea și difuzarea experienței la nivel național și experimentarea și inovarea la nivel local.

- **Combinarea între priorități stabilite la nivel național cu priorități stabilite la nivel local, pe fondul unei mondializări/regionalizări tot mai accentuate a sistemului de valori, a problemelor de soluționat și a priorităților.** Activitatea de asistență socială se fundează pe angajamente juridice, politice și morale atât ale țării într-un context mai larg (mondial: convenții ONU de exemplu), regional (reglementările europene), pe angajamente juridice, politice și morale ale țării ca un întreg prin legile și opțiunile sale politice, prin sistemul de valori promovat național, cât și pe angajamentele locale și responsabilitatea față de comunitatea locală.

Serviciile dezvoltate până acum în cadrul sistemului public sunt mai degrabă embrionare și cu un grad de profesionalism scăzut. Obiectivul actual este deci a proiecta practic de la zero un întreg sistem național. Va fi necesară o perioadă de probabil 8–10 ani până când aceste servicii vor ajunge la deplina lor maturitate. Este vital de aceea a se adopta cât mai rapid cu putință o strategie de dezvoltare.

5.7.2. Probleme ale formării resurselor umane ale sistemului de servicii sociale

Specialiștii în asistență socială cu pregătire superioară sunt formați într-un număr suficient pentru primele faze de dezvoltare a serviciilor sociale. În mod special Reprezentanța UNICEF, dar și alte agenții au oferit un suport important dezvoltării secțiilor de asistență socială. Se poate estima că tinerii asistenți sociali au putut primi o pregătire satisfăcătoare, putându-se integra cu succes în procesul de constituire a sistemului de servicii sociale. În anii următori vor fi produși de către universități și mai mulți. Există de asemenea asistenți sociali formați înainte de 1969 care nu au pierdut contactul cu profesiunea lor. S-a acumulat de asemenea o experiență valoroasă și de către nespecialiștii care au lucrat în organizații non-guvernamentale sau în cele guvernamentale. Multe ONG-uri occidentale au utilizat resurse apreciabile în dezvoltarea capacităților profesionale. Acestea sunt premise foarte importante, dar ele nu pot ține loc de o pregătire profesională sistemantică.

Ne confruntăm însă cu două tipuri de dificultăți în legătură cu disponibilitatea de specialiști:
1) Distribuția în teritoriu a asistenților sociali. În multe județe/orașe nu există asistenți sociali profesioniști disponibili. *2)* Marea majoritate a asistenților sociali sunt încă foarte tineri și dezvoltarea lor profesională urmează a se desfășura rapid în viitorul apropiat.

Există în sistemul instituțiilor actuale angajați cu formare profesională inadecvată. Unii dintre ei au acumulat o experiență apreciabilă și sunt motivați să se dezvolte profesional. Este important de aceea să se dezvolte o strategie națională, bine gândită cu privire la profesionalizarea angajaților care lucrează în sistemul de asistență socială care s-au dovedit apți și motivați să lucreze în continuare aici, cât și la asigurarea ocupării, în timp, a posturilor din serviciile sociale de specialiști.

Direcțiile de muncă și protecție socială din anumite județe au organizat unele cursuri pentru **lucrători sociali**. Avem mari îndoieli în legătură cu această formulă. O formație pragmatică nu poate oferi baza de cunoștințe necesare unui asistent social care să ofere servicii sociale de calitate profesională ridicată și înalt diversificate. Pericolul este ca naivitatea și schemele învățate fără un suport mai larg de cunoștințe să se transforme într-o rutină împietrită care va fi greu de schimbat. Întrebarea însă este ce viitor au aceștia în condițiile în care în câțiva ani numărul asistenților sociali formați va fi probabil abundent. Problema trebuie judecată cu toată atenția pentru că are implicații de lung termen atât pentru dezvoltarea serviciilor sociale, cât și pentru persoanele în cauză. Probabil că un sistem de formare de nivel colegiu, care să îmbine formele de învățământ la distanță, module intensive organziate în mediul universitar și practica supervizată de specialiști ar putea oferi o formație satisfăcătoare persoanelor angajate în serviciile locale.

5.8. Principiul teritorialității în organizarea serviciilor de asistență socială

Din experiența mondială și de asemenea din cea națională trecută și prezentă, rezultă că serviciile sociale, pentru a fi eficiente, trebuie să se dezvolte pe un mix de structuri și responsabilități locale/naționale. Organizarea la nivel local, înalt descentralizat, trebuie să se îmbine cu încadrarea într-o strategie profesională, organizațională și politică națională.

Principiul teritorialității considerăm că trebuie să stea în centrul organizării sistemului de servicii de asistență socială. Serviciile au ca bază teritoriul, mai precis comunitatea locală. Aici se găsesc parametrii situației contextuale în care oamenii trăiesc/soluțiile și resursele. Mobilizarea resurselor colective este o problemă vitală. Din acest motiv, serviciile de asistență socială trebuie să fie dezvoltate la nivelul de bază al localității.

Diferențierea funcțională pe axa local/național:

- ***La nivel local/comunitar*: servicii de bază, completate cu servicii de asistență socială specializate pe lângă unitățile locale, sub autoritatea locală.**
- ***La nivel național*: politica națională în domeniul social și al dezvoltării serviciilor de asistență socială; producerea și furnizarea resurselor profesionale; elaborarea și controlul standardelor minime de calitate; bugetarea.**

5.9. Organizarea la nivel local

Dezvoltarea serviciilor sociale de asistență socială la nivel teritorial trebuie să aibă loc în contextul unei reforme radicale a adminstrației publice locale și naționale.

5.9.1.Planul de dezvoltare socială locală: cadru de funcționare a serviciilor de asistență socială

Autoritățile locale trebuie să dezvolte **planuri de dezvoltare socială locală**. Aceste planuri trebuie să cuprindă diagnoza problemelor sociale ale comunității locale și modalitățile de acțiune pentru soluționarea lor. Un component special al acestui plan trebuie să-l constituie **Planul de acțiune în favoarea copiilor**.

5.9.2.Bugetul social local

Bugetul local oferă baza financiară a activității organismelor locale. Acesta se constituie dintr-un transfer din bugetul național și o parte constituită din resursele locale.

Aici se va avea în vedere doar partea de buget destinată activităților sociale (bugetul social). În constituirea acestuia, transferul de la bugetul național trebuie să se realizeze în bloc, dar pe baza unei metodologii unitare:

1. Finanțarea standard generală (minimă de bază). La nivel național se va stabili tipul de suport acordat diferitelor categorii sociale, cât și tipul de servicii sociale generale care pot fi oferite în raport cu prioritățile naționale și în limitele resurselor existente. Toate acestea vor fi bugetate în funcție de parametri standard: populație/număr de localități/instituții de asistență socială/servicii dezvoltate. Transferurile financiare pe categorii de beneficiari stabilite prin lege trebuie considerate ca standarde minime, care pot fi suplimentate din resursele locale.

2. Finanțarea suplimentară în raport cu problemele pe care diferite județe/localități le au. În raport cu amploarea problemelor sociale locale, suplimentar față de finanțarea minimă de bază se alocă o alocație suplimentară, variabilă, utilizând **o formulă a variației problemelor sociale**. Această formulă trebuie să cuprindă acele componente care sunt local variabile: gradul de sărăcie, proporția copiilor, a vârstnicilor în cadrul populației, nivelul șomajului etc. Fiecare dintre aceste criterii va primi un coeficient în raport cu prioritățile stabilite național. Acest mecanism asigură o redistribuție a resurselor naționale în funcție de gravitatea problemelor sociale locale.

3. Finanțarea instituțiilor de asistență socială plasate sub autoritatea locală nu vor primi de la bugetul național o finanțare specială, ca instituții. Finanțarea lor trebuie făcută, după criterii specifice, tot de la bugetul central, dar ca o parte din transferul „în bloc" către bugetele locale. Finanțarea lor se va realiza în cadrul finanțării suplimentare în funcție de amploarea problemelor locale. În acest fel, organismele locale pot să găsească modalități alternative, mai eficace și posibil mai ieftine; în loc de a utiliza banii pentru instituțiile de copii, aceștia pot fi utilizați pentru prevenirea abandonului și instituționalizării, pentru reinserția copiilor în familiile lor naturale sau în familii substitut.

4. Fonduri direcționate spre soluționarea unor probleme considerate a fi foarte importante, dar specifice comunității respective. Asemenea fonduri pot fi decise pe baza analizei la nivel național a problemelor considerate a fi grave în diferite județe. Responsabilitatea utilizării acestor fonduri (elaborarea de programe de acțiune și administrarea acestor programe) revine exclusiv autorităților locale. La nivel național însă va fi evaluat modul în care aceste programe sunt concepute și administrate.

5. Un fond bugetar discreționar care poate fi utilizat de fiecare comunitate locală în parte pentru rezolvarea de probleme specifice/dezvoltare de noi programe. Acest fond se adresează proiectelor locale originale a căror experimentare merită să fie încurajată prin noutatea lor și potențialul de inovație. Acestea din urmă trebuie să rămână nedefinite la nivel național, definirea lor rămânând complet deschisă imaginației celor care le propun. Finanțarea acestor din urmă proiecte va fi

făcută după criterii ca: importanța problemei, originalitatea soluției propuse, fezabilitatea proiectului. La nivel național, pentru a încuraja inovația socială, se poate rezerva un fond special (**fond național de dezvoltare socială**) acordat pe bază de competiție națională între diferitele proiecte sociale. Acest capitol oricât de mic ar fi este vital pentru a încuraja inițiativele locale și a stimula inovația.

Fondurile proprii produse de județe/localități pot fi utilizate pentru rezolvarea unor probleme proprii sau suplimentarea activităților de bază finanțate de la bugetul național. Serviciile sociale locale pot mobiliza și alte surse de finanțare (donații, sponsorizări, acțiuni de colectare de fonduri) pe care le pot utiliza liber pentru realizarea obiectivelor lor specifice.

Este important însă ca bugetarea activităților de protecție socială să fie realizată prin transferuri la nivel local printr-o sumă bloc. Responsabilitatea utilizării lor, a realizării obiectivelor fixate național și a respectării standardelor naționale revine complet autorităților locale. Transferul sumei bloc, iar nu pe capitole, oferă posibilitatea inițiativei locale, găsirii de soluții alternative. Evaluarea utilizării acestor fonduri nu va fi făcută prin raportare la capitole rigid definite, ci la calitatea activității desfășurate și la rezultatele obținute.

Beneficiile sociale individuale stabilite prin lege (pensii, alocații pentu copii, ajutoare de șomaj) vor fi furnizate printr-un sistem național distinct, iar nu prin intermediul bugetului social local.

Singura restricție cu privire la utilizarea alocațiilor bugetare naționale specificate, cu excepția regulilor strict financiare, trebuie să conste în realizarea obiectivului pentru care resursele respective au fost alocate. Acest aspect este nevoie să fie înalt elaborat, el reprezentând o filosofie nouă de administrare publică.

Un principiu important care trebuie promovat pe măsura dezvoltării experienței și a mijloacelor instituționale corespunzătoare, îl reprezintă încurajarea serviciilor sociale publice de „a cumpăra" servicii de la organizațiile non-guvernamentale. În loc de a considera că trebuie să dețină monopolul tuturor serviciilor sociale, ele trebuie să sprijine organizații locale sau naționale care pot prelua unele activități, inclusiv oferind o finanțare totală sau parțială a acestora. O asemenea soluție prezintă mai multe avantaje:

- Utilizează mai eficient resursele financiare și umane: comunitatea însăși poate contribui cu resurse financiare și cu resurse de activitate. De exemplu, realizarea unor centre de zi pentru copii care se pot baza integral pe personal voluntar; poate obține facilități de spațiu gratuite sau ieftine; poate obține suport financiar și în natură de la comunitate.
- Crește spiritul de inițiativă comunitară și solidaritatea socială.
- Creează experimente stimulative și competitive.

5.9.3. Servicii sociale de asistență teritoriale/comunitare

Serviciile de asistență socială reprezintă pilonul programelor locale sociale de acțiune. Sistemul de servicii de asistență socială trebuie inclus în organismele autorității locale. Ele pot fi subordonate Comisiei sociale, cooperând la realizarea diferitelor programe de interes local. Activitaea sa ar trebui să fie parte a unui program social local. Tradiția țării noastre în organizarea unor servicii comunitare este foarte importantă. Ea poate fi continuată cu atât mai mult, cu cât reprezintă practica cea mai răspândită în țările dezvoltate. Autoritățile locale alese democratic, care răspund în fața colectivității de modul de soluționare a tuturor problemelor locale, sunt responsabilele ultime de organizarea și funcționarea serviciilor sociale. Organismele locale trebuie să se bucure de autonomie funcțională și financiară. Ele trebuie să fie responsabile față de organismele locale democratic alese și față de comunitatea locală.

Serviciile locale de asistență socială au ca obiectiv toate problemele sociale ale comunității: soluționează problemele care se înscriu în limitele competenței lor; solicită sprijin de la sistemele specializate dincolo de aceste competențe/trimit cazul la sistemele specializate; urmăresc/sprijină evoluția cazurilor/soluționarea problemelor împreună cu sistemele specializate; sprijină luarea unor decizii de protecție a persoanelor din zona de care răspund prin anchete sociale. Asistentul social teritorial trebuie să funcționeze ca un fel de generalist. El analizează inițial problemele particulare, reprezentând un scrin și un orientator către sisteme mai specializate. El tratează totodată problemele globale. Centrul său de interes trebuie să fie mereu global: familia și comunitatea. Cooperează cu asistentul social din sistemele sociale specializate.

Serviciile locale de asistență socială trebuie să depisteze problemele, eventual înainte de declanșarea lor, și să acționeze pentru prevenirea și soluționarea lor prin:

- Informare asupra posibilităților existente.
- Consiliere și dezvoltarea capacităților de soluționare proprii.
- Măsuri de protecție în cazuri de nevoie: protecția copilului/a bătrânului.
- Medierea cu instituțiile specializate care pot contribui la rezolvarea unor probleme specifice.
- Suport material direcționat/ocazional.
- Mobilizarea resurselor locale pentru rezolvarea unor probleme.
- Dezvoltarea unei atitudini suportive din partea comunității.

Probabil că într-o primă fază, servicii sociale vor trebui să fie dezvoltate în orașe, având în responsabilitate și comunele învecinate, cu reprezentanți în comune. În comunele mari se pot eventual organiza încă de la început servicii sociale. Unele orașe mai mici apropiate de celelalte mari pot, într-o primă fază, să nu aibă centre proprii. Soluția practică ar fi constituirea unor centre de servicii de asistență socială care să deservească sectoare județene – orașe cu comune arondate sau grupuri de comune – la nivelul cărora să se constituie centre de servicii sociale locale. Un centru de servicii sociale trebuie să aibă o anumită populație în subordine. Presupunem că în fiecare județ vor fi 4–5 asemenea centre. Aceasta înseamnă 160–200 centre locale de asistență socială în toată țara.

Pe lângă serviciile de asistență socială teritoriale/comunitare care sunt orientate teritorial și global este nevoie de servicii de asistență socială specializată care să lucreze pe segmente de populație/tipuri de probleme, dar cu colaborarea serviciilor sociale teritoriale-generale. Aceste servicii sociale specializate vor fi încadrate în instituții ca: școli, maternități, spitale, închisori, tribunale, poliție, instituții pentru copii.

Serviciile sociale locale trebuie însă să aibă un fond financiar pentru sprijinul determinat pe baza diagnozei mai fine a situației. Acest sprijin trebuie să fie mereu extraordinar, ocazional. Două tipuri de sprijin financiar pot fi acordate de aceste servicii:

a. Sprijin de urgență. Sume relativ modeste pentru rezolvarea unor probleme care nu suportă amânare (hrană, îmbrăcăminte, medicamente, urgențe, transport la spital sau la altă instituție/cazare pe scurtă durată). Acest sprijin trebuie să fie dintr-un fond discreționar al asistentului social pe care acesta îl poate acorda fără aprobare prealabilă, dar cu evaluare posterioară.

b. Sprijin material ocazional/punctual pentru rezolvarea unor probleme critice ale unei familii. Acest ajutor trebuie aprobat pe baza anchetei sociale de către conducerea Centrului de asistență socială, pe baza raportului făcut de asistentul social.

Serviciile locale au în grijă, în cooperare cu Comisia socială județeană, și instituțiile de asistență socială. Ele administrează bugetul în așa fel încât să poată recanaliza finanțarea către formele alternative. Ele pot decide modul alternativ de utilizare a resurselor în respectivul an financiar.

Este important ca servicile comunitare de asistență socială să dezvolte o relație privilegiată cu sistemul de asistență medicală. Problemele sociale sunt împletite adesea cu problemele medicale: sunt surse ale acestoa, dar și produse ale lor. Prevenirea și tratarea diferitelor boli depinde adesea de factori sociali, inclusiv de sisteme de valori, atitudini etc. Cel mai adesea lucrul în echipă – asistent social/cadru medical – este esențial. Ca o soluție practică din multe puncte de vedere, inclusiv al cooperării cu sistemul medical, ar fi ca circa medicală să coincidă pe cât posibil cu zonele de asistență socială. În acest caz, în dispensarele medicale se poate rezerva o cameră pentru asistenții sociali cu responsabilități teritoriale.

5.10. Serviciile sociale județene

Comisia socială județeană are drept atribuții identificarea problemelor specifice ale județului, dezvoltarea de programe speciale la nivel județean, coordonarea instituțiilor de importanță județeană cu bugetarea lor. În programul creșterii autonomiei locale, Comisia socială județeană va avea un rol din ce în ce mai amplu. Din acest motiv considerăm necesar să ne oprim mai pe larg asupra direcțiilor în care ea ar putea evolua.

Funcțiile Comisiei sociale județene:

- Întocmește programul social județean, pe baza analizei problemelor sociale ale județului.
- Întocmește și administrează bugetul social județean care cuprinde bugete locale și programe județene.
- Sprijină organizarea programelor sociale locale. Oferă suport, coordonare și controlează serviciile sociale locale.
- Răspunde de perfecționarea continuă a personalului.
- Sprijină cu mijloacele județene funcționarea serviciilor sociale locale.
- Dezvoltă programe sociale județene sau participă la programele sociale interjudețene, în situația în care o zonă aparținând mai multor județe, și care prezintă o problemă socială, ar putea cere un program unitar care să fie realizat prin efortul concertat al județelor în cauză. Sau mai mule județe pot dezvolta forme de cooperare (de exemplu, formare a cadrelor) pentru realizarea obiectivelor comune.
- Cooperează cu serviciile sociale locale în organizarea instituțiilor de protecție socială.
- Elaborează proiectele de buget social județean; transferă resursele financiare venite de la bugetul național și cel județean în bugetele locale.

Comisia socială județeană nu trebuie să aibă în general funcții executive propriu-zise. Ea poate dezvolta unele proiecte de interes județean sau să coopereze la proiecte interjudețene. Accentul ar trebui să cadă pe activitatea la nivelul localităților.

Județele trebuie să aibă resurse proprii de analiză/cercetare a fenomenelor sociale. Din bugetul cercetării științifice se pot delimita unele fonduri dedicate în mod special cercetării sociale județene. Constituirea Centrelor de cercetare socială județeană va oferi baza de informații absolut necesară comisiilor sociale.

Comisia socială județeană trebuie să aibă un personal minim. Ea va trebui să includă și reprezentanți

ai tuturor serviciilor sociale locale, reprezentanți ai altor servicii ca învățământ, sănătate, poliție etc. Secretarul executiv al Comisiei sociale județene trebuie să fie specialist angajat – asistent social sau sociolog. Acesta ar putea fi totodată și directorul Serviciilor sociale județene. Președintele Comisiei: din consiliul județean – secretarul sau un vicepreședinte.

Un program special în activitatea Consiliului trebuie să-l constituie problemele de suport și de protecție a copilului. În condițiile actuale ar fi necesar a se întări rolul Comisiei județene pentru protecția copilului, concepută ca un partener local al Departamentului de Protecție a Copilului din cadrul guvernului. Ea ar putea fi o parte a Comisiei sociale județene. Comisia județeană pentru protecție a copilului nu trebuie să aibă funcții executive. Ea trebuie separată de organismele care iau decizii asupra copiilor individuali și care exercită autoritatea tutelară. Comisia județeană trebuie să adune repezentanți ai diferitelor instituții la nivel județean și local cu activitate în domeniul copilului; să realizeze o diagnoză a situației copiilor, să stabilească grupurile de copii care se află în situație de risc, să facă recomandări de programe speciale de nivel județean. La 2 ani va prezenta un raport special asupra situației copilului, după o metodologie pusă la dispoziție de către Departamentul pentru Protecția Copilului de pe lângă Guvern.

O problemă specială o reprezintă suportul metodologic pentru funcționarea și dezvoltarea acestui nou organism. Ea trebuie să primească suport metodologic de la departamentul de protecție socială al MMPS.

În subordinea Comisiei sociale județene ar putea fi constituit Serviciul județean de asistență socială. O atribuție specială o constituie organizarea serviciilor de asistență socială teritoriale. Serviciul județean de asistență socială va trebui să îndeplinească nu funcții executive, ci mai degrabă de coordonare și suport pentru serviciile locale de asistență socială.

5.11. Nivel național

5.11.1. Funcțiile nivelului național

Pentru a asigura un grad ridicat de eficiență funcționării organismelor locale în condițiile descentralizării, este vitală redefinirea funcțiilor organismelor naționale și întărirea acestor funcții redefinite. Experiența ultimelor decenii a probat faptul că descentralizarea irațională, neîmbinată cu asumarea de responsabilități specifice complementare la nivel național duce la ineficiență, dezorganizare și la importante distorsiuni în ceea ce privește prioritățile, mai ales în ceea ce privește protejarea drepturilor minorităților de orice fel.

1. Politica socială națională: stabilirea priorităților naționale, atât în ceea ce privește obiectivele/problemele de rezolvat, cât și modalitatea lor generală de abordare. Oferă o orientare politică generală, în acord cu angajamentele politice, juridice și morale naționale și internaționale.

Organismele centrale de stat au responsabilități politice și juridice naționale și internaționale a căror exercitare trebuie să o asigure. Angajamentele naționale implică răspunderi specifice ale tuturor elementelor componente ale puterii de stat: parlament, președinte, guvern. Aceste angajamente sunt luate prin programele politice ale partidelor, prin deciziile parlamentului și ale guvernului, ele fiind supuse sancționării ultime a electoratului. Sunt de asemenea angajamente externe, luate în forme politice sau juridice, față de respectarea cărora este responsabil statul în ansamblul său. Această responsabilitate națională nu exclude în nici un fel autonomia locală și inițiativele locale, ci le poate include ca o precondiție necesară și o resursă esențială.

Având viziunea problemelor globale ale țării, a angajamentelor politice și juridice naționale și internaționale, organismele centrale trebuie să fixeze o serie de priorități generale. Să stabilească problemele naționale, prioritățile și direcțiile de acțiune; să prevadă problemele în cristalizare și să dezvolte politici naționale de prevenire a lor.

Evaluarea eficienței programelor sociale și explorarea alternativelor la politicile practicate.

2. Dezvoltarea legislației în domeniul asistenței sociale: cadrul legislativ, care în momentul actual este absolut vital, reprezintă o responsabilitate a forurilor naționale guvernamentale. Legislația promovează atât cadrul de organizare, responsabilități, resursele necesare cât și standardele obligatorii de calitate.

3. Bugetarea. Bugetarea programelor și activităților sociale reprezintă un instrument esențial al realizării unei politici sociale naționale coerente, dar și a autonomiei locale. Din acest punct de vedere, este nevoie a se realiza o reformă radicală a concepției și mijloacelor bugetării. Bugetarea centralizată, rigidă, pe activități concrete, nu trebuie să fie înlocuită de o descentralizare haotică a bugetului. O structură înalt diferențiată și organic integrată a responsabilităților naționale și a celor locale trebuie dezvoltată.

Pentru politica socială decisă la nivel național dar realizată local este nevoie de o sursă de bugetare națională care să fie transferată în administrarea locală. Bugetarea priorităților și programelor naționale nu este o chestiune de decizie locală. Acesta este și cazul serviciilor sociale de bază. Ele trebuie finanțate de la bugetul național, dar nu direct, ci ca o parte a **bugetului social de la nivel local (județean).**

4. Stabilirea de structuri organizatorice naționale minimale. Chiar dacă o anumită discreționalitate este acceptată, dincolo de aceasta este nevoie de structuri unitare. Acestea au ca funcție asigurarea unui cadru minimal pentru activitățile considerate a fi necesare la nivel național.

Este cuprinsă aici o filosofie de organizare. Structurile minimale sunt acele structuri de organizare care se convine a fi necesare pentru activitățile minime acceptate național și bugetate național. Peste aceste structuri minime se pot constitui structuri suplimentare în funcție de prioritățile și de resursele locale suplimentare. Ele pot fi constituite, în mod liber de către autoritățile locale și pe baza resurselor suplimentare acordate de la buget.

5. Asigurarea procedurilor și standardelor profesionale, difuzarea lor, inclusiv prin mecanisme de formare permanentă.

- La nivel național trebuie dezvoltate procedurile activității profesionale și asigură continua lor revedere. Aceste proceduri pot lua forme variate: reguli, norme, practici minimale; dar și cunoștințe profesionale acumulate în diferite forme și difuzate în teritoriu. Manualele de proceduri, fie formal acceptate de către organismele centrale, fie dezvoltate de către specialiști și difuzate ca resursă profesională reprezintă un instrument esențial mai ales în fazele de început ale organizării serviciilor de asistență socială. Problemele concrete pe care serviciile sociale trebuie să le rezolve sunt în marea lor majoritate probleme generale, solicitând proceduri care nu sunt local dependente, ci profesional/moral/cultural/politic dependente.

Aceasta este situația tuturor sistemelor înalt profesionalizate. Descentralizarea serviciilor se referă doar la partea lor de administrare, dar nu la conținutul standardelor profesionale. Descentralizarea profesională este imposibilă sau ar fi dezastruoasă. Educația și sănătatea sunt bune exemple din acest punct de vedere. Standardele profesionale sunt asigurate într-o formă dublă: prin sistemele de învățământ acreditate național și prin organismele naționale atât guvernamentale (în mod special de ministerele în cauză), cât și profesionale (asociațiile profesionale).

6. Evaluarea și monitorizarea activităților de asistență socială trebuie făcute de instanțe profesionale independente, pe baza fixării unor standarde minimale de calitate și prin controlul realizării lor. La nivel național o asemenea funcție poate fi realizată atât de organismele de stat (guvernamentale, parlamentare sau, cel mai bine, de organisme special constituite de evaluare și acreditare), cât și de organisme profesionale (asociații profesionale).

7. Stabilește standarde de calitate minimale, condiții și proceduri de evaluare și acreditare a organizațiilor non-guvernamentale cu activități de protecție socială. Organizațiile non-guvernamentale aduc o contribuție extrem de importantă la sistemul de protecție socială colectivă:

- Reprezintă modalități de a mobiliza resurse suplimentare din cadrul colectivității (atât resurse financiare, cât și de activitate).
- Constituie câmpuri valoroase de experimentare a unor proceduri noi de tratare a problemelor sociale.
- Completează cu abordări mai focalizate, de tip complementar, protecția și asistența socială publică.
- Pot oferi standarde competitive stimulative.
- În plus, mobilizează spiritul comunitar în soluționarea problemelor sociale, stimulând cristalizarea solidarității sociale.

Organismul guvernamental responsabil în acest domeniu va trebui să dezvolte câteva funcții:

- Dezvoltarea unei legislații specifice care să ofere un cadru legal favorabil activităților ONG-urilor.
- Stabilirea unor standarde de calitate pentru toate activitățile de protecție socială la care trebuie să se conformeze toate organizațiile, publice sau non-guvernamentale. Guvernul trebuie să apere drepturile populației de a primi un suport social de calitate, cu respectarea totodată deplină a drepturilor omului.
- Stabilirea unor reguli obligatorii care să confere un caracter înalt transparent pentru colectivitate a activității ONG-urilor.
- Elaborarea unor proceduri și a unor mecanisme de evaluare a activității ONG-urilor care să ducă la un proces de acreditare a lor. Organismul care se va ocupa de evaluarea și acreditarea ONG-urilor va trebui să cuprindă în el și reprezentanți ai comunității pe lângă cei ai guvernului, ai comunității profesionale și ONG-urilor.

Un asemenea organism este cu atât mai mult necesar cu cât deja prevederile legale recente deschid posibilitatea ca organismele de stat să poată „cumpăra" servicii de la ONG-uri.

5.11.2. Organisme naționale

În ceea ce privește sistemul de de servicii de asistență socială, structurile guvernamentale sunt încă confuze.

Reforma la nivel național ar trebui să aibă ca obiectiv dezvoltarea unei organizări capabile a asigura o orientare politică și organizațională unitară complementar cu o maximă autonomie locală. O urgență absolută o reprezintă dezvoltarea unui organism sau complex de organisme responsabile de dezvoltarea, coordonarea, suportul serviciilor teritoriale și specializate de asistență socială.

Acest organism guvernamental central trebuie să dezvolte funcții predominant de **concepție**:

- Identificarea problemelor, formularea obiectivelor naționale și a priorităților generale de protecție socială și asistență socială.
- Estimarea continuă a dinamicii problemelor sociale și a răspunsurilor adecvate.
- Elaborarea politicii sociale guvernamentale și transformarea ei în program concret de guvernare.
- Elaborarea propunerilor legislative; dezvoltarea cadrului instituțional care să asigure aplicarea legilor

interne și a acordurilor internaționale la care România a aderat.

- Elaborarea propunerilor de buget; determinarea formulei de distribuție diferențiată a fondurilor bugetare naționale.
- Stabilirea structurilor minimale de organizare a serviciilor sociale.
- Elaborarea/revizuirea/experimentarea/difuzarea metodologiilor/procedurilor de soluționare a problemelor sociale și a standardelor de calitate.
- Elaborarea și monitorizarea deontologiei profesionale.
- Elaborarea unei strategii naționale de formare profesională și de pefecționare profesională continuă.
- Controlul activității profesionale la nivel local și a modului în care sunt realizate obiectivele fixate la nivel național.

Acest organism va trebui inevitabil să-și asume o gamă de responsabilități atâta timp cât mediul social în care acționează este lipsit de o serie de structuri care ar putea în mod normal să intre într-un parteneriat benefic. De exemplu, asociațiile profesionale, în principiu, ar trebui să preia integral sarcina elaborării procedurilor de soluționare a diferitelor probleme și de a stabili standarde de calitate. Ele ar trebui să participe activ la evaluarea și la acreditarea serviciilor sociale. Desigur că o asemenea activitate, cel puțin parțial, trebuie să se realizeze în corelație și într-o manieră consultativă în raport cu organismele guvernamentale. În condițiile în care asemena corpuri profesionale nu sunt cristalizate, organismele guvernamentale vor trebui să preia aceste funcții. Dar acest lucru trebuie să fie făcut într-o manieră deschisă, în parteneriat cu comunitatea profesională, stimulând cristalizarea de organisme profesionale care să preia treptat aceste responsabilități în parteneriat cu organismele guvernamentale.

Pentru unele probleme care pot fi considerate la un moment dat sau în mod permanent deosebit de importante este vital să se constituie la nivel guvernamental Consilii speciale care să atragă specialiști din întreaga comunitate în procesul de guvernare. Aceste Consilii trebuie separate de organismele naționale de execuție propriu-zise. Ele sunt organisme consultative.

Consiliul național pentru proceduri și standarde în serviciile de asistență socială

Dezvoltarea serviciilor de asistență socială, cu atât mai mult cu cât acestea sunt concepute într-o manieră descentralizată, subordonate autorităților locale, trebuie sprijinită, coordonată și monitorizată tehnic și profesional la nivel național. Acest lucru a devenit evident din răspunsurile date de Consiliile județene la chestionarul lansat de Departamentul pentru Protecția Copilului în pregătirea reuniunii de lucru care a avut loc pe 15 iunie 1996. Consiliile județene, interesate în dezvoltarea de servicii sociale de asistență solicită în mod insistent un suport de la nivel național.

Principalele funcții ale unei asemenea comisii ar fi:

- Dezvoltarea procedurilor de asistență socială și a standardelor de calitate.
- Asigurarea mecanismelor de difuzare a procedurilor și standardelor de perfecționare a specialiștilor din sistemul de servicii de asistență socială.
- Monitorizarea procedurilor și a standardelor de calitate.
- Standarde de pregătire profesională pentru serviciile sociale. Elaborarea principiilor de formare profesională continuă.
- Comenzi făcute unor grupuri de cercetare în vederea analizării diferitelor probleme sociale și a programelor sociale.
- Analiza noilor probleme și a noilor practici.
- Difuzarea inovațiilor.
- Organizarea/atestarea de cursuri specializate de difuzarea noilor practici.

Consiliul național pentru proceduri și standarde de calitate ar trebui format din specialiști din Universități și Institute de Cercetare, din aparatul guvernamental și din serviciile de asistență socială, din ONG-uri.

Sistem de formare profesională continuă

Este nevoie de dezvoltarea unei strategii coerente de formare profesională și de dezvoltare profesională permanentă pentru personalul care lucrează în sistemul de asistență socială. Acest program trebuie realizat împreună cu universitățile angajate în formarea asistenților sociali și cu alte organizații. El trebuie să cuprindă câteva componente structurale:

- Cursuri de perfecționare oferite de universități. Module de genul: o săptămână intensiv completat de învățământ la distanță.
- Difuzarea de materiale informative.
- Coordonarea la nivel național a programelor de studiu în asistență socială și în alte specialități legate de serviciile sociale în general, de serviciile pentru copii în particular.
- Publicarea unei **Reviste naționale de politici sociale și asistență socială**. Această revistă ar urma să reprezinte:

  * un forum de dezbatere a problemelor sociale și a politicilor sociale;
  * promovarea inovațiilor și difuzarea procedurilor și experiențelor pozitive mondiale și naționale;
  * informații curente pentru activitatea specialiștilor.

Cap.6. Educația copilului

Motto: **„În România, învățământul constituie prioritate națională."**
(Legea învățământului, nr. 84/1995, Art. 2)

În România evaluările performanțelor educației copilului pendulează între mândria cu rezultatele „olimpicilor" și îngrijorarea pentru fenomene precum analfabetismul sau abandonul școlar aflat în creștere alarmantă. La mijloc, între genii și analfabeți, pentru masa mare a elevilor pare să se reducă nivelul mediu de pregătire. Se înregistrează o creștere a polarizării motivației de participare școlară, sursa unei viitoare polarizări sociale cu un grad ridicat de durabilitate. Inegalitatea de șansă în fața școlii crește prin fenomene care se extind, precum meditațiile (care „parazitează" învățământul public și sunt încurajate de profesorii prost plătiți) și învățământul particular. Sărăcirea unei părți însemnate a populației devine un factor major de demobilizare a participării școlare. Discuțiile privind educația se opresc prea adesea la nivelul teoretic și se plasează aproape exlusiv în planul educației formale. Reforma educației s-a rezumat în multe cazuri la experimentări punctuale. Proasta salarizare și comoditatea status-quo-ului au determinat multe cadre didactice să nu întreprindă nimic pentru promovarea reformei și să aștepte în continuare indicațiile de la Ministeru Educației și Învățământului. Lipsa unor seturi de pro puneri concertate, rezultate din discuții și consultări cu cei direct implicați și interesați, precum cadrele didac tice, specialiștii din domeniul educației, părinți, a crea impresia de imobilism și a redus suportul în teritoriu pentru propunerile de reformă venite „de sus în jos". La nivelul învățământului vocațional, liceal și superio stabilirea numărului de elevi/studenți pentru fiecare secție/profesie s-a făcut inerțial, studiile de prospectare a pieței muncii fiind inexistente. Învățământul nostru a pregătit uneori viitori șomeri care a trebuit să se recali fice pentru a-și găsi un loc de muncă.

6.1. Efortul financiar de susținere a învățământului și participarea școlară

Populația de vârstă școlară reprezintă aproximativ 21% din populația României. Pentru a susține educația, după 1989, cheltuielile statului au crescut ca procent din PIB, de la 2,2% la 3,1% în 1994 (tabelul 6.1).

Tabelul 6.1.

Cheltuieli guvernamentale pentru educație și alocația de stat pentru copii – 1989 – 1994

		1989	1990	1991	1992	1993	1994	1996
Cheltuieli pentru învățământ	% din total cheltuieli bugetare	5,1	7,6	9,5	8,0	9,0	8,6	–*
	% din PIB	2,2	3,0	3,5	3,6	3,2	3,1	4,0
	Cheltuieli pentru învățământul preșcolar primar și secundar % din PIB	1,6	2,5	2,6	2,5	2,2	2,1	–*
	Cheltuieli pentru învățământul superior	0,2	0,3	0,4	0,6	0,5	0,5	–*

*) lipsă date
Sursa: C.N.S.

Totuși, dacă luăm în calcul faptul că PIB a scăzut în această perioadă, constatăm că suportul financiar pentru învățământ nu a crescut prea mult în termeni reali. În țările din zonă efortul financiar pentru susținerea învățământului a fost în 1993 mai mare decât în România (tabelul 6.2).

Tabelul 6.2.

Cheltuieli pentru educație în România și alte țări europene

ȚARA	Cheltuieli pentru educație % din PIB		În 1993 % față de România
	1993	1994	
România	3,2	3,1	100
Bulgaria	5,0	4,6	144
Ungaria	5,9	–	184
Polonia	4,7	–	147
Republica Cehă	4,1	4,2	128
Slovacia	5,1	4,1	160
Ucraina	4,8	5,7	150
Rusia	4,3	–	134
Lituania	4,8	5,8	150

Sursa: *Central and Eastern Europe în transition-public policy and social conditions*, Regional monitoring report, nr. 3, 1995, pag.124, International Child Development Centre, Florence, Italy

Dintre cele 18 state central-est europene foste comuniste (inclusiv fostele republici sovietice aflate pe teritoriul Europei), România a avut între anii 1989 și 1991 cel mai scăzut procent din PIB al cheltuielilor pentru învățământ, iar între anii 1992 și 1994 singura țară cu procent mai scăzut decât al României a fost Georgia. Faptul că PIB-ul nostru este de 10–15 ori mai mic decât al unor țări precum cele ale Uniunii Europene sau de 2–3 ori mai mic decât al unor vecini precum Ungaria sau Cehia face ca în valoare absolută sumele cheltuite de stat pentru un elev sau student să fie și mai mici la noi decât în țările amintite. Deși în 1996 și 1997 în România s-a ajuns la 4% din PIB cheltuieli pentru învățământ, este evident că efortul statului ar trebui să crească spre 6% pentru a acoperi adecvat nevoile de educație.

Prăbușirea generală a standardului de viață a forțat cele mai multe familii, în special pe cele cu mulți copii, să reducă cheltuielile pentru educație. Resursele bugetare limitate nu au permis însă o compensare adecvată de către stat a acestor reduceri, astfel încât pe fondul creșterii costurilor educației (manuale, rechizite, haine etc.) mulți copii nu au resursele minimale pentru a participa în mod satisfăcător la procesul de învățământ.

Ca rezultat al acestui fapt au apărut tendințe clare de reducere a participării școlare la toate nivelurile:

- Procentul de frecventare a grădinițelor a scăzut în mod constant de la 83% în 1989 la 55,2% în 1994.
- Procentul de cuprindere în învățământul primar a scăzut de la 97,3% în 1989 la 93,5% în 1993, crescând brusc la 99,4% în 1994, probabil ca urmare a condiționării obținerii alocației pentru copii de frecventarea școlii obligatorii.
- Procentul de cuprindere în învățământul secundar (liceu și școli profesionale) a scăzut de la 91,1% în 1989 la 75,5%în 1994.
- Creșterea explozivă a participării în învățământul universitar susține ipoteza unei polarizări motivaționale.

6.2. Efecte demografice asupra educației

Politica demografică a regimului comunist și evoluțiile economico-sociale postrevoluționare au condus la oscilații foarte mari în numărul de copii de la o generație la alta. Pe de-o parte au apărut generațiile uriașe de până la 500.000 de copii născuți pe an după 1966, pe de altă parte numărul de copii născuți pe an după 1996 oscilează în jurul a 250.000 (tabelul 6.3).

Tabelul 6.3

Evoluția demografică

Anul	Număr de copii născuti vii
1946	391 273
1956	427 034
1966	273 678
1967	527 764
1976	417 353
1986	376 733
1989	369 544
1990	314 746
1991	275 275
1992	260 393
1993	246 549
1994	246 736
1995	236 640
1996	231 348

Sursa: CNS

Ca răspuns la creșterea bruscă a populației școlare, după 1975 statul, în loc să aloce mai multe resurse, a recurs la creșterea foarte mare a numărului de copii dintr-o clasă/grupă de grădiniță și introducerea programului de școală în trei schimburi, fenomene care au contribuit substanțial la scăderea calității învățământului.

Este de remarcat că populația școlară a scăzut de la 5.575.000 în anul școlar 1989/1990 (24% din populație) la 4.703.000 în anul școlar 1995/1996 (20,7% din populație). Dacă evoluția demografică va continua tendințele actuale, în următorii 12 ani, populația școlară poate să scadă în medie cu peste 100.000 pe an, ajungând în 2008 la mai puțin de 3.500.000 școlari, adică 60% din populația școlară din 1989, reprezentând aproximativ 16% din populația României de atunci, față de 24% cât reprezenta populația școlară în 1989 și 21% în prezent.

Aceasta face posibilă reducerea numărului de copii dintr-o clasă/grupă și transformarea acestor fluctuații demografice, cu consecințe grave pe termen mediu și lung în plan economic și social, într-un avantaj pentru copii în planul calității educației primite, acolo unde clasele erau supranumerice.

Ținând seama de această situație este imperativ necesară o politică pentru a compensa puținătatea numărului tinerilor care vor intra pe piața muncii începând cu anul 2010 printr-o creștere a calității pregătirii lor.

6.3. Educația pe categorii de vârstă

Educația copilului de 0–3 ani

Până la vârsta de 3 ani copilul nu beneficiază, practic, de un sistem instituționalizat de educație în afara familiei. Educația primită de el este realizată aproape exclusiv în momentul actual de către familie.

Familia trebuie să-și permită însă supravegherea și educarea copiilor, să aibă timpul liber disponibil și resursele materiale necesare.

Din 1990, mamelor li se asigură concediu postnatal (65% din salariu) până la vârsta de 1 an a copilului, iar în prezent până la vârsta de 2 ani.

Între 2 și 3 ani (când copilul încă nu este acceptat la grădiniță) *problema supravegherii dar și a educației este aproape complet neglijată de instituțiile publice.*

Variantele posibile sunt următoarele:

- **Copilul să fie supravegheat tot de către mamă.** Ar fi necesară prelungirea concediului post-natal de la 2 la 3 ani, eventual prin diminuarea cuantumului indemnizației sau introducerea unei indemnizații în cuantum fix. Avantaje: crește calitatea educației copiilor, scade șomajul în rândul mamelor. Dezavantaje: costurile implicate. Practic, numărul mamelor cu copii de 2 ani este de aproximativ 200.000 dar un procent important dintre ele nu lucrează, necalificându-se în consecință pentru un asemenea beneficiu.
- **Copilul să fie supravegheat de un alt membru al familiei**: de către tată (dacă acesta lucrează în contratimp cu mama) sau de către bunici.
- **De către o persoană sau instituție din afara familiei:**

a. **Recurgerea la o persoană particulară** care să supravegheze copilul la domiciliu (baby-sitter) nu este foarte frecventă în România. Mai ales în marile orașe asemenea servicii ar fi benefice, deși doar o mică parte din populație și le poate permite. Controlul calității serviciilor de baby-sitter ar trebui realizat prin agenții specializate și reglementări legislative care ar spori încrederea populației în astfel de servicii.

b. **Realizarea unor „asocieri" între familiile cu copii mici pentru supravegherea lor.** Astfel de asocieri existente în alte țări ar trebui încurajate de stat prin acordarea unor facilități pentru mamele cu copii de 2–3 ani: 1–2 zile lucrătoare libere/săptămână, program redus (4–6 ore/zi) și/sau program flexibil.

c. **instituții: creșă/cămin/centru de zi, publice sau private.** Această soluție necesită în primul rând reintroducerea suportului financiar al statului, cel puțin pentru familiile sărace și cu mulți copii. În plus este necesară îmbunătățirea componentei educaționale a acestor instituții grav neglijate în trecut. O explicație a acestei deficiențe este neglijarea formării și angajării unui personal cu pregătire personală adecvată. Este curios faptul că deși începând cu 1994 au apărut primele 3 serii de absolvenți educatori-puericultori calificați, ei nu sunt angajați în domeniul pentru care s-au pregătit (creșe, cămine).

CĂSUȚA CU JOCURI: (Fundația Copiii Noștri cu finanțare PHARE, UNICEF etc.). ***Asigurarea supravegherii copiilor pentru intervale limitate de timp.***

Proiectul reprezintă o alternativă la instituția tradițională care va ajuta la prevenirea abandonului, neglijării sau instituționalizării copiilor provenind din familii în dificultate. Este un tip special de „Grădiniță" gratuită, cu program flexibil, unde familii defavorizate sau în momente de criză pot lăsa copiii. „Căsuța" poate adăposti 20 de copii odată (40 copii/zi), iar copiii nu pot fi lăsați decât maximum 5 ore pe zi sau 25 ore pe săptămână.

În „Căsuța cu jocuri", copiii beneficiază de educație prin joc, stimulare precoce. Este monitorizată dezvoltarea lor psiho-motorie și sunt controlați medical pentru detectarea precoce a unor eventuale probleme de sănătate. Proiectul își propune, de asemenea, organizarea de activități speciale cu părinții în vederea rezolvării problemelor familiale. Astfel de centre pot răspunde și unor situații de forță majoră cu care sunt confruntate persoanele care supraveghează de obicei copilul.

O importanță sporită trebuie acordată programelor de informare și educare a persoanelor ce îngrijesc copii de 0–3 ani (mame, bunici, personal din instituții etc.). Aceste programe se pot realiza fie prin instituții (Centre pentru mamă și copil), fie prin materiale informative precum lucrarea „A ști pentru a trăi" publicată de UNICEF).

„A ȘTI PENTRU A TRĂI“: – Abecedarul sănătății

Lucrarea, tradusă în peste 200 de limbi și tipărită în peste 10 milioane de exemplare, este plăcut ilustrată și este redactată într-un stil clar, accesibil tuturor. Fiecare capitol conține:

- **O notă pentru persoanele care vor transmite informațiile (formatorii)** – explicând motivele pentru care mesajele capitolului ar putea exercita o influență atât de puternică asupra sănătății mamei și copilului. (De exemplu: „Nașterile «prea numeroase sau prea apropiate», sau la femei care sunt «prea tinere sau prea în vârstă» sunt cauza a aproximativ unei treimi din decesele nou-născuților din întreaga lume“. Dacă toți sugarii ar fi exclusiv alăptați în primele șase luni de viață, atunci nu ar muri peste un milion de copii mici, în fiecare an, în întreaga lume.“ ; „Fără vaccinare, în medie, trei copii din o sută vor muri din cauza pojarului. Un al patrulea va muri de tetanos, iar al cincilea de tuse convulsivă. Din două sute de copii, unul va deveni handicapat din cauza poliomielitei.“)
- **Mesaje esențiale** – informațiile pe care orice familie și comunitate ar trebui să le cunoască. (Iată două exemple: „Riscul decesului la copiii mici crește cu aproape 50% dacă intervalul dintre nașteri este mai mic de 2 ani.“ ; „Femeia gravidă nu trebuie să câștige în greutate, pe parcursul sarcinii, mai mult de 10-12 kg.“).
- **Informații suplimentare** – pentru persoanele care transmit cunoștințele și care trebuie să știe mai mult despre subiectul respectiv. (De exemplu: „Alăptarea trebuie să înceapă nu mai târziu de o oră după nașterea copilului.“; „Peste 200.000 de copii din întreaga lume orbesc în fiecare an datorită faptului că nu au suficientă vitamină A în corp, conținută în laptele mamei și în anumite alimente“; „Este important ca părinții să știe că în primul an de viață al copilului, acesta este vaccinat în maternitate și apoi trebuie dus la dispensar, pentru vaccinare periodică“.

Educația copilului preșcolar 3–6/7 ani

O dată cu vârsta de 3 ani, copilul intră în sistemul instituțiilor de învățământ, în speță grădinița. Dacă analizăm evoluția în timp a procentului de înscriere la grădiniță a copiilor, constatăm că în România el a scăzut de la 83% în 1989 la 55% în 1994, înregistrând o ușoară creștere în 1995.

Pentru copiii de vârstă cuprinsă între 3 și 6/7 ani frecventarea grădiniței nu este obligatorie, conform Legii învățământului. Specialiștii confirmă că *rezultatele școlare ale copiilor ce au frecventat grădinița sunt superioare celor ale copiilor ce nu au frecventat-o.* În anul școlar 1995-1996 situația unităților preșcolare era următoarea:

Tabelul 6.4

Copii înscriși în unități preșcolare

	Total	Cu program normal	Cu program prelungit	Cu program săptămânal	Pentru copiii cu deficiențe	Case de copii preșcolari
Număr unități preșcolare	12 772	11 272	1 290	93	42	75
Număr copii cuprinși	697 888	535 228	146 276	7 014	2 578	6 792

Sursa: CNS

Rata de cuprindere a copiilor de vârsta respectivă a fost în 1995/1996 de 55,8%, (adică 697.888 preșcolari au frecventat grădinițele) mult mai mică decât în alte țări central-europene (tabelul 6.5).

Este de reținut că în grupele pregătitoare pentru școală, cuprinderea copiilor de vârsta respectivă a fost de 78,6%, un procent ce înseamnă, practic, generalizarea acesteia și sugerează posibilitatea introducerii obligativității acesteia.

Tabelul 6.5.

Cuprinderea în învățământul preșcolar în Europa Centrală și de Est -%-

Țara	Rata de ocupare în învățământul preșcolar a copiilor de vârsta respectivă
România	55,2
Bulgaria	64,6
Ungaria	86,1
Polonia	44,3
Republica Cehă	88,6
Slovacia	74,9
Ucraina	44,0
Rusia	55,5
Lituania	34,5

Sursa: Central and Eastern Europe în transition-public policy and social conditions, Regional monitoring report, no 3, 1995, p.124, International Child Development Centre, Florence, Italy

Cauzele principale ale scăderii ratei de frecventare a grădiniței au fost:

a) **Creșterea posibilităților familiei de a supraveghea copiii, prin scăderea vârstei de pensionare (care a mărit numărul bunicilor disponibili) și prin apariția și creșterea șomajului în rândul tinerilor** cu copii (mai ales femei).

b) **Scăderea veniturilor familiilor cu copii**, care a condus la reducerea cheltuielilor prin trimiterea copiilor preșcolari la bunicii lor din mediul rural sau ținerea lor acasă, sub supravegherea unor membri ai familiei sau chiar singuri, pentru a economisi prețul pe care părinții ar fi trebuit să-l plătească pentru masa servită la grădiniță.

c) **Apariția grădinițelor particulare**, atractive pentru familiile cu bani, mai ales datorită unor servicii speciale oferite (cum ar fi învățarea limbilor străine) și apariția guvernantelor sau a serviciilor de baby-sitter.

O strategie pentru creșterea ratei de ocupare în grădinițe **ar trebui să prevadă**:

- Măsuri în plan economic, prin subvenționarea mai crescută a costurilor grădinițelor cu program prelungit, mai ales pentru copiii din familii cu situații financiare precare, mergând până la gratuitatea totală a grădinițelor pentru unele categorii de familii.
- Atragerea din nou a unor întreprinderi în procesul de subvenționare-patronare a unor grădinițe, prin anumite reduceri de taxe, mai ales că primăriile nu dispun de fonduri suficiente pentru a suplimenta banii alocați de Ministerul Învățământului.
- **O politică activă de atragere a copiilor în grădinițe**, având ca pioni, pe de-o parte, angajații grădinițelor care să discute cu părinții ce-și țin acasă copiii, iar pe de altă parte, mass-media care să mediatizeze avantajele frecventării grădiniței.

Biblioteci de jucării

Confruntați cu nevoi mai presante (de hrană, de îmbrăcăminte, de întreținere) foarte mulți părinți se află în imposibilitatea de a le oferi copiilor lor jucării sau cărți pentru copii, și atunci când sunt cumpărate, copiii se plictisesc rapid de ele sau le strică și ar dori altele.

O măsură care ar putea, cu eforturi financiare și organizatorice relativ scăzute, să rezolve parțial această inechitate creată între copiii ce provin din familii bogate și ceilalți copii, ar fi realizarea unor „biblioteci de jucării". Astfel de biblioteci, inexistente în România, există în Marea Britanie și la ele apelează chiar și familii cu un nivel de trai mediu sau peste mediu. Ele funcționează pe lângă centre pentru mamă și copil. Nu necesită personal suplimentar, întrucât de ele se ocupă angajații instituțiilor respective. Fondul de jucării se realizează prin cumpărare dar și prin donații de la fabrici de jucării sau din partea unor părinți ai căror copii au crescut și nu mai doresc anumite jucării care sunt încă în stare bună. Funcționarea bibliotecilor de jucării este simplă: părintele își face o fișă și lasă o sumă de bani simbolică (o liră sau două) drept garanție. Copilul își alege o jucărie pe care o poate lua acasă pentru 1–2 luni. După aceea, de obicei, el se plictisește de ea și o schimbă sau, dacă dorește, își prelungește împrumutul. Dacă o jucărie se deteriorează, părinții nu plătesc reparația sau înlocuirea ei. Un avantaj suplimentar constă în faptul că, venind să schimbe jucăriile, părinții vor utiliza și serviciile de consultanță ale centrului.

În opinia noastră, măsura este relativ ușor de introdus și în România. Acest tip de biblioteci ar putea funcționa pe lângă creșe, grădinițe și școli, pe lângă spitale (sau secții) de pediatrie, pe lângă dispensare sau chiar în întreprinderile mari. Sindicatele, diverși sponsori, administrația locală ar putea sprijini constituirea fondului de jucării, completarea lui ulterioară fiind mai ușor de realizat. Marele avantaj ar fi acela că de banii investiți ar beneficia, pe de o parte, copiii din familiile sărace și, pe de altă parte, cu aceeași jucărie s-ar juca succesiv mai mulți copii.

Îmbunătățirea calității educației primite de copii în grădinițe poate și ea să contribuie la creșterea procentului de cuprindere. Ea este un deziderat pentru perioada actuală, în care valorile și structura socială se reașază, mai ales că în perioada comunistă educația în grădinițe s-a făcut în grup, (**neindividualizat**), și a fost chiar parțial ideologizată (vezi Oranizația Șoimii Patriei, cu toate elementele sale ideologice: uniformă, imnuri etc.). Noile orientări regăsite în noile programe pentru grădiniță, introduse de Ministerul Învățământului și de proiectele experimentale finanțate prin UNICEF promovează:

- **Jocul**, ca activitate fundamentală care să acopere 80% din programul educativ zilnic al copilului.
- **Educația individualizată (pe arii de stimulare) a copilului**, adresată copilului (fiecăruia în parte) și nu copiilor.
- Colaborarea educatoarelor cu părinții, prin îmbunătățirea comunicării cu familia, realizată prin intermediul centrelor de resurse pentru părinți.

Principiile proiectului de educație indvidualizată, pe arii de stimulare

În ansamblul său, proiectul de educație individualizată timpurie propune prin intermediul ariilor de stimulare o „educație globală" și funcțională, o „pedagogie a acțiunii și comunicării" centrată pe copil ca autor al propriei învățări. Principiile care conturează viabilitatea proiectului sunt:

- Fiecare copil este individualitate distinctă, cu nevoile lui specifice care se reactualizează periodic.
- În centrul activității educative se află cerințele individuale ale copilului.
- Educația nu se adresează doar „copiilor", ci fiecărui copil în parte.
- Prin observație, educatoarea poate cunoaște permanent cerințele copilului și le poate satisface.
- În educația timpurie (0–7 ani), forma specifică de activitate a copilului este jocul; de aceea, învățarea trebuie să se facă prin joc; el nu trebuie impus, ci lăsat la alegerea copilului.
- Oferind situații variate de joc, din care copilul alege, dăm posibilitatea dezvoltării independenței și încrederii în sine.
- Încrederea și respectul de sine trebuie să fie elemente centrale în cadrul obiectivelor educaționale, încă de la vârste mici.
- Învățarea se realizează cel mai bine prin propria experiență antrenată în joc. Cele două forme ale învățării sunt: acțiunea cu obiectele din jur (experiența senzorială) și acțiunea relațională (experiența socială). Ambele se realizează adecvat în ariile de stimulare care oferă posibilitatea colaborării între copii și a unei noi relații educatoare-copil, dar și copil-ceilalți adulți din unitate.
- Stimularea independenței indviduale de acțiune și relaționare trebuie împletită cu activitatea în grup mic și cu cea a întregii grupe de copii pentru a oferi copilului o reală adaptare individuală și socială și pentru a face legătura cu învățarea de tip școlar.

Prin joacă copiii ajung să înțeleagă realitatea și-și creează noi feluri de a o aborda.

Această nouă orientare în programele pentru grădiniță și-a dovedit deja eficiența și ar trebui, așa cum și intenționează Ministerul Învățământului, să se continue generalizarea ei în grădinițele din țară. Desigur, pot fi utilizate în continuare programe alternative, precum cele de tip Waldorf, Montessori, P. Petterson, Freinet, Head Start, Step by step etc.

Un program cu criterii naționale și componente județene de instruire periodică și schimburi de experiență pentru educatori și directori de grădinițe este neapărat necesar pentru a facilita introducerea noilor tipuri de programe în grădinițe.

Relația grădiniței cu familia

Din momentul înscrierii copilului la grădiniță este esențială dezvoltarea unei relații de cooperare între familie și grădiniță/școală.

Centrele de Resurse pentru Părinți

Un model pentru o astfel de colaborare îl reprezintă Centrele de Resurse pentru Părinți în cadrul grădinițelor experimentat în cadrul Proiectului de educație non-formală realizat în 20 de județe de către UNICEF, în colaborare cu Ministerul învățământului. Se are în vedere generalizarea acestei noi instituții la nivelul tuturor grădinițelor și introducerea lui în școlile generale.

Datorită succesului acestor centre-pilot Ministerul Învățământului a luat deja decizia de a le generaliza, astfel încât fiecare grădiniță sau măcar localitate să beneficieze de un astfel de centru. Interesant este că în anumite localități s-a reușit deja preluarea ideii și finanțarea ei exclusiv cu resurse locale. Este cazul unei grădinițe-model din Alexandria, în care, cu sprijinul unor sponsori locali și al Prefecturii, s-a construit un astfel de centru de resurse destinat atât acțiunilor cu părinții, cât și perfecționării educatoarelor din zonă și realizării unei expoziții permanente cu lucrări realizate de copiii din grădiniță. O altă grădiniță-model dotată cu un asfel de centru s-a deschis de curând în comuna Berca - județul Buzău, pentru copiii petroliștilor și nu numai, ea fiind finanțată de o firmă de exploatare a petrolului cu activitate în zonă.

Deși efectele benefice ale centrelor de resurse sunt evidente, trebuie avute în vedere nevoile globale ale unei grădinițe, pentru a se evita situații ca cele întâlnite de noi la o grădiniță unde, deși fondul de jucării era foarte limitat, pătuțurile erau vechi dar nu puteau fi înlocuite din lipsă de fonduri, s-au procurat echipamente ultramoderne din fondurile UNICEF destinate Centrului de resurse (xerox de mare capacitate, fax, computere, mobilier ultramodern) care erau utilizate doar o dată pe lună pentru întâlniri..

Pe lângă Centrele de Resurse pentru părinți s-au realizat și Centre-pilot de resurse pentru Comunitate, în cadrul cărora agenții schimbării din afara familiei să se poată documenta, să discute problemele copiilor și să fie instruiți pentru promovarea schimbării în procesul de educație non-formală a copiilor. S-au realizat în acest scop: casete video cu scop educativ, destinate comunității; materiale informative scrise, traduse sau elaborate de specialiști români; programe de instruire intensivă pentru studenții în asistență socială, educatori, reprezentanți ai ONG-urilor etc.

Educația familiei poate fi realizată nu numai prin intermediul acestor centre, ci și prin intermediul altor difuzori de informație și agenți ai schimbării, cum ar fi asistenții sociali sau asistenții medicali, care vin în contact direct cu familia ori mass-media care influențează familia prin presa scrisă, radio sau televiziune. Educarea acestor difuzori de informație ar trebui să fie cuprinsă în programe distincte, organizate de Ministerul Învățământului, sub forma unor programe naționale clar definite, care nu ar fi foarte costisitoare în comparație cu efectele benefice produse și ușor de anticipat. Evident, un rol important în acest domeniu le poate reveni ONG-urilor. Este notabilă și în acest caz, experiența programelor UNICEF, de formare a „formatorilor".

Deși în actualele condiții dificile principalul efort trebuie îndreptat spre oferirea mijloacelor minime de viață necesare pentru un segment important de copii, nu trebuie ignorată nici investiția în serviciile profesionale de dezvoltare a capacităților familiei pentru a oferi o îngrijire de calitate copiilor.

Educația copiilor de vârstă școlară (7–15 ani)

În acest interval de vârstă, corespunzător învățământului general obligatoriu, copilul intră în ciclurile de educație formală.

În România, **școala a pus până în 1989 un accent prea ridicat pe teorie** și pe educația de tip autoritarist, orientare prelungită într-o oarecare măsură și în prezent. În procesul de schimbare a programelor de învățământ, trei direcții sunt foarte importante:

1) **Formarea unui cetățean al unui stat democratic, modern**, punându-se accent pe comunicare, interdependență, toleranță, respect pentru diferențe, mediul înconjurător, universalitate, creativitate etc.

2) **Formarea unor tineri care să se adapteze și să acționeze eficient în noul sistem social spre care se îndreaptă România**, cu accent pe dobândirea și aplicarea unor concepte ca: eficiență, eficacitate, cost, optim, soluție, creativitate, competență, decizie, inițiativă, profesionalitate, motivație, stil de conducere, participare etc.

3) **Formarea unor personalități capabile să-și construiască în mod responsabil, informat și independent propria viață.** Reforma învățământului a accentuat până acum trecerea de la un învățământ exclusiv informativ la unul formativ, a sporit ponderea elementelor de formare a comportamentului democratic dar s-a acordat mai puțină atenție încurajării spiritului întreprinzător, și dezvoltării personalității, care sunt cel puțin la fel de importante. Elaborarea de noi programe și noi manuale școlare este în curs de desfășurare. Există deja manuale alternative pentru aceleași discipline la aceleași clase.

Este, însă, necesar să se inițieze și elaborarea unor instrumente complementare de predare, cum ar fi casetele video și programele pentru calculatoare. Problematica programelor școlare și a manualelor este una complexă, care ar trebui rezolvată nu fragmentar, prin cercetări și elaborări de manuale în mod independent pentru fiecare disciplină, ci în colective de cercetare multidisciplinare, care să lucreze după un program-strategie național, aprobat de Ministerul Învățământului, pentru elaborarea unor noi seturi de programe și manuale la intervale de timp regulate (de exemplu, din 4 în 4 ani).

Nu este lipsită de importanță mai ales în momentul de față nici **problema instruirii periodice obligatorii a profesorilor** și învățătorilor, astfel încât ei să înțeleagă, să accepte și să promoveze mai ușor schimbarea în învățământ.

Abandonul școlar este un fenomen îngrijorător în învățământul românesc actual. Numărul celor care anual părăsesc o formă de pregătire, fără a finaliza ciclul respectiv este foarte ridicat (tabelul 6.6).

Tabelul 6.6.

Abandonul școlar în România

Anul	1986/1989	1989/1990	1990/1991	1991/1992	1992/1993	1993/1994	1994/1995
Număr de persoane ce abandonează diverse forme de pregătire	191 679	231 268	155 611	100 595	73 306	68 060	72 575
Procentul din totalul populației școlare	3,5	4,2	3,1	2,1	1,5	1,5	1,6

Sursa: C.N.S.

Numărul acestora a tins să crească în ultimii 10–15 ani, atingând în anii '90 după care a scăzut sensibil, tinzând să se stabilizeze la un nivel încă îngrijorător de ridicat. Deși procentele anuale par mici, cumularea lor pe întregul ciclu școlar duce la cifre îngrijorătoare. Practic, în sistemul școlar „intră" anual doar cei care încep clasa I, restul trecând de la un stadiu la altul. Considerând că perioada medie de prezență în sistemul de învățământ este pentru tineri de 10 ani, și că abandonul școlar este uniform distribuit în timp, rezultă că aproximativ 20–30% dintre tinerii unei generații abandonează școala în diverse stadii.

În fapt, abandonul real pare a fi mai mare decât cel raportat. Există un segment important de copii care frecventează mai mult simbolic școala și care nu sunt eliminați datorită unor prevederi de sistem precum interzicerea exmatriculării la clasele 1–8 sau posibilitatea de a obține alocația chiar și la 40 absențe/lună.

Motivele acestui fenomen negativ sunt diverse: lipsa resurselor pentru continuarea școlii; scăderea în percepția unui segment important de populație a relevanței școlii pentru succesul în viață; procesele de excluziune școlară datorate defectelor de organizare a sistemului școlar actual.

Dintr-un studiu realizat de danezul Kjell Reidar Jonassen în 1995 (**Gipsies în Dolj**, Research Report by Kjell Reidar Jonassen, Red Barnet, Craiova, 1995) pe șase comunități compacte de rromi din județul Dolj numărând 900 de familii a rezultat că majoritatea copiilor de rromi trăiesc în locuințe proaste, supraaglomerate având o medie a densității de locuire de peste 3 persoane/cameră de peste 2,5 ori mai mare decât media pe țară. Aceste date vin să confirme cercetarea, realizată în 1992 pe un eșantion de rromi reprezentativ la nivel național, coordonată de Elena și Cătălin Zamfir care constatau că doar 51% dintre copiii de rromi din țara noastră având vârsta de 10 ani frecventează regulat cursurile școlare. Alți 14% întrerupseseră școala, 16% o frecventau „când și când", iar 19% nici nu se înscriseseră vreodată. (**Țiganii între ignorare și îngrijorare**, coord. E. Zamfir, C. Zamfir, ed. Alternative, București, 1993).

Situația este alarmantă, dar s-a crezut că introducerea condiției de a frecventa școala pentru obținerea alocației de stat pentru copii o va rezolva în mare parte.

K.R. Jonassen constata însă în 1995 că **din cei 2274 de copii de rromi ai celor 900 familii studiate 48% nu merg la școală**. Cauzele declarate de părinți sunt lipsa banilor pentru a le procura cele necesare (haine, încălțăminte, rechizite) sau **lipsa certificatului de naștere (121 cazuri, 5%)**. Printre cauzele reale ale dezinteresului față de școală trebuie să menționăm alte două pe care le considerăm importante:

- Dezinteresul părinților pentru școală, datorat faptului că nici ei nu au frecventat-o deci consideră că nu este necesară.
- Faptul că mulți copii de rromi (mai ales în comunitățile compacte) nu vorbesc bine românește la vârsta de 7 ani.

Gravitatea acestei situații este sporită de faptul că școala este, pentru acești copii, singurul mod prin care pot scăpa din **cercul vicios**: sărăcie – dezinteres pentru școală – analfabetism – lipsa unei profesii și a salariului – sărăcie.

Printre măsurile necesare pentru îmbunătățirea situației menționăm:

- Stimulente directe „palpabile" precum introducerea unei mese gratuite în școală.
- O politică activă a învățătorilor de atragere a copiilor la școală și o atitudine binevoitoare față de copii de rromi care adesea, datorită stilului de viață tradițional, nu acceptă ușor disciplina.
- S-ar putea introduce în zonele cu mulți rromi chiar un an pregătitor pentru copiii care nu cunosc bine limba sau au dificultăți de adaptare.
- Nu credem că învățământul în limba romanes este o soluție viabilă, mai ales că această limbă nu este una scrisă iar dialectele sunt foarte diferite. Ar fi totuși benefic să existe mai mulți învățători rromi în localitățile în care această etnie este majoritară.

Responsabilizarea primăriilor, școlii și poliției astfel încă să se elibereze rapid acte de identitate pentru toți copiii de vârstă școlară și sancționarea părinților dacă nu sprijină instituțiile de mai sus în acest sens. (**Din cei 2274 de copii studiați de Jonassen în 1995, 121 (5%) nu aveau certificat de naștere**. Dacă proporția s-ar menține în toată populația de rromi, numărul total de copii fără certificat de naștere ar putea fi de 20.000 – 40.000 la nivelul întregii țări).

Egalitatea de șanse școlare

Multe dintre problemele grave cu care se confruntă învățământul general obligatoriu țin de egalitatea de șanse a copiilor. Lipsurile materiale ale familiilor cu copii și mai ales ale celor cu mulți copii fac adesea ca unii părinți să nu poată asigura minimul decent necesar pentru procurarea hainelor, manualelor și hranei. **Introducerea condiționării obținerii alocației de stat pentru copii, de prezența la școală, a reglat rapid problema frecventării școlii generale. Statul ar trebui să promoveze egalizarea șanselor școlare, prin introducerea unor măsuri de suport pentru copiii săraci și de încurajare/stimulare a „vârfurilor"**. Asemenea măsuri ar putea fi:

a. **Introducerea unei mese gratuite în școală**, asemenea celor introduse în unele țări occidentale (exemplu, Marea Britanie), soluție existentă chiar și în România în perioada interbelică. Măsura este avută în vedere de Ministerul Învățământului, gratuitatea urmând să se limiteze pentru început doar la copiii din familiile sărace, ca și în cazul grădinițelor.

Masă gratuită în școli

Orice stat civilizat modern trebuie să se preocupe de sănătatea psihică și fizică a copiilor, pentru că, odată ajunși la maturitate, de ei vor depinde rezultatele în diverse domenii de activitate.

Necesitatea unor eforturi sociale pentru a menține și chiar ridica nivelul de sănătate fizică a copiilor a fost resimțită în Marea Britanie, la începutul secolului. În timpul Războiului cu Burii, din Africa de Sud (1899–1902), a devenit din ce în ce mai evident că Marea Britanie, cea mai puternică forță imperială, întâmpina dificultăți în a se apăra în fața unui număr relativ mic de fermieri buri. Apoi, s-a aflat că un mare număr de voluntari (nu se recursese la recrutări din oficiu) au fost respinși de armată pentru că erau inapți fizic pentru a lupta. Îngrijorarea publică a fost sporită după război de datele publicate referitor la îmbolnăvirile și mortalitatea înregistrate în rândul trupelor și de un raport al Inspectoratului General de Recrutare care vorbea despre „deteriorarea gradală a stării fizice a claselor muncitoare din rândul cărora este recrutată întotdeauna majoritatea ostașilor"... Au urmat după aceea, una după alta, comisii de cercetare a problemei deteriorării sănătății fizice, a sistemului de inspecție medicală, cauzelor mortalității infantile ridicate și multor altor probleme. Ca o consecință a acestei efervescențe sociale s-a înființat în 1906 serviciul medical școlar și s-a introdus masa gratuită în școală pentru elevii din învățământul primar (Richard M. Titmuss, „Essays on 'The Welfare State", London, 1958, p.80–81)

Eficiența mesei gratuite în școală pentru creșterea frecventării școlii a fost testată în București în cadrul proiectului RUT, finanțat de Fundația SOROS pentru o Societate Deschisă.

În cadrul acestui program, s-a înființat în cartierul Ferentari o școală pentru copii foarte săraci în majoritate rromi care nu frecventau școala, deși aveau vârsta de 10 ani sau mai mult. Pentru a-i atrage, li s-a oferit zilnic o masă caldă gratuită. Deși sunt înscriși 100 de copii (care frecventează regulat școala), mai sunt multe alte cereri care nu pot fi satisfăcute din cauza spațiului limitat.

b. **Acordarea de burse sociale** pentru elevii săraci **și a unor burse de merit** pentru 3–5% din totalul copiilor. Bursele pot fi acordate sub formă de haine, bonuri de alimente, rechizite, cărți, calculatoare sau tabere gratuite.

Aceste burse sociale sunt de natură să limiteze handicapul economic al copiilor săraci și dotați intelectual, dar care nu pot beneficia de facilități precum un computer personal, cărți etc. Trebuie de asemenea accentuată necesitatea limitării rolului meditațiilor particulare generatoare de inegalitate de șansă.

Sportului i-ar trebui acordată o atenție sporită în noile programe școlare, ca și educației sanitare, sexuale, ecologice etc.

Ar trebui dezvoltată în școală o gamă largă de servicii de sprijin (consiliere, psihoterapie, asistență socială) destinate unor grupuri de copii care se confruntă cu situații deosebite (consumul de droguri, conflictul între generații, abuzul, violența în școală).

Educație „focalizată"

Între 20 și 30 de mii de copii sunt anual implicați în procese de divorț în România. Ținând cont de faptul că anual se nasc aprox. 250000 de copii, rezultă că procentul copiilor implicați în divorțuri se apropie de 10% în România. Un astfel de eveniment intervenit în viața părinților lor le provoacă copiilor traume psihice. Aceste traume trec adesea neobservate de părinți, care, prea preocupați de propriile probleme, nu știu, nu pot sau nu vor să facă eforturi pentru a limita consecințele divorțului lor asupra copiilor.

Într-o lume în care atenția societății este concentrată sau asupra copiilor „normali" sau asupra celor din afara familiei, nici o instituție nu se ocupă de problema impactului divorțului asupra copiilor. Cel mai adesea, problema majoră a copiilor implicați în divorț este aceea a „înțelegerii" situației noi în care se află și a consecințelor ei. Lor, părinților sau altor persoane care le-ar putea explica totul le lipsește un instrument cu care să o facă „pe înțelesul" copiilor.

Ceea ce propunem este realizarea unei/unor cărți speciale pentru copiii ai căror părinți divorțează. Ele există în Occident și pot fi realizate și în România prin traducere și adaptare sau pot fi realizate unele complet noi. Pentru copiii mici (2–7 ani) ele ar trebui să fie realizate sub forma cărților de colorat în care sunt prezentate doar prin imagini situațiile specifice divorțului, iar pentru copiii care știu să citească, pozele pot fi însoțite de scurte dialoguri sau explicații. Aceste cărți ar putea să fie oferite gratuit părinților prin judecătorii și/sau prin școli, urmând ca educatorii, învățătorii și diriginții să discute problema cu copiii, folosind aceste „instrumente", dacă părinții nu o fac.

Prin astfel de inițiative se poate realiza educația „focalizată" pe o problemă anume (în acest caz, divorțul) și pe o populație anume (copiii implicați în divorț).

Educația adolescenților (15–18 ani)

Fie că frecventează un liceu sau o școală profesională, fie că nu, adolescenții parcurg o perioadă a vieții în care au nevoie și caută repere: un sistem de valori, exemple concrete, modele, sfaturi care să le asigure succesul în societate. Perspectiva unor responsabilități precum găsirea unui loc de muncă, frecventarea unei facultăți, întemeierea unei familii, presupune o schimbare majoră în modul de gândire și de acțiune al tinerilor. Ei au nevoie de sprijin pentru a realiza această trecere de la adolescență la maturitate.

Suportul material trebuie să răspundă atât unor nevoi de bază, cât și unor nevoi specifice ale tinerilor de această vârstă. În cadrul nevoilor obișnuite pentru orice individ (hrană, adăpost, haine) pe adolescenți nevoia de identificare cu propria generație sau de apartenență la anumite subculturi specifice vârstei îi face să acorde o mai mare importanță vestimentației, genului de muzică ascultat etc., renunțând adesea la satisfacerea unor nevoi de bază. Familia nu poate însă întotdeauna să susțină financiar necesitățile tinerilor.

Lipsa de resurse, dezinteresul sau incapacitatea de a continua școala îi fac pe aproximativ un sfert dintre tinerii de 15–18 ani să iasă din sistemul de învățământ. Ei se confruntă adesea cu imposibilitatea de a-și găsi un loc de muncă.

Este nevoie de mai multe burse (în primul rând burse sociale pentru cei proveniți din familii sărace, pentru a crește egalitatea șanselor de acces la învățământul superior. Este nevoie de manuale gratuite pentru cei săraci și de burse de merit pentru a stimula performanța și a recompensa eforturile.

În cadrul educației un accent deosebit trebuie pus pe discuții privind întemeierea unei familii, privind alcoolismul, drogurile și riscurile acestora, pe cursuri privind intrarea pe piața muncii (susținerea unui interviu, căutarea unei slujbe), pe educația sexuală. Existența în fiecare oraș important a unor centre de consiliere și de resurse pentru adolescenți, cu servicii de tip hot-line, așa cum există în București, este absolut necesară.

Unor probleme precum consumul de droguri, violența etc. care au apărut ori s-au accentuat dramatic în școli după 1989 nu li se acordă încă atenția cuvenită.

Atât sfaturile și ajutoarele de urgență, cât și activitățile de educație pentru prevenirea și combaterea unor fenomene ca alcoolismul, consumul de droguri, prostituția, violul, SIDA, în rândul tinerilor, pot și ar trebui să fie instituționalizate. Nu trebuie, de asemenea, neglijată nici problematica petrecerii timpului liber.

Violența în școală

O altă temă semnalată frecvent în ultimii ani de mass- media este aceea a violenței în școli. Deși par a fi evenimente izolate, accidentale, cazurile de violență întâlnite în școlile din România se constituie într-un fenomen ale cărui dimensiuni (deși sunt dificil de estimat exact) sunt alarmante. Neconștientizată suficient de factorii de răspundere, fără soluții instituționalizate, problema violenței în școală poate avea repercusiuni sociale grave.

Există 3 forme principale de manifestare a violenței în școli:

1. Violența profesorilor față de elevi. Deși interzisă prin lege încă din 1948, ea apare încă nepermis de frecvent în școala românească. Convingerea că „bătaia este ruptă din rai" și lipsa sancționării concrete a celor cu astfel de convingeri și practici au făcut ca ătrasul de urechiă, „pălmuitul" și uneori „bătaia cu nuiaua" să fie fenomene destul de frecvente începând cu primele clase primare și terminând cu liceul. Pentru elevi, o asemenea violență duce la traume greu de înlăturat ulterior sau reacții adverse precum abandonul școlar.

2. Violența elevilor între ei. Este nevoie de dezvoltarea unui amplu program de promovare a comportamentului non-violent.

3. Violența unor persoane din afara școlii asupra elevilor și/sau profesorilor. Deși mai rar, acest tip de violență (care este și cel mai grav) este mai frecvent în medii marginale. Fără intervenția Poliției acest tip de violență poate degrada grav climatul de ordine și morală pe care școala trebuie să-l asigure.

Multe probleme ale școlii actuale se pot rezolva prin încurajarea inițiativei creative și responsabile a capacității manageriale, complementar cu un cadru organizațional adecvat.

6.4. Concluzii și direcții de acțiune

- Pentru o activitate eficientă în învățământ ***este esențială menținerea unui nivel al cheltuielilor pentru educație de 4% din PIB și este de dorit ridicarea lor spre 6%***. Creșterea va putea aduce la un nivel acceptabil salariile profesorilor și va acoperi (eventual parțial) masa gratuită pentru elevi.

- Scăderea anuală cu aproximativ 100.000/an până în anul 2010 a numărului de copii cuprinși în învățământ (pe fondul scăderii natalității) ar trebui folosită pentru ***creșterea calității pregătirii școlare fără a recurge la restrângeri de personal sau de fonduri***. Reducerea numărului de elevi până la nivelul maxim de 25 într-o clasă este esențială, ca și renunțarea la programul de școală în trei schimburi .

- ***Reducerea inegalității de șansă în fața școlii trebuie încurajată.***

Introducerea unei mese gratuite în școli (în primul stadiu doar în zonele foarte sărace) ar reduce atât abandonul școlar, cât și, ca o consecință, inegalitatea de șanse.

* *Fenomenul meditațiilor* „semicondiționate", devenite aproape indispensabile pentru admiterea în liceele de prestigiu sau în facultăți, ar putea fi limitat prin verificarea mai atentă a parcurgerii în clasă a programelor școlare.

* *Introducerea unor burse sociale și/sau ajutoare în rechizite și cărți pentru elevii săraci* (chiar la limită, sub forma unei părți din alocația de stat pentru copii) ar reduce inegalitatea șanselor școlare și polarizarea motivațională în creștere ce caracterizează participarea școlară.

* *Facilități pentru participarea școlară a elevilor din localitățile izolate* (mijloace de transport, internate etc.).

* *Generalizarea/obligativitatea grupei pregătitoare de la grădiniță* ar putea ridica nivelul de pregătire la începerea școlii pentru copiii care nu au acumulat suficiente cunoștințe în familie. O parte dintre copiii de rromi sunt un bun exemplu în acest sens.

- ***Limitarea teoretizării aride în programele școlare,*** prin mutarea accentului spre ***individualizarea educației*** și o învățare mai atractivă/plăcută, ar putea crește calitatea învățării mai ales la grădiniță și la învățământul primar. Într-o oarecare măsură, prin creșterea atractivității conținutului educației ar putea să scadă și rata abandonului școlar.
- ***La nivelul conținutului programelor*** de învățământ trebuie realizată ***o orientare mai fermă spre nevoile unei economii de piață***, ale unei societăți democratice care caută să-și construiască structuri civile ca bază a unei reale democrații participative.
- ***Abandonul școlar trebuie redus*** și trebuie ***instituite posibilități clare de revenire în sistemul de învățământ*** a celor care l-au abandonat în diverse stadii.
- ***Analfabetismul juvenil trebuie prevenit și eradicat***
- Trebuie ***combătută ferm violența în școală, sub toate aspectele sale.*** Formele autoritare de disciplinare a copiilor trebuie identificate şI eliminate.
- Ar fi benefică și introducerea sau dezvoltarea unor componente cum ar fi: educația privind intrarea pe piața muncii, întemeierea unei familii, educația sexuală sau privind combaterea unor probleme sociale precum consumul de droguri și alcool, prostituția etc.
- Ponderea acordată sportului în programele școlare trebuie crescută.
- ***Rolul familiei în educația copiilor trebuie să crească*** prin implicarea într-o mai mare măsură a părinților în activități comune cu școala și alte instituții din sfera educației copilului.
- ***Dezvoltarea în școală a unor servicii de sprijin (consiliere, psihoterapie, asistență socială) destinate unor copii confruntați cu situații deosebite*** ar putea să aibă efecte pozitive atât în plan social, cât și în planul creșterii calității educației pentru categoriile de copii defavorizate.

Cap.7. Sănătatea mamei și copilului

7. 1. Sănătatea mamei și copilului înainte de 1989

În primele decenii de după ce-l de-al doilea război mondial, starea de sănătate a mamei și copilului a cunoscut o îmbunătățire substanțială, la fel ca și starea de sănătate generală a populației, principala explicație a acestui fenomen constând în îmbunătățirea condițiilor de viață, de sanitație și de asistență medicală în special pentru copii, prin implicarea directă a statului.

Din punct de vedere medical, îmbunătățirea sănătății materno-infantile s-a datorat : dezvoltării rapide a rețelei de servicii de bază materno-infantile; accesibilității serviciilor preventive: vaccinarea universală și gratuită cu reducerea patologiei infecțioase; serviciile de asistență prenatală a gravidei; supravegherii medicale a sugarului și copilului; serviciilor curative îmbunătățite la nivel primar, secundar și terțiar ; dezvoltării unei rețele naționale de servicii de sănătate publică și de igienă.

Față de acest trend inițial pozitiv, starea de sănătate a început să se deterioreze de la sfârșitul anilor 1960, în cazul copiilor acest lucru traducîndu-se printr-o încetinire a reducerii ratei mortalității infantile(RMI), comparativ cu alte țări sau cu situația anterioară. (tabelul 7.1).

Tabelul 7.1

Mortalitatea infantilă în Europa de Est între 1950–1989

	1950–55	1960–65	1970–75	1975–80	1980	1989
Bulgaria	92	36	26	22	20,2	14,4
Polonia	95	51	27	23	23,2	15,7
România	101	60	40	31	29,3	26,9
Ungaria	71	44	34	27	23,2	15,7
Rusia	73	32	26	28	22	17,8
Media E.E.	81	41	29	25	21,5	15,9

Sursa: Regional Monitoring Report, No.2, 1994, UNICEF

Se poate aprecia, astfel, că, deși cantitativ RMI a cunoscut o reducere semnificativă în România – cu 74,1 decese la 1000 născuți vii față de reducerea medie din Europei de Est care este de 65,1 decese la 1000 născuți vii – comparativ, situația era mai nefavorabilă Romaniei în 1989 față de 1950.

Starea de sănătate maternă are un aspect particular în România.

Până în 1966 mortalitatea maternă avea valori apropiate de cele ale celorlalte țări europene, după această dată, datorită introducerii legislației antiabortive și insuficienței mijloacelor contraceptive, RMM a crescut dramatic ajungând ca în 1989 să fie de aproape 10 ori mai mare decât în orice altă țară europeană, preponderent datorită mortalității legate de avort.

Referitor la cauze, trebuie făcută aici distincția între cauze ce țin de sistemul sanitar și cauze generale, **starea de sănătate a mamei și a copilului fiind un indicator sensibil atât al politicilor de asistență de sănătate în domeniu, cât și al dezvoltării socio-economice, al nivelului de trai și al modului de viață.**

La nivel general s-a inregistrat deteriorarea condițiilor de viață, afectând direct starea biologică a mamei și copilului, cu reducerea rezistenței naturale; degradarea mediului cu creșterea poluării; factorii de risc asociați stilului de viață erau responsabili de unele din efectele nedorite asupra sănătății materno-infantile: fumatul, alcoolul, obiceiurile alimentare nesanogene, factori psihosociali.; educația redusă în materie de sănătate a populației cu un impact negativ particular asupra sănătății materno-infantile; politica pronatalistă forțată a regimului, fără măsuri de sprijin adecvate

La nivelul sistemului sanitar situația s-a caracterizat prin scăderea calității serviciilor medicale și inadecvarea serviciilor medicale la nevoile de sănătate crescute, principalele cauze pentru acest aspect fiind: subfinațarea sistemului, România având cel mai mic procent din PIB din Europa pentru asistența sanitară(sub 3%); disfuncționalități manageriale, cu inadecvarea resurselor alocate la nevoile de sănătate locale; lipsa motivației pentru personalul medical, datorită absenței stimulentelor profesionale și financiare.

7.2. Sănătatea mamei și copilului după 1989

Multe din cauzele modificării stării de sănătate sunt exterioare sistemului de îngrijiri sanitare. Cel mai pregnant exemplu fiind **impactul legislației referitoare la avort asupra sănătății materne,** măsurile de liberalizare a avorturilor și, într-o mai mică măsură, introducerea metodelor de contracepție moderne din 1990 au dus la diminuarea cu 2/3 a mortalității materne, într-o perioadă scurtă de timp reducându-se concomitent și mortalitatea infantilă (nu la fel de spectaculos însă).

Cu toate aceste îmbunătățiri, mortalitatea materno-infantilă rămâne în continuare printre cele mai ridicate din Europa, ritmul de reducere a acesteia fiind de asemenea sub nivelul mediu european, România situîndu-se pe poziții nefavorabile atât în ceea ce privește valorile absolute, cât și repartizarea acestora pe grupe de vârstă și etiologice, România angajându-se prin diferitele tratate internaționale la modificarea acestei stări de fapt.

Declarația și planul de acțiune adoptat la Conferința Mondială pentru Copii, carea avut loc la New York în 1990, reprezintă un important document politic pentru sănătatea copilului. Conferința a accentuat nevoile speciale ale femeii și copilului, în contextul mai larg al obiectivelor comunitare. Prin semnarea declarației finale, România s-a angajat să dezvolte un program național de acțiune (PNA)pentru atingerea acestor obiective, fapt real izatîn 1994.

Obiectivele din domeniul sănătății adoptate în planul de acțiune al conferinței includ:

- Eradicarea poliomielitei până în anul 2000.
- Eliminarea tetanosului neonatal până în 1995.
- O reducere cu 90% a cazurilor de pojar și cu 95% a mortalității consecutive acestuia.
- Realizarea imunizării, cu vaccinurile obligatorii, a cel puțin 90% din copii 0–1 an, ca și a 100% a femeilor de vârstă fertilă.
- Reducerea cu 50% a mortalității datorate bolilor diareice la copii,, ca și reducerea cu 25% a incidenței acestor maladii.
- Reducerea cu o treime a mortalității datorate infecțiilor respiratorii acute.
- Eliminarea deficiențelor cauzate de carența vitaminei A și de lipsa iodului.
- Reducerea incidenței născuților cu greutate scăzută la naștere (sub 2500g) pînă la un nivel de maximum de 10% din totalul nou-născuților.
- Reducerea cu o treime a nivelui anemiei feriprive la femei.
- Accesul tuturor femeilor la asistență prenatală, asistență specializată la naștere și servicii speciale pentru sarcinile cu risc ridicat, ca și pentru urgențele obstetricale.

Serviciile genetice prenatale

Starea de sănătate și viabilitatea copilului sunt condiționate de starea de sănătate a cuplului parental, existând afecțiuni despre care se poate afirma că vor influența starea de sănătate a copilului încă înainte de dezvoltarea produsului de concepție; deși în creștere patologia genetică a copilului nu reprezintă una din prioritățile politicii sanitare, atât din cauza prevalenței, cât și a costurilor implicate de dezvoltarea unor programe specifice.

Pentru afecțiunile cu determinanți genetici importanți se pot avea în vedere intervenții precum screeningul genetic și diagnosticul genetic prenatal.

Serviciile genetice, diagnostice și de consiliere în România sunt oferite aleator la nivelul unor clinici universitare care au și capacități de cercetare; de asemenea, nu există programe naționale, iar specialiștii sunt divizați în legătură cu oportunitatea lor în actualul stadiu al patternului mortalitate/morbiditate din România și al resurselor disponibile.

Singurele „sfaturi genetice" anterioare gravidității în cadrul unui sistem formal sunt/ar trebui oferite de medicul generalist cu ocazia examenului medical prenupțial, dar eficacitatea/eficiența acestuia este neevaluată încă.

O măsură ce ar putea fi avută în vedere pentru viitor ar putea fi creșterea competenței acestor medici în respectivul domeniu, atât în cadrul pregătirii de specialitate, cât și în cursuri/sesiuni ulterioare, din punctul de vedere al eficienței aceasta fiind cea mai adecvată soluție la condițiile actuale ale României.

Independent de resursele disponibile, trebuie ținut cont de următoarele aspecte:

- Testele de identificare a riscurilor genetice nu trebuie să fie oferite înainte de a exista personalul și facilitățile necesare pentru consilierea, intervenția și/sau tratamentul respectivebr condiții.
- Programele de screening aplicate prematur pot fi nocive pentru populație și pot risipi inutil resursele.
- Este necesară dezvoltarea unei legislații adecvate.
- Introducerea în codul de etică a profesioniștilor medicali de elemente specifice, deoarece noile tehnologii vor duce însă în discuție și probleme etice, legale și nu doar medicale.

Starea sănătății materne

Pentru evaluarea sănătății materno-infantile sunt utilizați diferiți indicatori, monitorizarea permanentă a acestora fiind o componentă esențială pentru evaluarea progresului în ameliorarea stării de sănătate a mamei și copilului.

Rata natalității

- Natalitatea a scăzut continuu din 1989, ca urmare a liberalizării avorturilor și, într-o mai mică măsură, a programelor de planning familial. Nivelul ratei brute a natalității a scăzut continuu, de la 16,0‰ 1989 la 11,0‰ în 1995, valoare care situează România în treimea inferioară a ierarhiei descrescătoare a țărilor europene, existând însă variații teritoriale notabile.
- A crescut numărul întreruperilor de sarcină, acestea ajungând în anul 1990 la peste 992.000, ceea ce reprezintă aproximativ 3 avorturi pentru 1 născut viu, ulterior numărul avorturilor diminuându-se, în anul 1995 fiind 502.840 avorturi, adică 2,12 întreruperi de sarcină pentru un născut viu(tabelul 7.2). În ultimii ani se remarcă sporul demografic negativ, prin coroborarea natalității reduse și mortalității crescute.

Tabelul 7.2

Evoluția întreruperilor de sarcină în România

Indicele/Anul	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Număr absolut	193 084	992 265	866 934	691 863	585 761	530 191	502 840
Avorturi la un născut viu	0,398	3,1526	3,15	2,65	2,34	2,14	2,12

Sursa: Ministerul Sănătății, 1996

Scăderea natalității are explicații multiple, în special de ordin social, economic și cultural, și mai puțin medical; latura medicală poate fi avută în vedere mai ales pentru patologia asociată întreruperilor de sarcină care poate conduce la reducerea fertilității.

Mortalitatea maternă

Asistența prenatală, tipul nașterii, complicațiile nașterii, durata de spitalizare și costurile asociate sunt utilizate, de asemenea, pentru evaluarea calității serviciilor de asistență medicală la naștere, informațiile acestea fiind însă dificil de analizat datorită insuficienței datelor în acest domeniu. Un indicator care sintetizează aceste informații, ca și pe cele legate de alți determinanți ai sănătății materne este rata mortalității materne.

După 1989, o dată cu liberalizarea avortului și introducerea metodelor de contracepție, mortalitatea maternă în România a cunoscut o scădere semnificativă (decesele prin avort scăzând cu peste 80%), rămânând însă în continuare cea mai ridicată în cadrul țărilor europene. Principalele cauze ale acestei situații sunt datorate avortului provocat, hemoragiei și infecțiilor, avortul rămânând cauza a circa 70% din decesele materne.

Avortul provocat continuă să fie principala cauză de mortalitate maternă, prevenirea acestuia rămâne principala metodă ce poate reduce semnificativ mortalitatea maternă.

Pentru realizarea acestui deziderat sunt esențiale: educația specifică a populației, dezvoltarea planificării familiale, identificarea grupurilor la risc și organizarea serviciilor medicale în așa fel încît să atingă preponderent această populație, implicarea serviciilor de asistență socială fiind esențială în depistarea și consilierea acestor grupuri populaționale.

Recomandările programului Ministerului Sănătății privind sănătatea maternă, cum ar fi inițierea asistenței prenatale în primele 12 săptămâni de sarcină și cel puțin 10 consultații prenatale înaintea nașterii, nu au fost respectate, numeroase studii relevând:

- Doar 23% din mame a întrunit numărul de consultații recomandate.
- Doar 57% din mame s-au prezentat timpuriu la consultul prenatal.
- Utilizarea serviciilor prenatale se corelează direct cu nivelul studiilor și statusului socio-economic al mamei.
- Doar o treime din mamele luate în studiu au declarat că au avut carnet de gravidă la ultima sarcină.
- Medicul din spital ce asistă nașterea nu are informații despre starea de sănătate și evoluția sarcinii, cu posibile consecințe negative în plan terapeutic.
- Prin nașterea la domiciliu, fără asistență medicală, s-au produs 13% din decesele materne prin risc obstetrical.
- Un sfert din decesele prin avort s-au produs la domiciliu prin manevre abortive empirice. Acest aspect sugerează:
  * carențe în ce privește adresabilitatea femeii gravide;
  * eficiența redusă a activităților din domeniul planningului familial care să permită accesul femeilor la informații privind prezervarea propriei sănătăți;
- Îngrijirea prenatală a gravidei continuă să rămână nesatisfăcătoare.

- Dezirabilitatea introducerii efective la scară națională a **carnetului de gravidă.**

Cauzele acestei situații sunt multiple, legate atât de sectorul sanitar, cât și de atitudinea femeii gravide.

La nivelul asistenței primare:

- Mecanismele de evaluare și control nu mai funcționează, practic, după 1990.
- Nu există protocoale scrise la nivelul dispensarelor, deși ele au fost elaborate de IOMC, pentru depistarea gravidelor cu risc obstetrical crescut și care să fie urmate de o atitudine terapeutică bine definită.
- Planificarea familială nu are, de asemenea, protocoale scrise de practică pentru personalul medical de la acest nivel.

La **nivelul maternităților și spitalelor** problemele identificate sunt legate de:

- Dotarea insuficientă cu aparatură de investigație și monitorizare a gravidei.
- Insuficiențe cantitative și calitative referitoare la specialiștili necesari din echipele de gardă în maternități.
- Lipsa cantităților de sânge necesare la momentul dorit.
- Insuficiențe logistice: transportul dificil în caz de urgență, din rural în urban, dificultăți de comunicare.
- Lipsa unui sistem informațional de calitate privind cauzele mortalității materne.
- Circuit informațional defectuos între asistența primară și cea secundară și terțiară.

Toate aceste deficiențe au făcut sau fac obiectul unor programe speciale de reducere a mortalității materne:

- Program de dotare cu aparatură de inaltă tehnicitate a maternităților județene, derulat cu sprijinul Băncii Mondiale.
- Dezvoltarea asistenței de urgență, inclusiv neonatală, finanțat de guvernul Elveției, împreună cu suportul Băncii Mondiale.
- Înființarea a 95 centre de sănătate rurale care să asigure rezolvarea sau stabilizarea urgențelor și transportul rapid din ariile izolate spre centrele cu dotarea adecvată.
- Diferite cursuri de pregătire pentru personalul maternităților, finanțate și organizate atât de organsme publice și private naționale cât și agenții internaționale(proiectul – *Newstart*).
- Dezvoltarea unui sistem confidențial al investigării deceselor materne.
- Dezvoltarea unor programe medicale de depistare și tratare a unor afecțiuni preexistente sarcinii.
- Susținerea extinderii serviciilor de depistare și tratament al infecțiilor genito-urinare și a neoplaziilor uterine, ca parte a serviciilor prenatale uzuale și a serviciilor privind sănătatea reproducerii(ce ar putea reduce numărul copiilor cu handicap și al complicațiilor nașterilor).
- Reevaluarea serviciilor medicale oferite femeilor de vârstă fertilă.

Proiectul Newstart

Programul NEWSTART (acronimul de la Newborn Screening, Treatment and Referral Training) finanțat de USAID și realizat prin participarea unor specialiști din SUA, a Project Concern International și a IOMC are drept scop perfecționarea profesională a cadrelor medicale ce activează la nivelul asistenței de neo-natologie în vederea îmbunătățirii asistenței acordate nou-născuților și a reducerii abandonului și numărului trimiterilor către secțiile de distrofici.

Proiectul a avut ca obiectiv prioritar pregătirea echipelor de profesioniști neonatologi (medici și asistente medicale) din 12 spitale universitare care să efectueze apoi instruirea în cascadă pentru toate maternitățile județene din România, urmând ca IOMC să urmărească apoi formarea specialiștilor din alte 160 de maternități locale, precum și dezvoltarea unor protocoale terapeutice pentru anumite afecțiuni.

În ceea ce privește pregătirea de specialitate, un rezultat important a fost considerat accentuarea lucrului în echipa de neonatologie. S-au raportat o serie de modificări ale practicii clinice ca urmare a seminariilor: introducerea sistemului rooming-in, încurajarea alimentației naturale la cerere, îmbunătățirea tehnicilor terapeutice pentru anumite afecțiuni, dezvoltarea comunicării interpersonale cu colegii și aparținătorii copiilor. De asemenea această pregătire a fost complementară cu achiziționarea unor echipamente de terapie intensivă prin intermediul împrumutului Băncii Mondiale, cursurile referitoare la utilizarea tehnologiei moderne de terapie intensivă fiind un punct de plecare în înțelegerea acestui fenomen. În același timp s-a concluzionat că pentru 80% din nou născuții care sunt normali, dar chiar și pentru cei cu riscuri, există metode de tratament eficiente care nu necesită uzul înaltei tehnologii. Protocoalele terapeutice dezvoltate în cursul seminariilor au început să fie implementate la nivelul unora din maternitățile participante în program.

Prezumpția inițială a proiectului, anumecă o bună asistență neonatală va reduce numărul copiilor instituționalizați, tocmai datorită asistenței în careeste implicată și familiași în același timp prin reducerea numărului de copii trimiși spre secțiile de distrofici deunde se recrutează un mare număr de abandonuri este dificil de evaluat datorită faptului că principalele cauze de abandon sunt legate mai ales de condiții socio-economice și de educație și mai puțin de asistența medicală. Mai mult, această abordare poate naște dileme în legătură cu deciziile de alocare a resurselor între nivelurile asistenței pediatrice, mai ales în condiții de austeritate bugetară, precum e cazul în România.

În afara factorilor strict medicali, inducerea unui **stil de viață sănătos** poate avea un impact major atât asupra sănătății materne, cât și asupra celei infantile.

Fumatul este una din cauzele cele mai importante ale prematurității și deficitului ponderal la naștere, copiii subponderali fiind cei care au cele mai mari probleme de morbiditate și mortalitate. Se remarcă:

- Ponderea fumătoarelor a crescut după 1989, în special la categoria de vârstă 15–45 de ani.
- Cel mai ridicat procent al fumătoarelor se întâlnește la gravidele cu grad de instrucție școlară scăzută și cu nivel socio-economic redus.

Din aceste motive, prevenirea tabagismului la gravide este necesar să fie unul din programele ce ar trebui dezvoltate prioritar, cu următoarele **componente principale**:

- Sensibilizarea tuturor femeilor gravide asupra riscurilor tabagismului în cursul primei vizte prenatale.
- Furnizarea de mijloace pentru a le ajuta să înceteze fumatul și broșuri cu informați despre aceste mijloace.
- Implicarea în acest program a medicilor generaliști, medicilor ginecologi și a moașelor în cadrul asistenței prenatale.

Planificarea familială

Planificarea familială reprezintă **metodele de determinare conștientă de către familie a numărului de copii și a eșalonării în timp a nașterilor**; deoarece sănătatea optimă pentru mamă și copil sunt dependente de vârsta mamei, distanța dintre nașteri, echilibrul între dimensiunile familiei și cele ale resurselor, disponibilitatea metodelor de control al nașterilor putând rezolva multe din aceste aspecte.

Planificarea familială poate exercita influențe directe asupra sănătății femeii și a copilului, prevenind sarciniile cu risc crescut, adică:

- Sarcini la vârste mai mici de 20 ani
- Sarcini la vârste mai mari de 35 ani
- Sarcini la intervale mai mici de 2 ani între nașteri

În România un studiu IOMC/UNICEF/OMS arată că:

- Doar 7% din femeile din lotul studiat recurseseră vreodată la un mijloc modern de contraceptie
- Doar 9% din ele au primit sfaturi din partea cadrelor medicale în probleme legate de planificarea familială
- Circa 39% din femeile între 15–44 ani au nevoie de servicii de planificare familială modernă, proporția fiind mai mare în rândul celor cu nivelul de studii mai redus și cu un status socio-economic scăzut sau mediu.

Planificarea familială eficientă necesită:

- Existența unor cabinete și persoane calificate în domeniu
- Disponibilitatea materialelor contraceptive necesare
- Accesul tuturor cuplurilor și mai ales al celor cu riscuri pentru sănătatea materno-infantilă la informațiile și serviciile relevante.

Acest aspect este problematic la ora actuală, în special pentru zona rurală; o reglementare a Ministerului Sănătății prevede că medicii generaliști pot dobîndi competențe în acest domeniu, după urmarea unor cursuri modulare de 6 luni, fapt ce face ca mulți medici generaliști să nu ajungă să obțină aceste competențe.

Pentru îmbunătățirea acestei situații se pot avea în vedere următoarele propuneri:

- Dezvoltarea unei structuri de pregătire mai reduse temporal care să se adreseze mai ales celor din zonele rurale unde sunt singura sursă de servicii de planificare pentru populația din zonă
- Îmbunătățirea programei de învățământ atât la nivel universitar, cât și postuniversitar, astfel ca toți medicii generaliști să aibe competență în acest domeniu.
- Implicarea în planificarea familială, până la anumite niveluri de competență, a cadrelor medii, în special moașelor acolo unde există, și acestora fiindu-le necesară, desigur, o formare specifică
- Implicarea **asistentului social**: ținând cont că persoanele cu riscurile cele mai mari sunt cele ce provin din medii defavorizate, ar trebui să aibă cunoștințe în acest domeniu, el asigurând de multe ori legătura dintre comunitate și profesioniștii sanitari.

Până în 1989, practic, nu a existat o preocupare pentru planificarea familială, sau mai precis a fost vorba de o politică de influențare a comportamentului demografic, cu interzicerea sau îngreunarea accesului la majoritatea metodelor de planificare familială modernă(contraceptive orale, dispozitive intrauterine etc.). După 1989 a fost dezvoltat un **program național de planificare familială**, finanțat de Banca Mondială, cu trei componente:

- Formarea de personal
- Procurarea de mijloace contraceptive
- Informarea/educarea populației prin diferite metode specifice de comunicare (broșuri, mass-media etc),

fiind implicate alături de autoritățile române, Banca Mondială, FNUD, UNICEF, ca și diferite ONG-uri.

Un aspect legat de acest domeniu este cel conex cu sterilitatea maternă:

- Nu există, practic, nici-un program național privitor la fertilizarea in vitro, dar s-a dezvoltat un program în acest sens la Timișoara și se pregătește unul asemănător la Spitalul Universitar București
- Nu există reglementări clare într-un domeniu extrem de sensibil, nu doar din perspectiva faptului că necesită fonduri ridicate, ci și datorită implicațiilor legale/etice legate de donatori sau de rolul mamei.

Concluzionând, credem că o rețea de asistență maternă, în afara serviciilor specifice de la nivelul maternităților, ar trebui să pună accentul pe: **promovarea sănătății preconcepționale, asistență prenatală, asistență bazată pe comunitate, serviciile de planificare familială**.

Sănătatea copilului

Nutriția

Indicatorul geutate scăzută la naștere exprimă proporția copiilor cântărind sub 2 500g la naștere. Greutatea medie a copiilor la naștere în România este cu circa 0,2 kg mai mică decît greutatea medie a nounăscuților din Europa de Vest. O asemenea greutatea la naștere este asociată cu un risc de deces în primul an de viață de 10 ori mai mare față de copii normoponderali.

Factorii importanți asociați cu sporirea ponderii acestui grup de copii sunt:

- Creșterea ponderii mamelor sub 20 de ani: cu studii școlare incomplete, cu lipsa maturității fizice și psihologice necesare creșterii copiluli
- Nutriția și, în general, stilul de viață inadecvat al gravidei
- Insecuritatea și veniturile reduse comune pentru această perioadă agravează acțiunea acestor factori.

Programul Național de Supraveghere Nutrițională (PNSN)

Greutatea mică la naștere și malnutriția proteincalorică(MPC) constituie cauza favorizantă a decesului în 40%, respectiv 20% dintre copiii care decedează în primul an de viață.

Această situație, precum și lipsa unor date fiabile privind starea de nutriție a copilului au determinat IOMC să înceapă cu sprijinul financiar al Reprezentanței UNICEF în Romania o monitorizare a statusului nutrițional al copilului sub 5 ani.

Rezultatele obținute până acum din cercetare duc la concluzia că starea de nutriție a copilului reprezintă o problemă majoră de sănătate publică în România, situație care necesită o intervenție urgentă. Astfel, Programul Național de Supraveghere Nutrițională a arătat următoarele aspecte:

- Greutatea mică la naștere a fost de 3 220 gr. în 1990 și de 3 164 gr. în 1995, situîndu-se cu circa 200 gr. sub media greutății copiilor din țările occidentale.
- Prevalența greutății mici la naștere a crescut de la 7,6% în 1990 la 9,5% în 1995.
- Durata medie a alăptării a scăzut de la 5,6 luni la 3,6 luni în aceeași perioadă de referință.
- A crescut în mod îngrijorător prevalența copiilor cu talie mică pentru vârstă, în special în al doilea an de viață de la 10,1% în 1991 la 23,08 în 1994.
- 49% din copiii testați, cu vârsta sub un an, au nivelul hemoglobinei sub 11 gr.%, iar 10,9% sub 9 gr.%, sau altfel spus au anemie.
- Media greutății la naștere, greutatea mică la naștere și talia mică pentru vârstă sunt puternic corelate cu gradul de instrucție a mamei: prevalențele fiind practic duble pentru copiii ai căror mame au nivelul de instrucție sub 8 clase.

Factorii de risc incriminați în etiologia anemiei sunt legați de:

- Introducerea timpurie a laptelui de vacă și a solidelor fără fier în alimentația sugarilor.
- Dezechilibre alimentare datorate pauperizării populației.
- Ignoranța semnalată în domeniul alimentației corecte.

Există și o carență moderată a aportului de iod la copiii, cu variație geografică semnificativă.

Pornind de la aceste constatări, au fost dezvoltate o serie de programe:

- Alăptatul exclusiv la sân în primele 4–6 luni, ca o modalitate cu mai multe posibile rezultate: prevenirea malnutriției, reducerea anemiei, reducerea abandonurilor și implicit a instituționalizării, cunoscut fiind că distrofia este unul din motivele medicale cel mai importante de instituționalizare.
- Dezvoltarea sistemului de monitorizare a nutriției și de suplimentare nutrițională pentru copii mici, dezvoltându-se un program național în acest sens.
- Dezvoltarea programului de iodurare a sării.

Sectorul sanitar poate interveni și prin incurajarea unor practici nutriționale corecte, inclusiv alăptatul la sân, atât în maternități cât și la nivelul dispensarelor, pentru aceasta fiind necesară pregătirea personalului medical în domenii precum puericultura și deprinderea de noi abilități de comunicare, domenii unde există o puternică implicare a unor agenții internaționale(UNICEF, PNUD,USAID).

Corectarea celorlalte deficiențe nutriționale menționate presupune intervenții și din afara sectorului medical:

- Modificare comportamentală la nivelul parental care permite de multe ori îmbunătățirea alimentației copilului chiar și fără venituri suplimentare.
- Educația mamelor privind alimentația copiilor atât în perioada de boală cât și atunci când sunt sănătoși ca unul din cele mai eficiente moduri de a combate malnutriția și infecțiile.
- Promovarea alimentației la sân: aceasta îmbunătățește atât sănătatea sugarului dar și a mamei care poate avea o serie de avantaje asociate cu acest comportament (conservarea rezervelor de fier, datorită suprimării menstruației, creșterea intervalelor intergenezice, reducerea riscurilor de cancer ovarian sau de sân).
- Program național de alimentație cu suplinirea carențelor de microelemente prin dezvoltarea unor alimente îmbunătățite care să fie oferite gravidelor la risc (aici trebuind avute în vedere posibilități de suport financiar al familiilor ce nu-și pot procura aceste alimente); atît fierul cât și vitamina A pot fi adăugate în compoziția unei game variate de alimente pentru copii și/sau gravide; se consideră că atunci când alimentele consumate de o anume populație la risc pot fi fortificate cu costuri rezonabile, rezultatele favorabile sunt mai rapide decât cele provenite din programele educaționale.

Proiectul „Spitalul – prietenul copiilor" a fost inițiat în 1994 cu sprijinul reprezentanței UNICEF în Romania, în 1995 fiind acordată această titulatură la 10 spitale care au oferit servicii de maternitate și de îngrijire a nou-născuților, aplicând toți cei 10 pași dezvoltați de OMS și UNICEFpentru o alimentație la sân eficientă; acești pași specificau faptul că respectivele spitale ar fi trebuit :

1. Să aibă o strategie scrisă privind alimentația naturală, care să fie comunicată în mod contiuu personalului medical de îngrijire.
2. Să formeze întreg personalul medical pentru dobândirea capacităților necesare implementării acestei politici.
3. Să informeze toate femeile gravide despre beneficiile alăptatului și conduita privind alimentația naturală.
4. Să ajute mamele să înceapă alăptatul în prima jumătate de oră de după naștere.
5. Să arate mamelor cum să procedeze și cum să mențină secreția lactată chiar atunci când sunt separate de copiii lor.
6. Să nu ofere copiilor nou-născuți alimente sau băuturi, altele decât laptele matern, decât în cazurile cu indicație medicală.
7. Să practice cazarea comună, permițînd mamelor și copiilor lor să rămână împreună 24 de ore pe zi.
8. Să încurajeze la cerere alăptatul.
9. Să nu folosească suzete la copiii alimentați natural.
10. Să sprijine crearea grupurilor de susținere a alimentației naturale și să orienteze mamele către acestea, la externarea din spital sau clinică.

Deși nu există o evaluare națională a impactului proiectului, primele cercetări arată că în spitalele în care s-a introdus acest proiect durata medie de spitalizare a mamei și copilului s-a redus (de exemplu, în Spitalul Clinic Universitar în medie cu o zi, de la 6,43 la 5,47 zile, o situație asemănătoare fiind întâlnită și la maternitatea Polizu). S-au îmbunătățit și o serie de indicatori specifici precum reducerea numărului de ictere la nou-nascuții normoponderali, reducerea numărului (și gradului) de copii distrofici, afectarea în sens pozitiv a stării de sănătate maternă (diminuarea mastitelor ca urmare a alăptatului corect efectuat) sau scăderea numărului infecțiilor intraspitalicesti, fapt ce a dus la scăderea cantității de antibiotice și medicamente utilizate pe secție.

În același timp, proiectul a dus la creșterea nivelului educației sanitare a mamelor care stau cazate în permanență cu copiii lor. Deși inițial au existat rezerve din partea personalului, legate pe de-o parte de inerție, pe de alta de teama unor infecții ca urmare a cazării comune materno-infantile sau a îmbunătățirii accesului pentru aparținători, ulterior acestea au dispărut datorită rezultatelor concrete amintite anterior.

Din punct de vedere financiar, inițial au fost costuri suplimentare legate de amenajarea camerelor comune pentru mamă și copil (grupuri și instalații sanitare, rețea electrică, termoficare) și instruirea personalului pentru demonstrarea tehnicilor corecte, această investiție inițială fiind „recuperată" pe parcurs prin reducerea morbidității intraspitalicești și, consecutiv, a costurilor pentru medicație; de asemenea, reducerea duratei de spitalizare și costurile implicate de renunțarea la procurarea laptelui praf duc la reducerea cheltuielilor spitalicești, desigur principalele argumente în favoarea generalizării acestei abordări fiind cele legate de îmbunătățirea indicatorilor sanitari materno-infantili. Evidențele nu sunt încă concludente în ceea ce privește impactul acestei modalități asupra ratei abandonului în spital; deși ipoteza este că unei mame care își alăptează din primele momente copilul și stă cu el în permanență îi va fi mult mai dificil să-l abandoneze (adăugând aici și faptul că starea bună de sănătate ar putea fi un alt argument contra abandonului), totuși numărul de abandonuri nu a scăzut în unele din spitalele în care acest program se derulează. Explicațiile sunt probabil legate mai ales de condițiile socio-economice, sau de factori ai asistenței sociale (de exemplu, în unele maternități nu s-au găsit fonduri pentru angajarea unor asistenți sociali cu normă întreagă, la altele aceștia fiind plătiți de ONG-uri, precum Holt).

Deși progresele realizate prin acest program sunt încurajatoare, principala problemă constă în convingerea mamelor să continue alimentația la sân și după externare, pentru aceasta fiind necesare acțiuni de promovare și educare care să se adreseze atât comunității, cât și personalului medical de la nivel primar (dispensare), principala dificultate fiind așadar nu atât inițierea alimentației la sân cât menținerea ei pe o perioadă de 4–6 luni.

Pentru aceste programe s-au desfăşurat diferite proiecte care au antrenat atât populaţia ţintă, cât şi profesioniştii de la nivelul asistenţei medicale primare; aceştia din urmă ar trebui să primească o pregătire de specialitate similară cu profesioniştii din spitale în ceea ce priveşte alimentaţia naturală a copilului, altfel impactul întregului proiect devine ameninţat.

Corectarea celorlalte deficienţe nutriţionale menţionate presupune intervenţii şi din afara sectorului medical: **modificare comportamentală a mamei şi a familiilor, programe educaţionale specifice, program naţional de alimentaţie, program naţional de iodurare a sării.**

Deoarece furnizarea unor asemenea servicii nu semnifică în mod necesar şi acceptarea lor de către beneficiari, **o parte importantă a costurilor unor asemenea programe va trebui dedicată proceselor de informare, educare şi comunicare.**

Trebuie avute în vedere programele deja existente în domeniul asistenţei medicale a copilului, programe ce se bazează pe convenţiile internaţionale la care România a aderat, existând astfel un cadru general referitor la asistenţa de sănătate a copilului elaborat de CNPC, iar Guvernul României şi UNICEF (caseta 4) au elaborat un Program de acţiune detaliat ca termene, buget, acţiuni, până în anul 2000, ca şi Programe specifice ale Ministerului Sănătăţii.

Programul sănătatea copilului şi femeii 1995–2000, UNICEF – Guvernul României

În 1995, Guvernul Romaniei, prin Ministerul Afacerilor Externe, a stabilit un program de cooperare cu UNICEF destinat dezvoltării şi îmbunătăţirii sistemului de protecţie socială şi a serviciilor de bază destinate femeilor şi copiilor, cu o durată de 5 ani, din 1995 până în 1999. Acest program are patru domenii specifice: 1. sănătatea femeii şi copilului; 2. educaţia familiei; 3. copii în situaţii deosebite; 4. planificare şi dezvoltarea politicilor sociale toate acestea fiind intercorelate şi sprijinindu-se reciproc.

Pentru această abordare se are în vedere un echilibru între ponderea strategiilor naţionale şi a celor locale, acordându-se o atenţie deosebită modelelor de excelenţă de la nivel comunitar, cu accentul pe integrarea serviciilor judeţene pentru ocrotirea copiilor.

Modalitatea de acţiune are în vedere cooperarea intersectorială, cu implicarea comunităţii şi ONG-urilor, ca şi a structurilor publice.

În domeniul sănătăţii materno-infantile, principalele obiective de atins sunt reprezentate de:

- Reducerea mortalităţii materne până în 1999 cu 50% faţă de nivelul anului 1990(de la 84 decese/100.000 născuţi vii la 42 decese/100.000 născuţi vii).
- Reducerea între 1990–1999 cu o treime a ratei mortalităţii infantile (de la 27/1000 la 18/1000) şi a ratei mortalităţii copiilor sub 5 ani (de la 36/1000 la 2471000).
- Reducerea la jumătate, în perioada 1990–1999, a malnutriţiilor grave şi moderate în rândul copiilor sub 5 ani.

Pentru fiecare din aceste obiective sunt prevăzute responsabilităţi specifice, cu obiective şi activităţi detaliatepentru fiecare proiect.

Prioritar în acest domeniu este coordonarea diferitelor activităţi şi realizarea de proiecte comune mai ales între Ministerul Sănătăţii, Ministerul Muncii şi Protecţiei Sociale, Ministerul Învăţământului şi Ministerul Tineretului.

Sănătatea infantilă(0–1 an)

Principala problemă de sănătate la această categorie de vârstă este reprezentată de nivelul ridicat al deceselor la copii între 0 şi 1 an, adică de mortalitatea infantilă, care deşi are o tendintă de scădere, situează România pe unul din ultimele locuri printre tările europene, deşi în 1995 se înregistreză cea mai scăzută rată a mortalităţii infantile din istoria României. (tabelul 7.3)

Tabelul 7.3.

Rata mortalităţii infantile (R.M.I.): decese 0–1 an/1000 născuţi vii

INDICELE	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Mortalitate infantilă	26,9	26,9	22,7	23,4	23,3	23,9	21,2

Sursa : Ministerul Sănătăţii, 1996

În România, structura mortalităţii infantile este caracteristică modelului ţărilor în curs de dezvoltare, cu predominenţa mortalităţii postneonatale, după 28 zile, ce contribuie cu 70% la mortalitatea infantilă (tabelul 7.4)

Tabelul 7.4

Decesele sub un an, pe grupe de vârstă, în unele țări europene

Țara	Anul	RMI	Structura mortalității infantile (% din total decese sub 1 an)			
			sub o zi	1-6 zile	7-27 zile	28 zile – 364 zile
România	1993	23,2	5,1	21,3	12,8	60,8
Austria	1993	6,49	23,0	20,1	13,3	43,7
Bulgaria	1993	15,52	9,0	30,9	16,3	43,8
Franța	1992	6,82	11,0	22,5	15,1	51,4
Germania	1993	5,84	23,2	17,3	13,0	46,4
Polonia	1993	13,41	22,4	31,1	18,2	28,3
Ungaria	1993	12,45	26,7	26,4	15,8	31,1

Sursa: Ministerul Sănătății, CCSSDM, 1996

Trebuie subliniat că, în aproape toate țările europene, ponderea cea mai ridicată a deceselor sub un an se datorează bolilor perinatale și anomaliilor congenitale și mai puțin bolilor aparatului respirator sau bolilor infecțioase. În România, proporția cea mai mare de decese sub un an se datorează bolilor aparatului respirator, chiar dacă în ultimii ani s-a remarcat creșterea deceselor datorate perioadei perinatale(de la 16,4% în 1989 la 38,0 % în 1995), aceste afecțiuni fiind influențate mai ales de calitatea biogenetică a mamei și a produsului de concepție.

Această distribuție a mortalității se considera că **evidențiază carențe ale îngrijirii copiilor din această grupă de vârstă** (decese evitabile). Aceste carențe pot fi atribuite atît părinților cît și sistemului sanitar, putînd fi citate aici drept cauze: insuficiența alimentelor de bază, lipsa unei educații sanitare adecvate a mamelor (părinților), disfuncționalități ale sistemului de asistență medicală după ieșirea din spital, lipsa unor medicamente și preparate esențiale.

Unele din aceste deficiențe pot fi asociate cu problemele legate de pauperizarea populației și deci dificil de rezolvat pe termen scurt, altele însă țin mai ales de slaba oganizare/indiferență a factorilor de decizie și ar putea fi corectate printr-o implicare educată a factorilor medicali.

Este vorba de măsuri legate de:

- Informarea și educarea populației țintă, a mamei și a familiei în general.
- Creșterea competenței personalului medical în această direcție, în special de la nivelul rețelei de asistență medicală primară.

Copilul de la 1 la 4 ani

Pentru această grupă de vîrstă indicatorii de dezvoltare fizică a copiilor și a adolescenților evidențiază o stagnare și chiar un regres la vârstele mici 0–3 ani precum și la vârstele 6-15 ani, constatându-se diferențe remarcabile între nivelul dezvoltării copiilor din mediul urban în defavoarea celor din mediul rural (la 15 ani diferența este de 6,8 cm pentru înălțime și de 4,7 kg pentru greutate).

Pentru copiii între 1 și 4 ani principala problemă de sănătate este mortalitatea juvenilă, datorată în special bolilor acute ale aparatului respirator, accidentelor, traumatismelor și leucemiilor acute, situația la această categorie de vârstă situând România pe unul din ultimele locuri în Europa.

La categoria de vârstă 1–2 ani principala cauză de deces o constituie bolile aparatului respirator, acesta putând fi un domeniu de intervenție a sectorului sanitar printr-o mai bună dotare a unităților sanitare, atât cu echipamente, cât și cu medicație eficientă.

Comparativ cu celelalte țări din regiune, România are cea mai mare rată a mortalității copiilor sub 5 ani, dar împărtășește aceeași tendință generală de diminuare a acesteia, ca și celelalte țări din zonă.

Accidentele reprezintă principala cauză de mortalitate la această grupă de vârstă și au trei situații principale de producere: pe drumuri, la domiciliu, la locul de joacă.

Programele de reducere a mortalității juvenile ar trebui să aibă în vedere măsuri preventive care să se adreseze acestor circumstanțe. Ele trebuie să se adreseze:

- Autorităților publice, pentru a adopta reglementări care să reducă riscul accidentelor.
- Părinților, pentru a-i informa și conștientiza în acest domeniu.
- Copiilor, pentru a le dezvolta cunoștiințele și deprinderile necesare reducerii accidentelor.

Copilul de la 5 la 18 ani

Pentru copiii de 5–14 ani principala problemă de sănătate o constituie accidentele și traumatismele care sunt responsabile pentru peste jumătate din decesele care se produc la această vârstă.

Au fost raportate și tulburări ale sănătății copiilor din acest grup legate de condițiile nefavorabile de școlarizare: tulburări de creștere, fatigabilitate psihică, tulburări vizuale

La copilul 5–14 ani **acțiunile de intervenție** includ:

- Măsuri de prevenire a îmbolnăvirilor prin afecțiunile acute ale aparatului respirator.
- Măsuri educative pentru reducerea frecventei accidentelor și traumatismelor (măsuri care se adresează copiilor dar și părintilor).
- Acțiuni de educație pentru promovarea unor comportamente sanogenetice (reducerea prevalenței fumatului, consumului de droguri sau de alcool, practicarea sportului).
- Adecvarea procesului de învățământ la necesitățile și capacitatea copiilor.
- Îmbunătățirea mijloacelor diagnostice și terapeutice pentru reabilitarea celor accidentați.

La grupa de vârstă 15–19 ani principalele probleme de sănătate sunt reprezentate de accidente, boli transmise sexual și instaurarea unui stil de viată nesănătos, rata mortalității pentru copiii între 5–19 ani situând România într-o poziție defavorabilă printre țările din jur.

Măsurile de intervenție ar trebui să vizeze:

- Reducerea accidentelor în general și a celor rutiere în special, atât prin măsuri generale, cât și prin măsuri specifice, cu implicarea copiilor și tinerilor, a familiilor lor, a școlii și comunității.
- Familiarizarea cu metodele și tehnicile de planning familial pentru evitarea sarcinilor nedorite.
- Informarea în legătură cu riscul transmiterii unor îmbolnăviri pe cale sexuală.
- Recunoașterea precoce a semnelor de îmbolnăvire și a măsurilor care trebuie luate.
- Informarea în legătură cu riscurile pentru sănătate legate de fumat, consum de alcool și droguri.
- Promovarea exercitiului fizic și a sportului.
- Identificarea adolescenților și tinerilor cu instabilitate emoțională și instituirea de măsuri de promovare a sănătății mintale.
- Îmbunătățirea asistenței medicale de urgență pentru managementul traumatismelor.

Morbiditatea. O problemă aparte o ridică apariția bolilor care au ca determinanți importanți probleme legate de: sărăcirea populației, reducerea nivelului de igienă, scăderea nivelului educațional și deteriorarea serviciilor medicale preventive.

A crescut incidența unor boli ca:

Hepatita virală. Principala problemă este reprezentată de hepatita B, datorită prognosticului mai defavorabil la copii, și prin creșterea incidenței sale în ultimii ani, în cazul copiilor contaminarea fiind potențată și de „tradiția medicală" românească de utilizare mult mai frecventă a tratamentelor injectabile, ajungându-se ca un copil să beneficieze în medie de 21 injecții în primul an de viață, dacă este îngrijit la domiciliu și de circa 118 injecții, dacă este instituționalizat.

Consecutiv acestei practici, una din recomandările ce pot duce la diminuarea contaminării copiilor mici se referă la:

- Reducerea numărului de injecții, înlocuindu-le atunci când este posibil cu tratamentul oral.
- Începerea campaniei naționale de vaccinare antihepatită B a nou-născuților și apoi extinderea și alte grupe de vârstă.

Tuberculoza. După 1989 s-a remarcat o tendință de creștere a incidenței acetei afecțiuni, explicația acestei creșteri pare a fi reducerea ratelor de vaccinare și în special menținerea unor grupuri izolate de indivizi neimunizați, mai ales în cadrul populației cu riscuri crescute, deteriorarea statutului socio-economic a unei mari părți a populației, cu deteriorarea consecutivă a alimentației, reducerea condițiilor de igienă.

SIDA. Trăsătura fundamentală a acestei pandemii în România este data de faptul că 52% din cazurile de HIV/SIDA pediatrice din Europa se regăsesc în România, adică peste 90% din cazurile înregistrate sunt la copii. De remarcat că în urma eforturilor conjugate întreprinse atît de organismele publice cît și de ONG-uri nu au mai fost raportate cazuri de infecție cu HIV la nici-un copil născut în 1995. Datorită faptului că după 1990 autoritățile sanitare, împreună cu ONG-uri și organisme internaționale au luat o serie de măsuri precum asigurarea seringilor de unică folosință în spitale de pediatrie și pentru vaccinari, realizarea de programe de prevenție la nivel național, organizarea de cursuri județene în cadrul unor programe organizate în colaborare cu organizatii precum: USAID, UNICEF, PHARE, SOROS, ACET, se poate aprecia că **efectul după șase ani de zile este pozitiv prin scaderea drastică a cazurilor HIV nozocomiale la nivelul copiilor.**

Serviciile de sănătate pentru copii

Asistența medicală este, din punct de vedere legal, gratuită pentru copii în România, de aceste reglementări beneficiind între 5 și 6 milioane copii dintre care aproximativ 280.000/an sunt de vîrsta 0–1an.

Sistemul actual de acordare a asistenței medicale este regresiv, 33% din cheltuielile publice pentru asistența ambulatorie fiind în beneficiul a celor mai bogați 20% din populație; de asemenea cheltuieliele sanitare publice per capita sunt de trei ori mai mari în decila de populație cea mai bogată față de prima decilă; cea mai puțin regresivă este cheltuiala publică pentru asistența primară în timp ce asistența spitalicească este la polul opus din acest punct de vedere (Banca Mondială, România: Sărăcie și Politica Socială, 1996).

7.3 Reforma serviciilor de sănătate și impactul său asupra serviciilor pediatrice.

Principiile generale ale reformei sistemului sanitar român, în concordanță cu criteriile UE, privesc **accesibilitatea** serviciilor (fără bariere economice, geografice, culturale), principiul solidarității ca bază a funcționării sistemului, **echitatea și discriminarea pozitivă** a persoanelor și grupurilor defavorizate, fundamentarea întregului sistem pe **prevenire a bolilor și promovarea sănătății, integrarea îngrijirilor medicale** în cadrul unei strategii naționale de asigurare a sănătății publice în conformitate cu politica de sănătate europeană „Sănătate pentru toți până în anul 2000", elaborată de OMS, reorganizarea sistemului de îngrijiri de sănătate (care să asigure: libertatea de alegere a pacienților, autonomia profesioniștior medicali, introducerea competiției la nivelul furnizorilor medicali, informatzarea retelei medicale și farmaceutice, dezvoltarea unui sistem de servicii de sănătate bazat pe ingrijirile primare și susținut de ingrijirile secundare și terțiare, creșterea rolului comunității).

În 8 județe din România a fost implementat un nou sistem de acordare a asistenței sanitare primare, proiect sprijinit prin împrumutul de reabilitare al sectorului sanitar acordat de Banca Mondială.

S-a introdus un nou mod de plată și de luare în evidență al pacienților, fiecare medic fiind remunerat în funcție de numărul pacienților care se înscriu pe lista sa, pacienții având dreptul de a alege și schimba medicul curant. În asistența pediatrică modificările majore se referă la faptul că asistența copilului este făcută acum și de medici generaliști și nu doar de pediatrii, aspect care se va generaliza la nivelul întregii țări avînd în vedere că Facultatea de Pediatrie a fost desființată în 1990, pediatria redevenind o specialitate distinctă pentru absolvenții Facultății de Medicină Generală.

Aceste modificări impun ca măsuri necesare:

- Acordarea unei atenții deosebite programei de pregătire în pediatrie, atât la nivel universitar cât și la nivel postuniversitar (pentru medicii de medicină generală).
- Un sistem de acreditare mai riguros care să pună accent pe calitatea pregătirii în domeniu pediatric, avînd în vedere că medicul de medicină generală devenit medic de familie, cu responsabilitatea îngrijirii pediatrice, a avut o pregătire universitară redusă în asistența pediatrică.

Medicii sunt plătiți cu o sumă fixă pentru fiecare pacient care se înscrie pe lista lor pentru a fi consultat și tratat atunci cînd va fi cazul. Aceasta sumă diferă în funcție de vîrsta pacientului, fiind mai mare pentru grupa de vîrstă 0-1 an, ca o recunoaștere a ingrijirilor ce trebuie acordate acestor copii, complementar fiind făcute și plăți pentru anumite servicii medicale specifice.

Noul sistem de plată pentru asistența pediatrică ar fi trebuit să încurajeze o activitate de prevenire a îmbolnăvirilor din partea medicilor, să stimuleze îmbunătățirea calității asistenței primare în domeniul pediatric prin introducerea competiției și a libertății de alegere și o reducere a cheltuielilor prin scăderea numărului de trimiteri și internări în asistența secundară și terțiară.

Datele existente arată că nu există diferențe semnificative fața de perioada precedentă sau județele neimplicate în acest experiment la nivelul elementelor expuse mai sus.

Acest sistem bazat pe complementaritatea remunerării medicilor per capita și per serviciu poate fi util în atingerea rezultatelor de asistență sanitară dorite, cu condiția determinării pragurilor financiare de la care anumite servicii sau activități sunt motivante pentru personal.

Acesta este de altfel și modul prin care asistența materno-infantilă ar putea fi promovată mai eficient, astfel ca medicii să se implice în diferitele activități considerate ca prioritare de către forurile metodologice în domeniu, stabilirea contravalorii finaciare fiind mai mult o **opțiune de politică sanitară** decât una financiară, implicând alocarea resurselor prioritar către sectorul ce poate avea cel mai mare impact în ameliorarea sănătății, în cazul României fiind vorba de asistența materno-infantilă mai ales de la nivelul rețelei primare, o posibilă modalitate de stimulare a activității de asistență materno-infantilă fiind cea care ar stabili alocarea resurselor finaciare în funcție de impactul așteptat prin modificarea paternului medical.

Alternative pentru asistența sanitară din România

Există trei mari opțiuni pentru modificarea asistenței sanitare la nivel național:

– sisteme bazate pe asigurări obligatorii pentru sănătate(sistem de asigurări sociale)
– bazat pe impozite (generale și/sau locale)
– bazat pe asigurări voluntare(sistem privat de asigurări)

Opțiunea reală este între sistemul de asigurări sociale și cel finanțat prin impozite, asta deoarece sistemul bazat pe asigurări private necesită sume importante ca prime de asigurare, cu importante dificultăți legate de accesibilitate și echitate, fiecare din opțiunile amintite avînd consecințe diferite asupra asistenței materno-infantile.

Conform proiectului de lege deja votat în Senat:

- Noul sistem sanitar românesc va fi finațat în viitor din contribuții obligatorii pentru toți cetățenii care sunt salariați(sunt cuprinși într-o activitate remunerată).
- Jumătate din primele de asigurare fiind suportate de patron și jumătate de către salariat, pentru restul indivizilor urmând a fi plătite sume din alte fonduri(șomaj, pensii).(Asistența copiilor este suportată din contribuția plătită de părinți sau de la buget, atunci când părinții nu muncesc.

Aici ar trebui menționate o serie de probleme ce pot apărea o dată cu introducerea unui asemenea tip de sistem în România, cu impact direct sau implicit asupra asistenței pediatrice.

- Definirea pachetului de servicii minim la care vor avea acces copiii, dar și populația în general, ținând cont de faptul că sănătatea copiilor este determinată în mare măsură de cea a părinților.
- Serviciile minime garantate ar trebui sa fie dimensionate ținând cont mai ales de nevoile celor mai defavorizate categorii, i.e., cei saraci și mai puțin educați.
- Pachetul de servicii gratuite ar trebui să includă acele servicii care sunt utilizate mai ales de grupurile defavorizate (iar asistența prenatală și la naștere, asistența copilului bolnav, sunt servicii care dacă sunt universale sunt mai ales în beneficiul celor săraci), fiind deci necesară o preocupare pentru echitate și pentru abordarea diferențiată a celor mai defavorizate categorii ale populației și/sau a celor mai expuse, în acest context asistența materno-infantilă fiind considerată drept un domeniu aparte care are nevoie de servicii de asistență medicală mai numeroase, avînd în vedere că reprezintă grupuri populaționale cu riscuri crescute de îmbolnăvire.
- În condițiile unui șomaj ridicat, a unei proporții ridicate a pensionarilor și a altor categorii ce nu vor putea plăti aceste prime (școlari, elevi, studenți, dar și țăranii care au dificultăți în plata impozitelor actuale și care foarte probabil vor întîmpina aceleași probleme cu plata primelor de asigurare), se va ajunge la situația în care va trebui făcut apel la fonduri suplimentare exterioare sistemului (buget, asigurări sociale, fond de pensii etc), avînd de acoperit și costurile suplimentare legate de administrarea noului sistem (evaluate la 5-10% din costurile totale).

Pe termen scurt va exista o competiție acerbă pentru resurse în interiorul sistemului sanitar, distribuția acestora putînd afecta sectorul asistenței infantile, motive pentru care credem că cel puțin **pe termen mediu serviciile materno-infantile de bază ar trebui să fie finanțate preponderent și prioritar de la bugetul de stat.**

Această soluție credem că se impune mai ales în ceea ce privește **serviciile preventive** pentru (mamă și) copil; finațarea acestora ar trebui să provină preponderent de la bugetul de stat, cel puțin pentru acele programe preventive desemnate ca priorități naționale, existând și posibilitatea de a putea fi finanțate și alte servicii preventive de casele (fondurile) de asigurări sau din alte surse (locale, private, comunitare etc).

Pentru coordonarea/eficientizarea acestor servicii s-ar putea avea în vedere existența unui **organism local** (județean sau la nivelul unei anumite zone geografice prestabilite) care să facă să funcționeze optim aceste servicii.

Astfel pentru anumite prestații, gen vaccinuri care au calendare precise, respectivul organism ar putea plăti prestațiile medicilor și controla activitățile acestora, mult mai eficient decît organismele centrale sau sanitare locale, care, în prezent , se ocupă cu toată activitatea medicală din zona arondată; aceste oficii locale preventive ar putea fi grefate/sau ar putea prelua funcțiile unor structuri deja existente, precum Direcțiile de Medicină Preventivă sau Poliția Sanitară.

În plus, aceste organisme locale ar putea conlucra cu autoritățile locale în ceea ce privește rezolvarea nevoilor specifice locale, ținînd cont că există diferențe semnificative în ceea ce privește sănătatea materno-infantilă în diferite regiuni ale României. Subliniem că aceste oficii nu ar fi în nici-un fel furnizoare de servicii medicale, preventive sau curative, această sarcină revenind medicilor din rețeaua existentă, în special la nivel primar. **Acest fapt ar face ca plata furnizorilor de servicii medicale să se facă pe criterii de eficiență și calitate și nu baza apartenței la sistemul public sau privat.**

În acest mod se pot lua decizii referitoare la asistența medicală la nivel local, fără conotații politice și ținând cont de adecvarea acestora la nevoile specifice ale copiilor din respectiva zonă.

Datorită marilor diferențe de mortalitate și morbiditate susținem dezvoltarea capacității și delegarea autorității către Direcțiile Sanitare locale pentru dezvoltarea și implementarea de planuri de intervenție locale în domeniul asistenței materno-infantile, bazat pe nevoile specifice județului.

Evaluarea profesională va trebui să revină asociației profesionale, Colegiul Medicilor, care va avea și rolul de a stabili standarde profesionale, programe de perfecționare profesională.

În același timp, acest for poate utiliza expertiza unor centre metodologice precum IOMC pentru elaborarea de protocoale terapeutice și măsuri de asistență pediatrică specifice care, dacă sunt agreate de către autoritățile sanitare, pot devenii obligatorii pentru toți practicienii. Actualmente, IOMC furnizează standarde

MS pentru asistența materno-infantilă, se implică în pregătirea medicilor obstetricieni și moașelor.

Monitorizarea din punct de vedere economic va reveni plătitorilor, case sau fonduri de asigurări, care vor avea un oficiu la nivel local. Acestea vor putea, pe baza contractelor incheiate cu furnizorii să controleze utilizarea cât mai eficientă a fondurilor, având în vedere că aceasta va fi principala lor activitate.

Autoritățile sanitare statale, centrale și locale, vor avea la rândul lor funcții mult mai clar delimitate, precum formularea politicii și stabilirea obiectivelor sănătății publice, atât la nivel național cât și regional/local, stabilirea criteriilor pentru acreditarea furnizorilor de servicii de sănătate, acreditarea asiguratorilor, elaborarea politicilor în domeniul resurselor umane.

În acest fel s-ar produce o separare clară între furnizorii și plătitorii asistenței sanitare, ca și între autoritățile sanitare și organismele de control profesionale, existînd, în opinia noastră, posibilitatea unui control mai eficient al practicii medicale pe diferitele sale componente, din partea unor organisme distincte (acest model existând dealtfel în majoritatea țărilor occidentale).

Ar trebui amintit aici faptul că un sistem sanitar bazat pe asigurări de sănătate, preponderent, este mai regresiv decât unul bazat pe impozite și taxe generale, fapt la care ar trebui avută în vedere nu doar eficiența ci și echitatea în domeniul acordării serviciilor de sănătate materno-infantile. De aceea vom menționa că din punct de vedere al cheltuielilor sanitare per capita există disparități importate între mediul urban și cel rural, în favoarea celui dintâi.

Aceste probleme legate de regresivitatea sistemului actual ar putea spori prin introducerea noului sistem, fapt ce ar putea afecta suplimentar grupurile cu venituri reduse, adică tocmai acele grupuri care contribuie cu cel mai mare procent la morbiditatea și mortalitatea materno-infantilă, un motiv în plus pentru a fi în **favoarea menținerii finanțării asistenței materno-infantile de al nivelul bugetului public.**

Strategii și perspective în politica de sănătate materno-infantilă

În România, după 1989, starea de sănătate prezintă evoluții contradictorii, cu înrăutățirea unor indicatori și ameliorarea altora. Impactul tranziției asupra stării de sănătate poate fi explicat prin numeroși factori.

Starea de sănătate este influențată în proporție de 80–90% de factorii socio-economici, stilul de viață și biologia umană, și doar în procent de 10–20% de asistența medicală, indiferent de tipul sistemului de sănătate.

Cel mai bun predictor al stării de sănătate nu este nivelul veniturilor, ci diferențele de venituri între diferitele grupe sociale, o distribuție mai echitabilă a bogăției naționale fiind asociată cu indicatori de sănătate mai buni. Acest aspect sugerează că în perioada tranziției la economia de piață starea de sănătate s-ar putea înrăutăți datorita creșterii săraciei în rândul anumitor grupe populaționale, motiv pentru care politicile sociale și sanitare capătă o importanță sporită în această etapă.

Chiar dacă indicatorii sintetici ai stării de sănătate materno-infantilă au cunoscut îmbunătățiri după 1989, România continuă să aibă cea mai defavorabilă poziție în cadrul țărilor din zonă, pentru anumiți indicatori diferențele fiind procentual mai mari decât în urmă cu 40 de ani.

În cadrul măsurilor de protecție a sănătății copilului ar trebui făcută distincție între politicile de sănătate și cele de asistență sanitară.

În domeniul asistenței medicale strategiile de intervenție trebuie să țină cont de problemele de morbiditate și mortalitate pe grupe de vârstă specifice:

(La grupa de vârstă 0–1 an principala problemă de sănătate este mortalitatea infantilă, în special prin componenta postneonatală.

(La copii de la 1 la 4 ani principala problemă de sănătate este mortalitatea juvenilă datorată în special traumatismelor și bolilor respiratorii acute.

(Pentru copii între 5–14 ani principala problemă de sănătate o constituie accidentele care sunt responsabile de peste 50% din mortalitatea acestei vârste.

(La grupa de vârstă 15–18 ani principalele probleme de sănătate sunt reprezentate de accidente, bolile cu transmitere sexuală și instaurarea unui stil de viață nesănătos.

(Pentru gravide principala problemă de sănătate o constituie principala problemă de sănătate o constituie mortalitatea maternă.

Intervențiile medicale vor fi focalizate pe aceste probleme, principalele direcții de acțiune fiind cele legate de pregătirea personalului medical și îmbunătățirea practicii medicale, procurarea de echipamente și materiale de bază și implicarea populației, o altă direcție de intervenție fiind cea centrată pe principalii factori de risc cauzatori ai mortalității și morbidității materno-infantile.

La nivelul sistemului sanitar accentul ar trebui pus pe întărirea capacității asistenței pediatrice de la nivel primar prin creșterea competenței profesionale în domeniul materno-pediatric al medicilor și asistentelor/moașelor și prin îmbunătățirea dotării și logisticii de la acest nivel.

Datorită marilor discrepanțe geografice de morbiditate și mortalitate, autoritățile sanitare locale vor trebui să beneficieze de o mai mare autonomie în ceea ce privește utilizarea resurselor în conformitate cu prioriățile locale.

Pentru cunoașterea necesităților reale ca și pentru evaluarea performanțelor sistemului este necesară dezvoltarea unui sistem informațional de culegere, transmitere și analiză a datelor adecvate coerent, cu legături atât în plan vertical, cât și orizontal, la nivel local.

Reforma asistenței medicale ar trebui să ducă

la separarea furnizorilor de cumpărătorii de servicii medicale.

Baza finanțării asistenței materno infantile ar trebui să provină de la bugetul public, furnizarea serviciilor urmând a fi făcută pe baze competitive, în funcție de calitate și eficiență, atât de furnizori privați cât și publici.

Pachetul de servicii generale garantate de stat trebuie să aibă incluse serviciile materno-infantile și în mod special pe cele preventive.

Diversificarea surselor financiare, prin complementarea surselor naționale cu cele locale și cele provenind din alte activități(coplată, plăți deductibile), trebuie să țină cont de grupurile defavorizate, propunerea noastră fiind ca mamele și copii să fie scutiți de orice fel de plată pentru serviciile medicale esențiale.

Având în vedere faptul că pe termen scurt și mediu este improbabilă o sporire substanțială a surselor financiare pentru asistența de sănătate, ar trebui stabilite prioritățile politicii sanitare în cadrul bugetului existent, asistența materno-infantilă fiind una dintre ele, așa după cum am relevat în această lucrare. Pentru succesul acestui demers este esențial procesul prin care se vor lua deciziile în domeniu, esențială fiind colaborarea dintre sectorul sanitar și celelalte segmente implicate, atât de la nivelul autorităților publice, cât și al societății civile.

Suportul internațional acordat în domeniul asistenței materno-infantile a fost substanțial; inițial, implicarea internațională a reprezentat o abordare reactivă, de urgență, răspunzând unor nevoi punctuale disparate,fără să existe o strategie pe termen lung a continuăriiacțiunilor începute prin sprijin internațio nal, în ultima perioadă remarcându-se încercările de coordonare a acestor activități, mai ales la nivel județean, principalele probleme cărora vor trebui să le facă față aceste proiecte fiind legate de atragerea resurselor locale pentru continuarea activităților începute.

PARTEA A III-A

COPILUL SEPARAT DE FAMILIE

Experiența istorică de până acum a arătat că familia reprezintă mediul cel mai prielnic creșterii și dezvoltării copilului. Ea oferă mediul uman cu orientarea constantă cea mai ridicată pentru asigurarea bunăstării copilului, creând nu numai condițiile materiale, dar și pe cele psiho-afective și sociale necesare dezvoltării și formării copilului pentru viața matură. Nici o altă „instituție" umană nu s-a dovedit atât de adecvată pentru creșterea și dezvoltarea unui copil.

Părinții sunt asociați cu dragoste, afecțiune, prietenie, securitate și confort. Cei mai mulți părinți își îndeplinesc rolul de părinte cu succes, asigurând un mediu propice dezvoltarii copiilor, prin adaptarea stilului lor de viață și a comportamentului în funcție de nevoile copilului, pe care le consideră prioritare în luarea deciziilor în cadrul familiei. Există însă și situații în care părinții nu pot sau nu vor să-și asume această responsabilitate. Pentru toți acești copii, separarea de familie constituie o traumă care poate avea urmări negative pe tot parcursul vieții lor. Cercetările din ultimele decenii arată că dezvoltarea socio-psiho-afectivă a copilului este influențată, mai ales, de realizarea atașamentului și a legăturii de afecțiune între copil și mama, lipsa părinților și a unui mediu familial determinând absența unor sentimente și emoții normale ale copilului, întârzieri în dezvoltarea fizică, tulburări de comportament și chiar întârziere mentală. Cele trei elemente extrem de importante în cazul separării sunt: durata acesteia, condițiile în care a avut loc separarea, modalitatea de îngrijire și dezvoltare oferită copilului în timpul separării.

Abandonarea copilului reprezintă forma limită și definitivă a separarii a copilului de părinții lui. Există însă și situații în care, deși familia nu adoptă explicit o decizie de abandon definitiv, încredințează copilul pe perioade nedeterminate unor instituții sau rudelor. E nevoie sa distingem cu claritate situația în care o asemenea încredințare este facută sub presiunea unor condiții de viață exceptionale și în care familia isi exprima cu claritate starea de temporaritate, menținând și cultivând relațiile cu copilul, de situațiile în care familia se dezinteresează de copil și nu cultivă relații normale cu acesta. Aceste din urmă situații, în experiența ultimilor ani din România, duc în cele mai multe cazuri, până la urmă, la abandon, printr-un proces dureros și incert pentru copil. Numim aceste situații incerte, de separare, quasiabandon.

Cap.8. Abandonul copilului

Abandonul generează o traumă profundă cu consecințe extrem de grave pentru întreaga viață. Momentul abandonului este un moment crucial în care viața, la începuturile ei, este împinsă pe o cale la care există puține alternative. Nu este întâmplător faptul că unul dintre indicatorii cei mai importanți ai calității condițiilor de viață ale copilului este **riscul de a fi abandonat**.

Între situația copilului care trăiește în familia sa și abandonul consemnat legal există o **multitudine de forme intermediare de separare a copilului de familie**: părăsirea definitivă a copilului cu sau fără declarație formală de abandon în maternități, leagăne, spitale, case de copii sau, pur și simplu în gări și pe stradă; încredințarea copilului pe o perioadă nedeterminată unor instituții, fără a exista o decizie clară la caracterul provizoriu sau definitiv al separării; neglijarea cronică a copilului, lasându-l să stea în stradă, să fugă din familie, să-și obțină singur cele necesare.

În situația de separare, colectivitatea trebuie să intervină pentru a găsi o soluție adecvată pentru acesta, promovând interesele superioare ale copilului. O gamă largă de soluții pot fi adoptate în asemenea situatii: prevenirea abandonului și în mod special a instituționalizării copiilor, pe perioade determinate, sau, mai rău, pe perioade nedeterminate; reintegrarea în familie a copiilor încredințați instituțiilor; adopția; încredințarea și plasamentul familial până la găsirea unei soluții definitive. În unele cazuri, declararea legală a abandonului (care deschide pentru copil o perspectivă clară, care s-ar putea dovedi foarte bună) este preferabilă situațiilor de quasiabandon, incerte și traumatizante, care, de regulă, se transformă, după lungi perioade, într-un abandon efectiv.

8.1. Explozia abandonului în ultima perioadă a regimului socialist

În ultimele două decenii ale regimului socialist a avut loc o adevărată explozie a abandonului. Mai mulți factori au contribuit la acest fenomen:

a. **Politica violent pronatalistă** a regimului socialist, lansată în 1966: interzicerea avorturilor, dar și descurajarea până la interzicere a utilizării unor mijloace moderne de control al nașterilor. Introdusă după o perioadă de scădere rapidă a natalității, ca rezultat al modernizării socialiste forțate, noua politică demografică a produs o explozie a proporției copiilor nedoriți și, mai ales, a copiilor născuți în situații dificile: familii foarte sărace, mame necăsătorite. În mod special, familiile sărace și cu un acces redus la resursele sociale informale nu au putut găsi mijloacele adecvate de a promova controlul nașterilor. În consecință, în segmentele foarte sărace și marginalizate social se instalează o atitudine de renunțare la orice încercare de planificare a nașterilor, spre deosebire de clasa superioară și cea mijlocie, unde se găseau resursele necesare controlului nașterilor. Această **atitudine de abandon al planificării familiale**, caracteristică unor segmente ale colectivității, se va dovedi după 1989 a avea o inerție ridicată, explicând menținerea unei natalități ridicate în anumite segmente, în ciuda marilor oportunități de planificare familială.

b. **Sărăcirea rapidă după 1980, cuplată cu puternice tendințe de dezorganizare a familiei marginalizate** a lovit în special acele segmente ale societății caracterizate în mod special de o natalitate ridicată și de incapacitate de planificare familială. Nu sărăcirea ca atare este cauza directă a abandonului celor mai mulți copii, ci o combinație unică de dezorganizare social-familială și sărăcie. În această combinație, dezorganizarea socială și familială are loc pe un fond general de sărăcie, dar sărăcia este enorm amplificată de această stare. Familiile aflate în această situație sunt absorbite într-un vârtej de lipsuri (lipsă de locuință foarte adesea, lipsa locului de muncă, lipsă de suport al familiei lărgite), la care se adaugă destrămarea familială, alcoolismul, prostituția. Un factor agravant este lipsa de control asupra propriei vieți, incluzând aici și lipsa de control asupra propriei natalități.

Această cumulare a factorilor de risc este deosebit de pregnantă în grupurile etnice marginale (romi, în mod special) care prezintă totodată și natalitatea cea mai ridicată.

c. **Rata ridicată a mortalității materne**, datorată avorturilor empirice, făcute în condiții de ilegalitate, a constituit, de asemenea, o cauză a abandonului.

d. **Un sistem de protecție a copilului, care în loc să prevină abandonul, îl induce într-o largă măsură.** Pentru a face față problemelor sociale, fie ale familiilor care nu-și pot crește copiii, fie a copiilor cu probleme de sănătate care nu pot fi îngrijiți în familie, sistemul a acceptat o formă de internare provizorie, pe perioade nedeterminate a copiilor în instituții. Medicii, obsedați de responsabilitatea evitării mortalității infantile, preferau să trimită copiii cu probleme de sănătate din familiile mai sărace în secții de distrofici sau spitale.

Acestea, datorită lipsei de alternative, acceptau prelungirea internărilor, pe considerente sociale, peste termenul cerut de tratamentul medical propriu-zis. Spitalizarea pe termen lung, separarea progresivă de familie și incapacitatea sistemului de a sprijini familiile în dificultate, duceau inevitabil la transformarea acestei forme de protecție medicală într-un proces ireversibil de abandon a copiilor în instituții. și, într-adevăr, din secțiile de distrofici, cei mai mulți copii ajung nu în familii, ci în leagăne.

e. **Degradarea cantitativă și calitativă a serviciilor medicale și de educație, a facilităților pentru mamele cu copii** (creșe, grădinițe), creșterea taxelor pentru creșe și gradinițe și reducerea numărului acestor facilități constituie alte cauze ale abandonului. La aceasta se adaugă și dezagregarea sistemului de ocrotire medicală în familiile cu copii.

8.2. Instituționalizarea - răspunsul preferat la situația de abandon a copilului în regimul socialist

Instituțiile pentru copii au reprezentat o opțiune majoră a sistemului socialist, deși legislația prevedea și celelalte posibilități (adopție, plasament, încredințare).

Activitățile de prevenire a instituționalizării și de dezinstituționalizare (reintegrare în familie, adopție, încredințare, plasament familial) sunt cronic subdezvoltate în sistemul public. Prevenirea instituționalizării s-a făcut doar prin sprijinul financiar al familiilor (alocațiile pentru copii, în primul rând). Încredințarea și plasamentul se fac mai mult cu mijloace administrative, deci ineficient. Adopțiile sunt realizate predominant prin tribunale și autoritatea tutelară, fără sprijinul de specialitate al asistenților sociali. Instituțiile pentru copii tind să devină structural necooperante în inițiativele de dezinstituționalizare. Este ca și cum instituțiile caută să-și apere „patrimoniul" (copiii) împotriva tendințelor de diminuare prin forme alternative de instituționalizare.

Motivele preferinței pentru soluția instituționalizării pot fi identificate în trei planuri:

1. Formele alternative la instituționalizare - adopția, încredințarea și plasamentul familial - au cunoscut o subdezvoltare cronică. Cauzele acestea țin atât de o serie de constrângeri reale, cât și de condiții culturale și ideologice. Adopția a fost sporadică și neîncurajată. Încredințarea unui alt membru al familiei lărgite (rude) s-a făcut, dar solicitările nu au fost prea mari, iar plasamentul familial a avut loc mai degrabă excepțional, fiind insuficient organizat. Mai mulți factori trebuie luați în considerație.

a. **Condițiile tot mai dificile de viață** ale majorității populației. La aceasta se adaugă doi factori suplimentari: criza locuințelor și politica locuirii. Locuințele orășenești sunt cel mai adesea modeste ca dimensiuni și dotare (2-3 camere), fapt care nu făcea tentantă nici nașterea multor copii și, cu atât mai puțin, adopția sau preluarea copiilor în aranjamente temporare. Un alt factor suplimentar, tradiția ca familia să sprijine masiv pe tineri pentru întemeierea gospodăriei (o datorie socială generală), fapt care limita aspirațiile la 1, cel mult 2 copii.

b. **Antrenarea masivă a femeii în muncă** a reprezentat un factor decisiv în scăderea atractivității preluării și creșterii copiilor de către alte familii (adopție, plasament).

c. **Lipsa serviciilor de asistență socială** care să prevină abandonul sau să susțină adopția și plasamentul familial.

d. **Un factor cultural specific.** În societățile tradiționale (și țările socialiste au prezentat din multe puncte de vedere o uimitoare supraviețuire a unor mentalități tradiționale), adopția copilului reprezenta o excepție, având de regulă conotații negative.

2. Un factor ideologic. Socialismul de tip sovietic manifesta o preferință absolută pentru formele statale și o neîncredere funciară pentru tot ceea ce reprezenta formele private de viață, inclusiv familia. De aici, preferința absolută pentru instituția de stat ca panaceu pentru rezolvarea oricărei probleme. S-ar mai putea adăuga, probabil, și reflexul social-cultural al industrializării intensive: modelul marii întreprinderii ca model universal pentru toate instituțiile. Nu este întâmplător faptul că și instituțiile de îngrijire a copiilor au tins să fie mari.

3. O deficiență structurală în sistem: instituțiile ca soluție pentru dificultățile temporare ale familiilor. Pe lângă copiii abandonați, instituțiile sunt pline de copii încredințați temporar acestora de către familiile lor aflate în dificultate, fiind de fapt, quasi-abandonați. Se constituie astfel un nou pattern: instituțiile ca amortizor temporar, ce tinde să devină definitiv, al dificultăților prin care trec familiile. Relația copil-familie slăbește continuu, marea majoritate a copiilor din această categorie rămânând permanent în instituție. Se înregistrează în unele comunități de romi un nou model tipic de acest fel: familiile obligate să se deplaseze în căutarea muncii încredințează instituțiilor copiii până la vârsta de 3 ani, vârstă după care aceștia necesită mai puțină supravegehre și îngrijire.

8.3 Contrar așteptărilor, după 1989, abandonul a tins, cel puțin relativ, să crească

Liberalizarea avorturilor și promovarea mijloacelor moderne contraceptive a creat așteptarea reducerii rapide a copiilor nedoriți și, în consecință, a abandonului. Contrar acestei așteptări, abandonul a

crescut, atât în termeni absoluți, cât mai ales în termeni relativi, raportat la numărul de nou-născuti. Pe fondul scăderii bruște a natalității după 1989, creșterea abandonului are o semnificatie dramatică.

Suntem aici în prezența unui efect mai general al tranziției. Considerând prăbușirea natalității (nou-născuții alimentează masiv categoria copiilor abandonați) în toate statele din Europa Centrală și de Est, s-ar putea estima că proporția copiilor în situație de abandon pare a fi crescut peste tot, excepție făcând Ungaria (tabelul 8.1).

Tabelul 8.1

Proporția copiilor abandonați și a celor nou-născuți
(1994 ca % din 1989)

Țara	Copii abandonați	Nou-născuți
Bulgaria *	110,3	74,0
România	108,9	67,7
Polonia	102,5	84,5
Rusia	100,4	64,4
Slovacia	95,9	81,0
Republica Cehă	91,1	83,9
Ucraina	90,2	74,1
Ungaria	78,4	96,6

*) Doar copiii în instituții
Sursă: ***TRANSMONEE;*** în cazul României, Comisia Națională pentru Statistică

Deși proporția copiilor mici (0-3 ani), dintre care se recrutează marea majoritate a copiilor abandonați, în totalul populației a scăzut substanțial de la 7,8% la 5,9%, numărul copiilor mici în instituții și în plasament/încredințare a crescut între 1989 și 1996. Proporția acestor copii în populația de copii mici aproape s-a dublat: de la 1,1% la 2,2% (tabelul 8.2).

Tabelul 8.2

Copii în leagăne, în plasament familial sau încredințare*

Anul	Copii în leagăne	Copii în plasament familial sau încredințare*	Total copii separați de familia biologică**	%	% din total copii 0-3 ani
1989	10 954	5 730	16 684	100,0	1,1
1990	8.286	–	–	–	–
1991	7 968	9 141	17 109	102,5	1,4
1992	9 979	7 549	17 528	105,0	1,5
1993	8 442	8 253	16 695	104,5	1,6
1994	8 555	8 342	16 897	106,9	1,7
1995	8 622	10 516	19 138	118,3	2,0
1996	9 863	11 000	20 863	125,0	2,2

* Plasamentul familial și încredințarea implică mai mult copii mici
** Sunt incluși copiii din leagăne și plasament familial/încredințare
Sursă: **Departamentul pentru Protecția Copilului,** 1997

Unele date parțiale sugerează ce procesul de creștere a abandonului nu fusese încă stopat în 1995. Datele dintr-un experiment în cinci județe, în perioada februarie - septembrie 1995 arată că numărul de intrări în instituțiile pentru copii depășește pe cel al ieșirilor cu 10%: 1.659 copii au fost plasați în instituții și 1.493 au părăsit instituțiile (D.Tobis și R.Vitillo, *Project to Strengthen Servicies to Children and Families în Especially Difficult Circumstances*, ianuarie 1996).

În studiul privind cauzele instituționalizării copiilor, efectuat în septembrie - octombrie 1996 de UNICEF, împreună cu Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului și Fundația Internațională pentru Copii și Familii, se menționează că, deși în 51% din anchetele sociale existente în leagăne și 21% din cele de la casele de copii se specifică abandonul drept cauză a instituționalizării, numai pentru 10% dintre copiii din leagăne și 4,5% dintre cei de la casele de copii abandonul a fost singura cauză; în toate celelalte cazuri, sărăcia combinată cu diverși factori de dezorganizare social-familială au fost menționate drept cauze ale instituționalizării.

8.4. Cauzele creșterii abandonului în primii ani ai tranziției

Configurația cauzelor acestui fenomen complex s-a modificat, în raport cu situația existentă înainte de 1990, doar în câteva puncte.

a. **Explozia sărăciei din anii 1991-1994** și, complementar, **continuarea procesului de dezagregare socială** în unele dintre segmentele cele mai sărace, pare să fie explicația majoră. Multe familii au fost lovite de o sărăcire brutală, fapt care le-a motivat să abandoneze, definitv sau temporar, copiii în instituții. Lipsa de locuințe și locuințele extrem de precare reprezintă doi factori adesea esențiali în creșterea fenomenului de abandon. Simpla creștere a alocației pentru copii nu va putea în nici un fel să sprijine familiile care trăiesc în condiții de locuire mizere. Explozia unor noi posibilități de câștig cu potențial destructiv pentru familie - munca ilegală în străinătate, prostituția - au agravat enorm procesul de dezagregare socială în acest segment de populație. Spre deosebire de țările occidentale, în România, sărăcia reprezintă o cauză esențială a abandonului. Ceea ce este grav, este că segmentul de populație caracterizat printr-o combinație unică de sărăcie, marginalizare socială și natalitate ridicată este înalt rezistent la creșterea economică, fiind ultimul segment care beneficiază de aceasta, fiind, de fapt, exclus de la participarea la aceste beneficii. Dar, acest segment are o natalitate relativ ridicată. În prezent, ne aflăm din acest punct de vedere, într-un punct critic. Sporirea ajutorului social ar putea să ofere, paradoxal, o întărire a natalității acestui segment.

Într-un studiu efectuat de Ministerul Sănătății, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului și UNICEF în 1991, în leagăne și secții de distrofici, se arăta că abandonul copiilor în aceste instituții este strâns legat de condițiile economice și veniturile familiilor. Astfel, 74% dintre părinți erau șomeri, 62% aveau venituri insuficiente, 58% aveau condiții improprii de locuit sau nu aveau deloc locuință, 40% erau mame necăsătorite.

b. **Scăzuta accesibilitate la mijloacele de planificare familială.** Deși avortul este liber și se realizează la un preț relativ scăzut, pentru unele segmente ale colectivității el este greu accesibil. Recent, printr-o decizie ale cărei consecințe nu au fost considerate, prețul său a crescut la un nivel prohibitiv pentru cei săraci. Distanța și izolarea spațială și social-economică sunt factorii esențiali ai accesului limitat la mijloacele contraceptive. Unele segmente ale populației au un acces limitat la mijloacele contraceptive atât datorită costului, cât și al accesului deficitar informațional și organizațional. Sistemul de planificare familială, experimentat până acum, pare a se adresa în cea mai mare măsură clasei mijlocii și extrem de puțin segementelor care în mod efectiv ar avea nevoie de aceasta. Acest fapt este explicabil, mai ales, prin caracterul predominant medical al abordării și prin subestimarea importanței mecanismelor sociale și culturale de asigurare a unui acces eficace.

c. **Inerția atitudinii de abandon față de planificarea familială**, cristalizată în ultimele decenii ale regimului socialist, a fost întreținută de accesibilitatea scăzută la aceste forme pentru multe familii din segmentul marginal. Studiile arată că nu atât tradiția, cât lipsa controlului asupra propriei vieți, cristalizată în anumite segmente marginale ale colectivității în ultimele decenii ale regimului socialist, este explicația menținerii unei natalități practic necontrolate în aceste zone ale populației.

Copiii din familiile de romi prezintă cel mai mare risc de a fi abandonați. În studiul efectuat în 1991 de Ministerul Sănătății, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului și UNICEF, în leagăne și secții de distrofici se arăta că 45.8% dintre copiii din aceste instituții erau țigani. Condițiile economice deosebit de grele, dublate de natalitatea foarte mare în cadrul acestei populații, constituie pentru copiii de țigani un factor de risc enorm (tabelul 8.3).

Tabelul 8.3

Numărul copiilor în funcție de vârsta mamei (pe grupe de vârstă) la populația de rromi, comparativ cu populația în general

Vârsta mamei	<15 ani	15–19 ani	20–24 ani	25–29 ani	30–34 ani	35–39 ani	40–44 ani	45–49 ani	50–54 ani	55–59 ani	60–64 ani	>64 ani
Rromii	0,7	1,5	2,5	3,5	4,8	5,0	5,0	4,7	4,9	5,5	4,5	4,5
Populația în general	–	0,06	0,6	1,5	2,0	2,1	2,3	2,3	2,2	2,2	2,1	2,5

* Plasamentul familial și încredințarea implică mai mult copii mici
** Sunt incluși copiii din leagăne și plasament familial/încredințare
Sursă: Elena Zamfir și Cătălin Zamfir (coord.), ***Țiganii. Între ignorare și îngrijorare,*** București, Editura Alternative, 1993

d. **Creșterea ponderii mamelor foarte tinere** (tabelul 8.4), cele mai multe necăsătorite și care nu doresc copilul. Copiii care prezintă cel mai mare risc de a fi abandonați se înregistrează, de regulă, la mamele sub 20 ani; în țara noastră, ca în multe țări din Europa de Est, procentul nașterilor pentru mame sub 20 ani a crescut cu 2,2% între 1989-1995.

Tabelul 8.4

Proporția mamelor sub 20 de ani din total nașteri

Anul	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
	15,1	15,2	16,9	17,4	18,4	17,9	17,3

Sursă: **Comisia Națională de Statistică,** 1995

e. **Menținerea sistemului care încurajează plasarea provizorie a copiilor în instituții, care se poate transforma în abandon.** Întregul sistem facilita abandonul treptat, neîncurajând responsabilizarea părinților pentru soarta propriilor copii. De altfel, nici sistemul legal nu conține prevederi care să susțină responsabilitatea părinților. Intrarea extrem de ușoară a copilului în instituție, urmată de o separare progresivă de familie este o cauză importantă abandonului în condițiile actuale ale țării noastre. O asemenea soluție la problemele familiilor cu copii aflate în dificultate, produce o pierdere progresivă a legăturii dintre familie și copil. Părinții nu-și vizitează copiii, deoarece nu sunt încurajați, dar și datorită posibilităților materiale reduse ale acestora. În studiul menționat anterior se apreciază că 2/3 din copiii aflați în leagăne și secții de distrofici vor rămâne în îngrijirea instituțiilor pentru copii, numai 1/3 având posibilitatea să se reîntoarcă în familiile biologice sau extinse, să fie adoptați, preluați în plasament familial sau încredințare.

Separarea pe termen lung a copilului de părinți are consecințe negative asupra dezvoltării armonioase a copilului, generate de absența îngrijirii părintești, a dragostei și afecțiunii acestora și a întregului mediu familial, conducând astfel la situația în care acești copii devin efectiv orfani, deși în realitate, ei au o familie.

f. **Lipsa unor servicii pentru mamele cu copii: creșe, grădinițe sau costul ridicat, descurajant al taxelor pentru acestea** și inexistența unei rețele de asistență medicală de ocrotire care să ofere suport medical continuu.

g. **Lipsa serviciilor de asistență socială** care să acționeze în punctele cheie ale procesului abandonului: prevenirea abandonului; reintegrarea în familie a copiilor plasați temporar în instituții; adopția sau plasamentul familial pentru copiii abandonați; suportul pentru o planificare familială responsabilă, eficace și accesibilă. Nu există servicii sociale cu asistenți sociali profesioniști care să lucreze în cadrul maternităților, secțiilor de distrofici, spitalelor pentru copii și școlilor, pentru identificarea și acordarea de sprijin (financiar, material, psihologic etc.) familiilor care sunt în situația de a-și abandona copiii, în vederea menținerii copiilor în familiile lor sau, dacă aceasta nu este posibil, a stabilirii alternativelor care răspund cel mai bine intereselor superioare ale acestor copii. Situația de abandon a copiilor ar putea fi evitată dacă ar exista servicii sociale în care asistenți sociali profesioniști să „lucreze" cu părinții care nu doresc/nu pot/etc. să-și crească copiii și, după epuizarea tuturor alternativelor de a menține copilul în familia biologică, să existe posibilitatea acordării consimțământului de către părinții biologici în vederea instituirii unei soluții în interesul copilului (adopție, plasament familial).

h. **Legislația actuală privind abandonul copiilor** este și ea o sursă care, în anumite privințe, încurajează abandonul și scade responsabilitatea părintelui pentru copil sau, cel puțin, împiedică o soluție firească la existența sa de fapt. Legea 47/1993 ajută parțial rezolvarea problemei copiilor abandonați, având o serie de limite. De exemplu, ea specifică perioada de minim 6 luni în care părinții s-au dezinteresat, în mod vădit, de copil („prin dezinteres se înțelege încetarea oricaror legături între părinți și copil, legături care să dovedească existența unor raporturi părintești normale"), în realitate existând o multitudine de situații a căror rezolvare nu este specificată prin această formulare și care împiedică clarificarea situației copilului. Iată câteva situații de acest fel: părinții nu-și pot vizita copilul pentru că nu au posibilități financiare, deși ar dori; sau părinții vizitează copilul la intervale foarte mari, doar pentru a menține dreptul de părinți. Conform legii, acest copil nu poate fi declarat abandonat, el riscând să rămână în instituție toată viața. Altă problemă este cea a copiilor abandonați în maternități, despre care se știe chiar de la naștere că sunt abandonați, deoarece mamele lor fug imediat după naștere, fără să fi declarat adresa reală unde locuiesc. Conform legii privind declararea judecătorească a abandonului, trebuie așteptat 6 luni pentru a putea declara abandonat un astfel de copil. În acest timp, copilul pierde orice legătură de atașament pe care ar putea să o creeze cu un adult (în cazul în care ar exista posibilitatea obținerii consimțământului mamei pentru adopție sau plasament și, ca urmare, copilul ar crește într-o familie), dezvoltarea să ulterioară psiho-afectivă și socială fiind grav afectată. O problemă majoră pentru acești copii o constituie lipsa certificatului de naștere, ceea ce îngreunează adopția, plasamentul/încredințarea sau trimiterea lui la o instituție pentru copii.

Legislația existentă nu pune accentul pe responsabilitatea părinților de a-și crește și educa proprii copii și pe sprijinul ce trebuie acordat acestora și nici nu oferă posibilitatea acordării consimțământului de la părinții biologici pentru adopție sau plasament familial, ca alternativă la forma actuală de abandon.

Se poate estima că sistemul juridic și instituțional actual este extrem de deficitar în sprijinirea familiilor pentru evitarea abandonului copiilor și găsirea unor alternative prin care copiii să nu mai fie abandonați de către părinți.

Prognoza pentru viitorul imediat este mai degrabă pesimistă. Chiar dacă numărul cazurilor de abandon din inițiativa părinților va scădea, numărul copiilor preluați în grija publică va crește. În momentul actual, numărul copiilor abandonați/separați de familia lor biologică este încă menținut artificial la un nivel mai scăzut. Deși legea prevede necesitatea intervenției autorității publice în situațiile în care familiile naturale nu ofera copiilor condiții satisfăcătoare de viață și preluarea acestora în îngrijire publică, datorită dificultăților sistemului și, parțial, dezorganizării acestuia, asemenea preluări sunt doar excepționale. În condițiile în care autoritatea publică își va asuma responsabilitățile față de drepturile copilului, numărul copiilor care vor fi preluați din familiile incapabile de a le oferi condiții minime acceptabile va crește.

8.5. Schimbările în răspunsul la abandon: după 1989

În general, putem estima că comunitatea s-a dovedit relativ nepregătită pentru a face față problemelor moștenite și cu atât mai puțin deteriorării rapide a situației copiilor. Ea s-a dovedit de asemenea mult prea lentă în introducerea mecanismelor care să facă față eficace acestei probleme. O explicatiei a răspunsului confuz stă și în jocul economic și social provocat de primii ani ai tranziției.

Principalii actori au acționat inegal, cu o capacitate redusă de concertare a eforturilor

Guvernul a reacționat dezarticulat, mai mult sub presiunea factorilor politici occidentali. El s-a concentrat pe problemele explozive de tip minimal care pot fi soluționate prin acordarea de mai multe resurse economice. Reacția sa a fost dominată de logica aranjamentelor instituționale existente și a grupurilor interne de interese. Nu a reușit să formuleze o concepție articulată cu privire la reforma instituțiilor pentru copii. Pe fondul unei confuzii în ceea ce privește reforma structurală a acestui sector problematic și al blocării restructurării instituțional-organizaționale, au fost acceptate schimbări sectorial-punctuale.

Nu există nici un program structurat la nivel guvernamental de reformă globală a acestor instituții, de regândire a filozofiei organizării lor, a tipului de personal, a modalității de organizare. Nu există modalități de formare a personalului prin elaborarea și difuzarea unor proceduri de organizare și funcționare la nivelul achizițiilor actuale pe plan mondial. Ceea ce se înregistrează sunt mai degrabă modificări sectoriale sau punctuale, fără o regândire de ansamblu a structurii. Excepție face poate doar decizia Ministerului Învățământului de a scoate școala în afara caselor de copii, trimițând pe copii la școlile din comunitate. S-a deschis perspectiva spre schimbarea organizării interioare a instituțiilor, spre lichidarea separării caselor de copii preșcolari de cele de școlari, spre demixtarea lor. Modificări substanțiale se pot găsi și în leagăne, dar ele sunt mai degrabă rezultatul unor initiative exterioare, decât al unei strategii guvernamentale de schimbare.

Cuprins într-un blocaj intern quasi-complet, Guvernul nu a fost capabil să coopereze cu instituțiile internaționale și cu societatea civilă românească, și nici măcar cu specialiștii din propriile structuri, pentru a elabora o concepție globală a reformei. Din acest motiv, cele mai multe instituții de stat au fost mai degrabă pasive și rezistente la schimbare.

Principalul obstacol în promovarea reforme profunde a abordării copiilor în situație de risc de abandon și, în mod special a reformei instituțiilor, o reprezintă dependența instituțiilor pentru copii de ministere specializate (Ministerul Învățământului, Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Secretariatului de Stat pentru Handicapați). Logica acestei subordonări împiedică dezvoltarea unei strategii flexibile și eficiente de prevenire a instituționalizării și de promovare a dezinstituționalizării, cât și reforma instituțiilor pentru copii. Ea conservă caracterul „monocolor" al instituțiilor (medical/școlar), împiedicând promovarea unei organizări centrate pe nevoile globale ale copilului. În casele de copii s-au făcut deschideri importante spre schimbarea completă a atmosferei interne și spre deschiderea instituției spre exterior, dar inegalitățile sunt foarte mari. Datorită interesului special al agențiilor occidentale, în instituțiile pentru copiii mici s-au petrecut schimbări rapide, dar, de asemenea, cu multe inegalități între instituții și obstacole importante în promovarea rapidă a schimbării și chiar în durabilitatea schimbărilor realizate.

Înființarea în 1990 a secțiilor de asistență socială la principalele Universități ale țării a reprezentat o măsură de ordin structural, cu efecte esențiale pentru pregătirea reformei. Există în momentul de față un număr destul de mare de tineri specialiști, resursă umană importantă pentru schimbarea instituțiilor.

Organizațiile internaționale (UNICEF s-a angajat încă din 1990;Comisia Europeană, care a acordat un grant de 60 de milioane ECU, la care s-au adăugat 3,5 miliarde lei, fondul de contrapartidă al Guvernului României) **și ONG-urle guvernamentale/non-guvernamentale occidentale** s-au implicat foarte mult în sprijinul copiilor cu risc de abandon și a celor din instituții:

- Sprijin material: alimente, îmbrăcăminte, suport pentru renovarea clădirilor și modernizarea facilităților, medicamente, bani.
- Inițierea de multiple programe de prevenire a abandonului și de promovare a alternativelor la instituționalizare.
- Presiune asupra Guvernului român pentru a acorda o atenție prioritară instituțiilor pentru copii.
- Sprijin, în diferite forme, pentru schimbarea atitudinii și creșterii competenței factorilor de decizie din sistemul guvernamental: vizite în Occident, organizarea de conferințe, publicarea de materiale documentare.
- Suport pentru formarea personalului care lucrează în instituții.
- Inițierea unor studii asupra cauzelor instituționalizării și a efectelor acesteia.
- Voluntari din Occident care au lucrat în instituțiile pentru copii din România.
- Sprijinul organizațiilor non-guvernamentale românești.
- Constituirea de instituții de tip familial, prin preluarea copiilor din instituțiile publice.

Poate că cea mai importantă contribuție a constat în modelele oferite de a trata situațiile de abandon. În fapt, organizațiile guvernamentale și non-guvernamentale românești au acționat pe linia acestor modele.

Organizațiile internaționale au avut dificultăți deosebite de cooperare cu guvernul, motiv pentru care au tins să prefere o strategie indirectă: încercarea de a sensibiliza oamenii din sistemul guvernamental. Eforturi intense de formare/sensibilizare a personalului care lucrează la diferite nivele în sistemul de protecție a copilului. Strategia a fost de a schimba cultura și orientarea persoanelor din sistem și a responsabililor din administrația centrală. S-a mers pe ideea că expunerea la noile valori și practici va produce prin ea însăși o schimbare. Ceea ce nu s-a reușit este elaborarea unui **program guvernamental** de reformă a sistemului public de a face față situației de abandon/separare cu sprijinul organizațiilor internaționale.

Încercările diferiților specialiști din Occident de a lucra în instituții și de a sugera schimbări în modul de organizare au fost, dacă nu refuzate deschis, privite cu suspiciune, descurajate, nepreluate. Această atitudine se datorează structurilor incapabile să se reformeze doar prin câteva exemple. Incapacitatea Guvernului de a utiliza această importantă resursă tehnică în realizarea unei reforme globale a instituțiilor pentru copii se explică și prin faptul că suportul occidental s-a concentrat pe dezvoltarea **alternativelor la instituționalizare**, pe prevenirea instituționalizării și pe dezinstituționalizare, și într-o măsură mult mai mică, pe reforma internă a instituțiilor. Opțiune corectă, dar nu se putea ignora că cel puțin pe un termen istoric previzibil, instituțiile pentru copii vor continua să existe și, în consecință, reforma lor este absolut vitală.

Aprecierea noastră este că în momentul de față o asemenea strategie de schimbare a sistemului prin schimbarea oamenilor a ajuns la limita sa structurală de eficiență. **Lipsa unei strategii naționale, a legislației și a coordonării naționale este variabila cheie care blochează dezvoltarea sistemului**. Există în momentul de față un risc real ca propunerile de reformă să fie elaborate În mod exclusiv de către specialiștii străini, fără participarea specialiștilor români și oarecum în afara instituțiilor guvernamentale. O asemenea abordare ar putea, pe lângă performanțele modeste, să perpetueze alienarea și fragmentarea procesului intern de reformă.

Reacția comunității. Comunitatea românească a devenit conștientă de problemele copiilor în situație de abandon/separare, cât și de nevoia de a găsi noi fomre de răspuns. Numeroase inițiative comunitare, dar și din interiorul sistemului public – din ministere, din autoritățile locale, din instituțiile însele – s-au dezvoltat pentru a modifica practicile moștenite. Organizații non-guvernamentale românești au încercat activ să contribuie, în diferite forme, la o asemenea schimbare. Incoerența comportamentului guvernamental și rezistențele instituțiilor centrale la reformă au creat confuzie și demoralizare și în comportamentul comunității românești. Societatea civilă românească, lipsită de experiență, dar în mod special de resurse financiare, a reacționat la două nivele distincte: în primul rând, prin luarea cu îngrijorare la cunoștință a gravității problemei; în al doilea rând, prin încercări de organizare, mai ales sub forma unor organizații partenere cu organizațiile non-guvernamentale occidentale sau utilizând resursele puse la dispoziție de Occident. Dar și prin inițiative personale în afara sau în cadrul sistemului public. În raport cu dimensiunile problemei, contribuția comunității este însă firavă și paralizată atât de lipsa de strategie guvernamentală, de deficultățile insurmontabile ale structurilor de organziare sclerozate, cât și de lipsa de resurse interne.

Schimbări de abordare

Efortul realizat pentru prevenirea abandonului și oferirea de condiții adecvate de viață copiilor abandonați a fost marcat de lipsa completă a unei strategii globale, blocaje institutionale și incongruență.

1. Prevenirea abandonului. Atât experiența internațională, cât și studiile întreprinse în țara noastră demonstrează că instituționalizarea copiilor este mult mai covârșitoare decât menținerea copiilor în familia lor naturală, sau în familii de substitut. Cu toate acestea prevenirea abandonului și în mod special a instituționalizării se află oarecum la începutul său în România.

Experiența celor 7 județe în care s-au înființat centre de protectie a familiilor cu copii sugerează că marile probleme nu sunt strict economice, ci foarte adesea sociale și psihologice. Printr-o activitate de asistență socială calificată s-a reușit, în condiții materiale, adesea extrem de grele să se evite instituționalizarea sau să se producă reluarea de către familie a copiilor institutionalizati.

Din punctul de vedere al autorităților publice, se poate spune că nu a existat nici o măsură pozitivă cât de cât semnificativă.

- Explozia sărăciei din 1991–94 nu a fost compensată în nici un fel prin sprijin material pentru familiile cu copii. Dimpotrivă, alocațiile pentru copii s-au diminuat la o cincime din valoarea lor reală din 1989. De abia la începutul anului 1997, guvernul a decis o creștere substanțială a alocatiei pentru copii, care va avea probabil un efect pozitiv și asupra tentatiei de abandon. Formele de sprijin financiar ocazionale pentru familiile care întâmpină diferite tipuri de dificultăți, în loc să crească, s-au diminuat.

Suspendarea funcției statului de furnizor de locuințe, mai ales pentru familiile sărace cu copii, a dus la o agravare dramatică a problemei locuinței pentru multe familii cu copii. Lipsa locuinței a devenit și va continua să fie și în viitor una dintre cauzele cele mai importante ale abandonului.

- **În condițiile exploziei sărăciei și a accentuării proceselor de dezorganziare a familiei, serviciile de asistență socială au fost ignorate.** Doar la initiativa Reprezentanței UNICEF și PHARE, sub coordonarea actualului Departament pentru protectia copilului de pe lângă Guvern, din 1993, în 7 județe s-au constituit experimental Servicii de asistență a familiilor aflate în dificultate. Obiectivul acestor servicii este relativ limitat, dar foarte important în această perspectivă: prevenirea abandonului (atât prin modeste contribuții materiale, dar mai ales prin servicii de asistență socială) și reintegrarea în familie a copiilor din instituții. Aceste servicii sunt în curs de generalizare, dar concepția lor urmează a fi limpezită. Activitatea lor de până acum demonstrează marea lor utilitate. Angajarea de asistenți sociali în maternități a demonstrat că activitatea lor este extrem de eficiență în prevenirea abandonului. Cu toate acestea, procesul se află de abia la început, mediul maternităților dovedindu-se în aproape toate cazurile suspicios și neîncurajator pentru activitatea asistenților sociali.

Există în cadrul sectorului non-profit, apărut în țara noastră după 1989, organizații neguvernamentale care oferă asistență financiară și materială, servicii de consiliere și informații, unui numar limitat de copii și familii în nevoie din diferite localitati, în funcție de amplasarea acestor organizații și de fondurile de care dispun.

- **Deși avortul a fost legalizat și au existat programe importante de planning familial, accesul la metodele de control al nașterilor pentru segmentele de populație sărace/marginale este scăzut.** Toate studiile indică faptul că deși legal, avortul realizat în spitale în condiții controlate este pentru unele segmente de populație dificil accesibil, din diferite motive. Cabinetele de planing familial, deși au utilizat resurse financiare substanțiale, nu au reușit să ofere mijloacele necesare tocmai segmentelor de populație în situație de risc. Este nevoie aici de o schimbare de strategie.

- **Continuă practica încurajării instituționalizării provizorii a copiilor care devine permanentă prin**

separare. Instituționalizarea medicală a copiilor cu probleme predominant sociale nu a suferit o schimbare substanțială. Inițiativa UNICEF și a unor ONG-uri de a încuraja umanizarea spitalelor, de a încuraja mamele de a sta împreună cu copiii în perioadele critice, de minimizare a perioadei de spitalizare, a dat rezultate pozitive mai ales ca exemplaritate. În lipsa însă a unei strategii globale, aceste rezultate nu pot depăși o anumită limită.

În diferitele sale forme, separarea copilului mic de familie continuă să fie un fenomen pentru a cărei combatere se face încă puțin în mod sistematic.

2. Stimularea formelor alternative la instituționalizarea copiilor abandonați

a) Prima problemă: limpezirea statutului juridic al copiilor quasi-abandonați. Există în momentul de față o mulțime de copii părăsiți în diferite instituții, fără a avea un statut clar de abandonat sau nu. Lipsa acestei clarificări împiedică procedura de găsire pentru copiii abandonați a unei soluții de perspectivă, mărind perioada instituționalizării lor provizorii. Deși s-a încercat să se simplifice procedurile de stabilire a statutului juridic al copilului quasi-abandonat, mecanismele actuale prezintă încă probleme structurale; schimbarea lor întârzie nejustificat. La aceasta se adaugă o problemă și mai gravă: incapacitatea instituțiilor responsabile de a oferi promt tuturor copiilor o identitate legală. Sunt copii care părăsesc casele de copii, la 16-18 ani fără act de identitate.

Deși, pe de o parte, este necesar ca părinții naturali să fie încurajați să reia în familie copiii încredințați în instituții, în multe cazuri acest proces nu este posibil și, la limită, chiar nu este în interesul copilului. Din acest motiv, în interesul copilului, situația acestuia trebuie să fie limpezită.

b) Adopția, ca cea mai bună soluție pentru copilul abandonat, este utilizată încă mult sub posibilități. Cererea masivă pentru adopții internaționale a fost de natură să creeze, justificat, rețineri cu privire la posibilitățile de a proteja copilul adoptat de posibile abuzuri. Pentru creșterea controului adopției internationale s-au făcut multe eforturi, cu rezultate notabile. Problema este însă departe de a fi soluționată satisfăcător. Adopția națională se plasează încă mult sub posibilități.

c) Plasamentul și încredințarea ocupă o pondere încă destul de mică. Se pare că în cea mai mare parte a lor, situațiile de plasament și încredințae repezintă forme preadoptionale sau încredințări de durată mai lungă sau mai scurtă familiilor înrudite. În sistemul public, această formă este limitată atât datorită caracterului insuficient de reglementat al procesului, a fluctuțiilor în acordarea indemnizațiilor de plasament și în nivelul acestora, cât mai ales, lipsei complete de servicii de asistență socială specializată care să construiască efectiv un sistem de calitate. Tabelul 8.6

Ponderea copiilor în plasament familial, în totalul copiilor aflati în plasament familial și instituții.

Tabelul 8.6

Ponderea copiilor în plasament familial, în totalul copiilor aflați în plasament familial și instituții

	1989	1994
Republica Cehă	24.3	27.7
Slovacia	32.6	35.3
Ungaria	30.7	37.6
Polonia	54.1	60.0
România	12.4	16.6

Sursă: ***TRANSMONEE***

Și în acest punct unele ONG-uri au depus o activitate apreciabilă, dar rezultatele, deși foarte bune, sunt punctuale, dificil de extins.

Două organizații ne guvernamentale românești: **Asociația pentru Acțiuni de Caritate din Oradea** (ARA C) și **Organizați a Studențească de Ajutor Medico-Social „Asklepyos"** din Cluj-Napoca, finanțate de **Christian Children's Fund** –Marea Britanie (CCF-GB), au dezvoltatîn Cluj un programde prevenire aabandonului copiilor. Programul clujean și-astabilit criterii de înscriereîn program aunor familii nevoiașe, oferindule acestora un ajutor material, pentru acoperirea nevoilor de bază. Intentiadeclarată afost dela început mentinerea copiilor în familia deorigine, neîndeplinirea acestei condiții devenindmotiv de excluderedin program. Criteriile de selectie sunt: unul economic (venit lunar/membri defamilie sub 55.000lei în prezent);vârsta unuia dintre copiii familiei să fie cuprînsă între 5 și 11 ani la înrolare, aceasta fiind vârsta pentru care se găsesc sponsori cel mai ușor în Marea Britanie. Sponsorul britanic trimite lunar oanumită sumă debani care ajută familia sponsorizată. În general familiile nu ridică direct banii. S-au încheiat contracte cu trei tipuri de magazine care accepta să elibereze marfa pentru familiile „noastre" în schimbul unor bonuri valoricetipărite de noi pe calculator. Unul din magazine vinde alimente, detergenti, săpun, detergent devase etc., al doilea are 13 raioane, de la lenjerie de pat la ciorapi, îmbrăcăminte adulti și copii (inclusiv uniforme școlare), încălțăminte copii și adulti, altreilea magazin vinde rechizite școlare. Cu bonul valoric ridicat dela sediul nostru, familiile merg la magazin, unde își cumpără ce îi interesează, lasă bonul și semnează pentru ridicarea mărfii. Prin contract, magazinul alimentar este obligat să nu vândă produse alcoolice, cafea și țigări, noi controlând regulat respectarea contractului. La fel, magazinele nu au voie să dea rest dacă valoarea cumpărată este mai mică cu mai mult de 1000 delei decât valoarea bonului. În 4 ani au fost excluse din program 12 familii care au decis să institutionalizeze copiii (cel sponsorizat sau nu). Datorită multitudinii și diversității problemelor întâlnite în familiile asistate de noi în scopul prevenirii abandonului copiilor, am lărgit serviciile oferite familiilor. Astfel, pe lângă asistența materială, oferim și consiliere familială în următoarele domenii: abuz de alcool, violența în familie, educația copiilor și abandonul școlar, relația dintre copii-părinți și relația între părinți. În prezent, sunt sprijinite 680 familii din municipiul Cluj-Napoca, media de copii din aceste familii fiind de 4,5. Într-o familie, un singur copil poate fi sponsorizat (aceasta este una dintre regulile organizatiei Christian Children's Fund - Marea Britanie), cu excepția acelor familii care au mai mult de 7 copii și venitul sub 55.000 lei lunar/membru de familie. Programul a început să funcționeze la 1 septembrie 1992 cu un singur angajat (directorul organizației „Asklepyos"). Acum are 4 angajați în plus: două traducătoare-secretare și două asistente sociale, absolvente în 1994 a Facultății de Asistență Socială din cadrul Universității „Babeș Bolyai" din Cluj.

Asklepyos Cluj-Napoca

Cap. 9. Copiii în instituții

9.1 Patternul instituțiilor pentru copii: moștenirea socialistă

Deschiderea societății noastre la propriile probleme a făcut publică situația cutremurătoare din instituțiile pentru copii. Cele mai șocante imagini, larg mediatizate în 1990, au fost instituțiile pentru așa numiții copii „irecuperabili". Dar nici instituțiile pentru copiii „normali" nu ofereau o imagine mai luminoasă.

- **Condiții de viață extrem de precare.** Acele clădiri imense, impersonale și supraaglomerate unde se găseau sute de copii care trăiau în condiții inacceptabile, cu camere având 30–60 de paturi metalice, așezate militărește, în care copiii erau mereu sau „dirijați sau abandonați", iar educația era „confundată cu supravegherea", nu puteau oferi, în mod evident, condiții pentru o dezvoltare normală. Facilitățile de locuire ajunseseră într-un stadiu extrem de avansat de degradare datorită lipsei cronice de investiții, hrana era insuficientă, iar imbrăcămintea deficitară. Personalul era insuficient, necalificat și prost plătit. Condițiile de viață din instituții s-au degradat în ultimele decenii ale regimului socialist, într-un ritm mult mai rapid decât cele al copiilor din familii.

- **O organizare monocoloră a instituțiilor.** Instituțiile socialiste erau caracterizate printr-un mix specific: medicalizare (dominantă în leagănele pentru copii: 0-3 ani) sau orientare școlară (dominantă în casele de copii) ori deficiență cronică a mediului uman și social, bazat pe o organizare rudimentară, de tip armată-închisoare.

Medicalizarea instituțiilor pentru copiii mici (0-3 ani). Pornind de la estimarea că în cazul copiilor mici este nevoie în primul rând de îngrijire medicală, leagănele (copii 0–3 ani) erau organizate după principii medicale. Subordonarea lor Ministerului Sănătății nu era întâmplătoare. Leagănele erau și sunt conduse de regulă de medici, singurul personal calificat fiind cel medical (medici și asistente medicale). Ele semănau mai mult cu spitalele, copiii fiind uneori siliți să-și petreacă cea mai mare parte a timpului în pat, în camere uriașe cu 10–50 copii, primind hrană și medicamente, dar fiind aproape ignorați din punct de vedere social și psiho-afectiv. Medicalizarea leagănelor a produs o marginalizare a componentelor psiho-emoționale și sociale ale organizării. Medicalizarea nu este atât efectul unei concepții greșite, ci mai degrabă efectul unui proces real de degradare a condițiilor de viață: scăderea resurselor alocate și a numărului de angajați. Aceasta a produs o tendință de regresie în ceea ce priveste asigurarea condițiilor fundamentale ale vieții: cele medicale și de igienă. Copiii trebuiau să nu moară și să fie tratați medical. Moartea și boala erau vizibile și ușor de controlat din punct de vedere medical.

Școala-cazarmă pentru copiii cu vârste între 3-18/25 de ani. Copiii de peste 3 ani, pe lângă hrană și îmbrăcăminte, se presupunea că trebuie să primească, în primul rând, educație în școală/grădiniță care erau încorporate în casele de copii. Casele de copii erau și sunt subordonate Ministerului Învățământului. Ambianța umană, atât de vitală pentru dezvoltarea normală a copilului, era ignorată, cele mai multe forme de organizare socială, întărite de condițiile obiective (clădiri improprii, personal puțin și fără calificare de tip social), erau forme primitive, quasi-militare, adesea de tipul închisorii. Atmosfera interioară era adesea caracterizată prin primitivismul, indiferența și chiar violența relațiilor dintre personal și copii, reproduse în relațiile dintre copii; aceasta oscila între o disciplină strictă, adesea abuzivă și violentă, impusă de maturii responsabili și abandonarea copiilor într-o cultură proprie, cu propriile sale structuri de autoritate, bazată în cele mai multe cazuri pe agresivitate și violență între cei mai puternici și cei mai slabi, favorabile dezvoltării unei culturi criminale. Lipsa de participare a copiilor, disciplina bazată pe ascultare, programul strict, lipsa de libertate de alegere cu complementul său - anarhie, ignorare, abandonul copiilor, toate acestea au determinat formarea propriei lor organizări sociale, care reflecta primitivismul organizării instituțiilor. Existau frecvente abuzuri fizice, pedepse degradante, situații umilitoare, mergându-se până la abuz sexual din partea copiilor mai mari, dar uneori și a adulților/personalului. Și aici, singurul personal de specialitate era cel legat de orientarea fundamentală a instituției – profesori, educatori. Nu exista nici un fel de personal specializat în îngrijirea non-medicală, non-școlară a copiilor.

Nu numai libertatea în organizarea propriului program de viață, dar și adaptarea programului la cerințele elementare ale vârstei erau sacrificate unei discipline uniformizatoare relativ ușor de supravegheat. Ceea ce un profesor povestea despre atmosfera pe care a găsit-o în casa de copii a cărei conducere a preluat-o nu este o excepție, ci o regulă: copiii erau treziți foarte devreme pentru a se putea spăla, îmbrăca și face paturile. De la ora 7 dimineața, până la 7 seara nu mai aveau voie să se întoarcă în dormitor. Într-o după-amiază, a găsit un copil mai mic dormind sub o catedră.

Instituțiile pentru copii au tins să devină tot mai mult **instituții închise**, rupte de mediul social în care până la urmă copiii urmează să se integreze ca maturi, fără nici o posibilitate sistematică de restabilire și cultivare a relațiilor cu familia din care copiii provin.

Este clar că această atmosferă monocromă reprezintă un mod administrativ structural de simplificare primitivă a vieții copiilor. Instituțiile pentru copii trebuie să reprezinte, mai înainte de toate un substitut al familiei, un mediu social-emoțional vital pentru dezvoltarea copiilor.

Acest pattern de organizare tinde și în prezent să fie menținut de câțiva factori structurali care continuă să acționeze:

a. **Structură de autoritate organizațională: subordonarea instituțiilor unor ministere cu profil specializat:** Ministerul sănătății pentru leagăne și Ministerul Învățământului pentru case de copii, Secretariatul de Stat pentru Handicapați pentru instituțiile cu copii cu dizabilități. Această subordonare constituie, în ciuda poate a foarte bunelor intenții, o presiune structurală către un profil monocolor al întregii atmosfere din instituții. Directorii de instituții sunt medici sau profesori/educatori. Criteriile de performanță și standardele de calitate sunt adesea exclusiv medicale și/sau școlare.

b. **Incapacitatea de a prelua imediat copiii abandonați** în maternități sau în secțiile de distrofici, al căror statut juridic nu este clar. În aceste situații, internarea copiilor în instituții medicale, dar din motive sociale, se prelungește până când se găsește o formulă legală de transfer într-un leagăn. Efectul hospitalismului nu face decât să agraveze starea copilului și să întărească aparența că problemele sunt de natură medicală, când, în realitate, ele sunt de natură afectiv-socială.

c. **Lipsa completă a personalului calificat** în organizarea vieții sociale și psiho-afective/ emoționale. Dezechilibrul între diferiții specialiști a fost corectat în foarte mică măsură. Specialiști în îngrijirea și creșterea copiilor sau în asistență socială, nu au existat în instituțiile pentru copii.

9.2 Efectele formei moștenite de instituționalizare asupra copiilor

Modul de organizare a instituțiilor pentru copii este responsabil de o serie de efecte negative inevitabile:

a. Împiedică constituirea unui model de organizare centrat pe nevoile globale ale copilului; rezultatul este o distorsiune majoră în personalitatea copilului.

b. Secționează viața copilului în stagii distincte, trecerea de la unul la celălalt reprezentând rupturi brutale cu un mediu și trecerea într-un mediu cu totul diferit: secții de distrofici, spital de copii, leagăn, casă de copii preșcolari, casă de copii școlari. Transferul de la o instituție la alta se face prin ruperea completă de orice element al mediului uman și fizic care devenise obișnuit; nici un obiect care să conțină simbolurile identității de sine.

c. Întârzieri mentale, fizice și emoționale, traumatisme psihologice-emoționale grave, distorsiuni în personalitate. În ciuda centrării medicale și școlare, starea de sănătate și nivelul școlar continuă să fie modeste datorită mediului extramedical și extrasocial subdezvoltat, nestimulator. De regulă, copiii din instituții sunt mai mici de statură și nu au greutatea corespunzatoare vârstei lor; mulți copii din leagăn și chiar din casa de copii prezintă enurezis; nivelul inteligență este, în general, inferior copiilor crescuți în familie; mulți prezintă tulburări de comportament, folosesc un limbaj vulgar, au frecvente tulburări de vorbire și un vocabular redus; în relațiile cu colegii mai mici au manifestări de violență; copiii suferă de „carență/avitaminoză afectivă" ceea ce, mai târziu, va conduce la dificultăți în dezvoltarea unor relații de prietenie/amiciție, neștiind să ofere aceste sentimente în mod reciproc și, mai grav, la crearea unor legături fără nici un discernământ, la întâmplare.

Într-un studiu efectuat în 1996 de Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului asupra a 2.813 de copii din 27 de leagăne s-a constatat că, deși se acordă o atenție deosebită stării de sănătate și de nutriție a copiilor, 60% dintre copiii cuprinși în studiu prezintă anemie (față de 46,9% dintre copiii dintr-un lot martor de copii din familie); între 54,8% (pentru copiii între 4-6 luni) și 70,6% (pentru copiii între 37-60 luni) au înălțime mai mică pentru vârsta lor; între 59,8% (pentru copiii de 4-6 luni) și 64,4% (pentru copiii între 37-60 luni) au greutate mai mică pentru înălțime (acesta fiind unul dintre indicatorii cei mai sensibili ai creșterii și dezvoltării). Rezultatele studiului arată că „există probleme serioase de sănătate a copiilor din leagăne", care indică „dezechilibre ale rației alimentare". Ca urmare, autorii studiului pun sub semnul întrebării calitatea serviciilor oferite copiilor în leagăne.

d. Subdezvoltarea capacității de viață independentă a copiilor. În forma actuală, instituțiile creează o incapacitate dobândită de a trăi într-un context uman normal. Organizarea în instituțiile pentru copii este foarte depărtată de ceea ce înseamnă viața normală din toate punctele de vedere – de la relațiile interpersonale firești (ale familiei, în primul rând, vitale pentru formarea copilului), până la lipsa celor mai elementare cunoștințe și deprinderi de viață. Adesea ei nu știu să gătească, să spele și să calce rufe, să faca curățenie. Adolescenții care nu știu să aprindă aragazul reprezintă un exemplu tipic pentru o gamă largă de lipsă a celor mai elementare deprinderi de viață.

e. Lipsa unei perspective asupra vieții adulte. Instituțiile pentru copii nu deschid nici o perspectivă copilului pentru viața adultă. La vârsta de 16/18 ani, când este necesară plecarea din instituția pentru copii, urmează cel de-al doilea abandon, extrem de traumatizant pentru adolescentul-matur: intrarea într-o viață pentru care este puțin pregătit și în care va fi lipsit de orice suport.

9.3. Instituțiile pentru copii, după 7 ani de schimbări

Ultimii 7 ani se pot împărți în două perioade cu tendințe diferite:

- Prima perioadă, între 1990-1991, caracterizată printr-o scădere a numărului de copii din instituții datorită legalizării avorturilor, extinderii concediului de maternitate la 1 an de zile, plasamentelor familiale și numărului foarte mare de adopții internaționale (mai ales a copiilor din leagăne);
- A doua perioadă, între 1991-1996, caracterizată printr-o creștere îngrijorătoare, cu 18,%, a numărului de copii aflați în instituții (tabelul 9.1).

Tabelul 9.1.

Copii în instituții, plasament și încredințare, în perioada 1989-1996 (ca % din 1989 și cifre absolute)

Anul	Case de copii și leagăne	Cămine-spital	Total în instituții	% din 1989	Plasament/ încredințare	% din 1989	Total instituții sau plasament/încredințare	% din 1989
1989	40.500	– *	43.854	100	5.730	100,0	49.584	100,0
1990	37.240	3.354	40.594	92,5	–	–	–	–
1991	34.112	3.617	37.729	86,0	9.141	159,5	46.870	93,6
1992	39.000	4.204	43.204	98,5	7.549	131,7	50.753	100,7
1993	39.188	4.349	43.537	99,2	8.297	144,0	51.834	102,6
1994	41.986	3.940	45.926	104,7	8.342	145,6	54.268	108,9
1995	42.163	4.586	46.749	106,6	10.516	183,5	57.265	115,5
1996	41.823	4.130	45.953	104,8	11.000	191,9	56.953	114,8

* Nu există date. Pentru comparație, am considerat că în 1989 era același număr de copii în căminele spital ca în 1990

Sursa: Departamentul pentru Protecția Copilului

Într-un studiu efectuat de Ministerul Sănătății împreună cu Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului și UNICEF în 1991 în 64 leagăne și 48 secții de distrofici existente în țară, se menționează următoarele cauze ale plasării copiilor în instituții (în ordine):

1. Probleme de sănătate ale copiilor (distrofie, anemie, rahitism) datorate unei nutriții neadecvate. 2. Familii cu mulți copii (54% din familiile copiilor instituționalizați aveau mai mult de 2 copii, iar 16% aveau peste 6 copii, inclusiv copiii din leagăn sau secția de distrofici). 3. Condiții socio-economice dificile ale familiei (locuința neadecvată sau lipsa acesteia, venit scăzut, șomaj și nivel educațional redus al mamei). 4. Mame tinere, necăsătorite, divorțate. 5. Unul dintre părinți în închisoare sau decedat. 6. Părinți alcoolici. 7. Copii cu handicap sau infectați HIV.

Potrivit acestui studiu, 54% dintre copiii din leagăne erau transferați din maternități și spitale pentru copii, numai 15% fiind admiși în leagăne direct de acasă, prin recomandările făcute de dispensarul local; de cele mai multe ori, părinții erau încurajați de către medicii pediatri (în 76% din cazuri) să-și trimită copilul la leagăn sau secții de distrofici, numai 24% dintre aceștia fiind sfătuiți să facă acest lucru de către vecini, prieteni, rude, personal medical din dispensare, autorități locale sau poliție. Aceste cifre arată rolul central pe care îl avea sistemul medical în procesul de luare a deciziei pentru trimiterea copiilor în instituții pentru copii.

Din același studiu reiese că în 1991 existau 4 mari pattern-uri în procesul de plasare a copiilor în leagăne și secții de distrofici: a) copiii erau abandonați la naștere sau la puțin timp după naștere (41% din copiii din studiu erau nelegitimi; 51% erau români, 46% romi și 3% erau maghiari); b) copiii care aveau handicap fizic sau senzorial sau îl dobândeau după naștere deveneau o povară pentru familie, fiind internați și, treptat, abandonați; c) copiii care sufereau de malnutriție erau în mod frecvent internați în spital datorită pericolului apariției unor boli infecțioase, continuând să fie menținuți în spital chiar dacă nu mai erau în pericol, deoarece medcii pediatri considerau că părinții lor erau prea săraci sau nu aveau un nivel de educație care să le permită o îngrijire adecvată a copilului; de asemenea, pentru că nu existau servicii publice și/sau comunitare de sprijin, iar numărul spitalelor care permiteau internarea mamei împreună cu copilul era extrem de redus, copiii erau plasați în instituții; d) copiii erau prea mici sau prea bolnavi la naștere ca să li se permită părinților să-i ia acasă; ei rămâneau în secțiile de nou-născuți până când avea loc transferul acestora la secțiile de distrofici sau leagăne.

Un nou studiu asupra cauzelor plasării copiilor în instituții, efectuat în septembrie-octombrie 1996 de către UNICEF, împreuna cu Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului și Fundația Internațională pentru Copii și Familii asupra copiilor aflați în 61 case de copii și 14 leagăne din 8 județe din țară, arăta că în cei 5 ani de la studiul anterior, există o schimbare semnificativă a ordinei cauzelor pentru care copiii sunt plasați în instituții în prezent:

1. Condiții economice precare (nici un sprijin financiar) - imposibilitatea de a-și hrăni copiii, de a-i îmbrăca și trimite la școală - pentru aproximativ 73% dintre copiii din leagăne și 79% pentru copiii din casele de copii. 2. Sărăcie extremă pentru aproximativ 60% dintre copiii din leagăne și 63% pentru copiii din casele de copii. 3. Probleme în cadrul familiei: divorț, separare, tatăl nu recunoaște copilul. 4. Alcool, violența, abuzuri sexuale în familie. 5. Copii nedoriți. 6. Copii cu handicap. 7. Copii bolnavi cronic.

Rezultatele acestui studiu demonstrează următoarele:

- Multe familii consideră instituția pentru copii un fel de „internat" unde copilul beneficiază de toate condițiile care nu-i pot fi oferite acasă.
- O mare parte a copiilor aflați în instituții nu ar ajunge acolo dacă ar exista un sprijin material, financiar, psihologic etc. adecvat, pentru familiile în dificultate.

Durata medie de ședere a unui copil în leagăn era, în 1996, de 1,9 ani, iar în casa de copii, 3,6 ani; 74% din copiii aflați în casele de copii veneau din alte instituții pentru copii. În leagăne, 41% dintre copii sufereau de distrofie, anemie sau rahitism și 32% prezentau întârzieri mentale, compartativ cu casele de copii unde 74% dintre copii nu prezentau nici o problemă de sănătate sau handicap mental. Aceste cifre arăta că în leagăne au existat în ultimii 7 ani mai puține schimbări semnificative decât în casele de copii.

Insituțiile pentru copii prezintă o moștenire extrem de grea. Există un larg consens în ceea ce privește faptul că modul lor de organizare moștenit este fundamental nociv pentru copil și, în consecință, trebuie drastic schimbat.

Momentul actual ar putea fi sintetizat în următorii termeni: acumulări de schimbări în toate punctele sistemului, pe fondul unor confuzii, blocaje și a lipsei unei strategii guvernamentale de abordare a problematicii copilului în general și a copilului din instituții, în particular. Deși există multe însătisfacții în legătură cu ritmul schimbării, cu existența a multiple blocaje și, în mod special, cu privire la lipsa unei strategii globale, într-o perioadă relativ scurtă de timp s-au observat schimbări multiple și profunde, atât în organizarea efectivă, în resursele disponibile, cât și în atitudinea personalului, a comunității și în pregătirea profesională. Există însă și însătisfacții tot atât de profunde legate de numeroase piedici și blocaje în promovarea schimbărilor, în condițiile în care dezirabilitatea unor asemenea schimbări a devenit tot mai ridicată și mai larg împărtășită.

Cele mai spectaculoase schimbări au avut loc în condițiile de viață din instituții: s-au realizat îmbunătățiri rapide, care au fost însă amenințate de instabilitatea alocării de fonduri. Datorită înaltei vizibilități a situației dezastruoase din instituțiile pentru copii, moștenite de la regimul socialist, una dintre primele măsuri ale noului guvern a fost o creștere importantă a fondurilor alocate acestora (tabelul 9.2). La acestea s-a adăugat un ajutor important din partea statelor și organizațiilor neguvernamentale occidentale. Ca rezultat al acestui efort conjugat, situația în instituțiile pentru copii s-a îmbunătățit spectaculos, mult mai mult decât în familii, unde, pe ansamblu, situația copiilor s-a înrăutățit. De asemenea, s-au produs îmbunătățiri importante și în calitatea îngrijirii medicale a copiilor. Cheltuielile pentru copiii instituționalizați au crescut substanțial după revoluție și au fost păstrate la un nivel înalt de atunci încoace.

Tabelul 9.2.

Cheltuielile medii ale statului pentru un copil într-o instituție, ca procent din salariul mediu

Anul	1990	1991	1992	1993	1994
	60,2	85,2	103,8	113,4	115,1

Sursa: Calculat pe baza datelor Comisiei Naționale pentru Statistică

Poate cel mai bun exemplu de efect al acestei îmbunătățiri a condițiilor de viață îl reprezintă dinamica mortalității în așa numitele instituții pentru handicapați „irecuperabili" (tabelul 9.3).

Tabelul 9.3.

Dinamica mortalității într-un număr de 20 instituții pentru handicapați „irecuperabili"

Anul	
1989	706
1990	268
1991	64

Sursa: Departamentul pentru Protecția Copilului

Aceste eforturi au putut să îmbunătățească condițiile imediate de viață (hrană, îmbrăcăminte, unele facilități de locuit). Multe instituții, plasate în clădiri vechi, nereparate de mult timp, prezintă însă probleme grave a căror remediere ar necesita investiții extrem de mari care nu sunt disponibile. În orice moment, o astfel de instituție poate intra într-o criză majoră datorită amenajărilor.

Datorită problemelor economice continue, finanțarea satisfăcătoare a instituțiilor tinde să se deprecieze, depinzând continuu de reînnoirea voinței politice de a aloca o parte importantă din resursele bugetare rare acestui sector. Unele fluctuații de acest fel pot fi sesizate în ultimii ani.

Într-un fel, schimbarea s-a produs. Ea a fost marcată, în special, acolo unde personalul din instituții a fost înalt receptiv și animat de o puternică dorință de schimbare, ca și în locurile în care autoritățile locale au susținut încercările de înnoire sau cel puțin au fost tolerante față de acestea. Există, în consecință, o largă varietate de situații: instituții inovative care, în limita resurselor disponibile, luptându-se cu o mulțime de dificultăți, inclusiv reglementări învechite și nivele ierarhice neînțelegătoare, au reușit să imprime schimbări profunde. Există însă instituții în care, pe fondul unei confuzii și a lipsei unei strategii naționale, datorită inerției, incompetenței, unei istorii de proastă administrare, a indolenței, mergând până la abuz și chiar a deturnărilor de fonduri, situația este dezastruoasă.

Trei factori au contribuit în mod esențial la introducerea schimbărilor pozitive pentru copii, factori care au determinat amploarea schimbării:

- *Deschiderea Ministerului Învățământului* de a transforma instituțiile din subordine (case de copii, mai ales) în locuri cât mai adecvate pentru creșterea copiilor, deși schimbările cerute de minister (prin legi, regulamente etc), nu au fost suficient susținute de resursele umane, financiare și materiale necesare; Ministerul Sănătății, în a cărui subordine se află leagănele, a avut o atitudine mai ambiguă față de schimbarea caracterului de „instituții închise" a leagănelor.
- *Resursele umane proprii: puterea de muncă, dorința și voința unei părți a personalului* din instituțiile pentru copii de a înțelege necesitatea schimbării și de a se

angaja în acest proces, din dorința de a îmbunătăți viața acestor copii.

- *Sprijinul financiar, material și asistența cu personal specializat* din partea unor organizații neguvernamentale române și străine; frecvența, continuitatea și mărimea acestui sprijin au influențat dimensiunile schimbării.

Schimbările cele mai dinamice au avut loc la inițiativa diferiteler organizații non-guvernamentale, mai ales occidentale, care au acționat singure sau în parteneriat cu organizații neguvernamentale române. Pot fi citate programe în toate punctele procesului: **prevenirea abandonului, dezinstituționalizare, dezvoltarea formelor de plasament familial, cămine pentru tinerele mame, suport pentru familiile în dificultate, constituirea de așezăminte de tip familial pentru copii**.

Schimbări în instituțiile pentru copii

Toate instituțiile pentru copii au introdus unele schimbări care au îmbunătățit condițiile de viață a copiilor, numărul celor care au reușit să realizeze schimbări profunde și multiple fiind însă destul de mic.

Personalul:

- Creșterea numărului de personal la o grupă de copii, de exemplu, în casele de copii, 3 educatori (care lucrează, în schimburi) pentru 8-12 copii, preșcolari (conform noului Regulament al caselor de copii, 1995), iar în leagăne o infirmieră la 10 de copii.
- Angajarea unui asistent social în casele de copii cu minimum 150 de copii.
- Angajarea educatorilor-puericultori în leagăne și case de copii.
- Au fost inițiate cursuri de pregătire în îngrijirea copilului de către unele organizații neguvernamentale, uneori în colaborare cu instituțiile publice, care promoveaza practici de calitate pentru o dezvoltare fizică, psiho-afectivă, socială și intelectuală normală a copiilor.

În momentul de față există o largă diversitate de abordări în legătură cu calificarea personalului pentru instituți: asistenți sociali, pedagogi sociali, specialiști în puericultură.

Organizarea internă a instituțiilor:

- Organizarea unui mediu de viață cât mai apropiat de cel familial: de exemplu, înființarea unor mici apartamente cu bucătărie proprie, în care copiii pot să ia masa într-un mod mult mai liber, să gătească singuri etc. Copiii din casele de copii primesc bani de buzunar lunar (este vorba de o sumă ce reprezenta aproximativ 3% din salariul mediu în 1995).
- Reducerea numărului de copii din dormitoare, existând între 4 și 20 de paturi în multe instituții. Înființarea unor case de copii de tip familial, unde 6-12 copii sunt crescuți de un cuplu care are și proprii copii (există 55 astfel de case, conform unor cifre ale Ministerului Învățământului, 1996); iată câteva exemple de așezăminte pentru copii, care au reușit să ofere copiilor un mediu cât mai apropiat de cel familial.
- Deschiderea instituțiilor către mediul social: o mare parte din copiii din instituții frecventeaza școli și grădinițe din comunitate, desființându-le pe cele din cadrul instituțiilor, (24.000 de copii din instituții merg la școli și grădinițe din comunitate).
- Umanizarea mediului de viață al copilului: dotarea cu covoare, mobilier, jucării, aparate radio, tv. și video, echipament sportiv, veselă, săli de sport și parcuri de joacă.
- Realizarea individualizării echipamentului, copiii având lucruri personale și dulapuri individuale.
- În unele instituții (case de copii pentru școlari, cu predilecție), au fost înființate ateliere/"cercuri" de învățare a unor deprinderi pentru viață, cum ar fi: croitorie, coafură, dactilografie, computere, reparații (elecronice și electrocasnice), iar în altele, care dețin loturi de pământ, copiii învață grădinăritul. Participarea la tabere și excursii la munte și la mare a multor copii din case de copii și leagăne.

Demedicalizarea și deșcolarizarea instituțiilor

Depășirea centrării pe o componentă a îngrijirii copilului (medicală sau școlară) – demedicalizarea și deșcolarizarea instituțiilor – se încearcă să se realizeze pe câteva căi distincte. În primul rând reducerea perioadei de ședere a copilului în instituțiile de tip medical, iar în al doilea rând, dezvoltarea, chiar pentru copiii foarte mici, a unor forme instituționale nemedicalizate, în care să se poată asigura, la nevoie, continuarea tratamentului medical, dar nu ca principală activitate; schimbarea radicală a structurii personalului: trecerea de la cadre medicale și școlare la cadre de asistență socială și cu alte specializări în creșterea copiilor; în fine, scoaterea fermă a școlii din cadrul instituțiilor pentru copii. Scoaterea școlilor și chiar a grădinițelor în afara caselor de copii este destul de avansată.

Procesul de reconstruire a atmosferei familiale din instituțiile pentru copii mici (leagăne) prezintă însă și o serie de probleme, de exemplu: personalul cu calificare medicală este încă dominant; personalul cu calificare nemedicală similar este încă redus ca număr și prestigiu față de cel medical; condițiile, în special cele de locuit, sunt încă cele de tip spital: camere cu multe paturi, spații reduse de activități sociale.

Asociația SOS Copiii a inițiat un proiect intitulat *Casa de copii tip familial*, o instituție mixtă, care se adresează copiilor orfani și abandonați care nu au cunoscut niciodată viața de familie fiind crescuți numai în instituții, sau copiilor frați de diferite vârste și sexe.

Numărul de copii ocrotiți într-o casă tip familial este de 10-12; vârsta copiilor este între 3-18 ani; mărimea caselor este aproximativ 2.000 mp., din care: suprafața locuibilă aproximativ 250 m; curte și grădină aproximativ 1.750 mp. Suprafața locuibilă se compune din: camera comună (de joacă pentru copii); camera pentru fete; camera pentru băieți; camera pentru „familie"; grup sanitar, hol, bucătărie, magazie. Curtea casei asigură loc de joacă și recreere, existând și spații pentru creșterea animalelor și păsărilor, grădina de legume și solarii.

Asociația SOS Copiii are în funcțiune, în prezent, un număr de 10 case de tip familial (în comuna Santana și 3 în comuna Zabrani), din care: 3 case proprietate a Asociației SOS Copii; 7 case propietate de stat, închiriate pe bază de contract.

Cele 10 case au fost puse în funcțiune (reparații, construcții, dotări, amenajări) de către Asociația SOS Copiii prin sprijinul material, financiar (câte 5000 ECU de la PHARE) și profesional al partenerilor din U.E./PHARE, Germania, Elveția, Austria, Anglia și cu contribuția membrilor asociației. Ulterior, casele au fost preluate de stat, în urma unui protocol încheiat între Asociația SOS Copii ISJ Arad, statul preluând din acel moment cheltuielile de: alocație, hrană, echipament - cazarmament; cheltuieli de regie (apă, energie, încălzire, etc.); cheltuieli de salarizare personal (educativ, muncitor); cheltuieli de întreținere a bazei materiale.

Asociația SOS Copiii suportă următoarele cheltuieli: plata chiriilor, taxelor, impozitelor (pentru case, teren agricol); cheltuieli de reparații și amenajări, dotări materiale; cheltuieli de salarizare pentru personal muncitor suplimentar (unde este cazul); cheltuieli cadouri, aniversări, sărbători. Personalul din casa de tip familial cuprinde un număr de 5-6 persoane care sunt: părinți înlocuitori (care pot fi din rândul personalului educativ sau muncitor); educatori; personal muncitor. Copiii sunt școlarizați în grădinițele, școlile și liceele din comuna Santana, Zabrani, Arad și Chișinău Criș.

În cazurile în care nevoile casei o impun (grădina mare, solarii, animale), asociația suportă cheltuielile de salarizare pentru personalul muncitor suplimentar.

Părinții înlocuitori asigură permanența în casă și răspund de inventarul bazei materiale, aprovizionare, organizare și funcționare, restul personalului având sarcini conform postului ocupat și a nevoilor casei pe baza unei planificări stabilite de comun acord. Prin ambianța securizată și afectivitatea unei familii și a aceluiași grup de adulți, împreună cu o pedagogie specifică, casele de tip familial oferă copiilor posibilitatea dezvoltării fizice și psiho-afective în vederea realizării scopului instituționalizării, **integrarea socio-profesională**.

După absolvire, tinerii sunt angajați în diferite unități (conform pregătirii profesionale) sau în cazul în care nu și-au găsit un loc de muncă, urmează cursuri de ucenicie în meseriile pentru care au optat (brutărie, tâmplărie, construcții). Pentru cei care nu au avut o legătură permanentă cu familia naturală (orfani, abandonați), Asociația SOS Copiii a pregătit și a pus la dispoziția tinerilor, casele de tip tineret care funcționează pe baza unui statut. Unii dintre tineri păstrează legătura cu personalul și copiii din casa în care au crescut prin vizite, participări la evenimentele casei (aniversări, sărbători), ajutor la unele munci din casă, etc.

Asociația SOS Copiii, Sântana, Județul Arad

Organizația SOS - Satele Copiilor România are grijă de copiii orfani biologic și social, asigurându-le un cămin permanent până la deplina lor independență. Este o organizație neguvernamentală, umanitară, apolitică, bazată pe inițiativa privată. Pedagogia SOS se caracterizează prin patru elemente de bază: mamă, tată, frații și surorile, casa, satul.

- **Mama.** Fiecare copil fără familie primește o mamă. Mama SOS are aceleași griji și bucurii ca orice mamă. Ea cultivă spiritul de familie, pregătește copiii pentru a face față problemelor complexe ale vieții, se îngrijește de gospodărie și administrează bugetul familiei. Mama SOS este o femeie care și-a dedicat viața copiilor încredințați spre creștere și educare. Prin grija ei, copiii învață ce înseamnă dragostea unei familii.

- **Frații și surorile.** O familie SOS se compune din cinci sau mai mulți copii, băieți și fete, de diferite vârste. Acestora li se asigură un cadru familial pentru a crește împreună ca frați și surori. Frații naturali sunt crescuți împreună.

- **Casa.** În satele SOS există o casă pentru fiecare familie SOS, centrul casei fiind camera de zi. De obicei, doi copii împart un dormitor. Casa SOS oferă copiilor căldură și stabilitate, ea rămânând căminul dintotdeauna al copiilor.

- **Satul.** În general un sat SOS cuprinde 10 până la 15 case familiale. Satul SOS este realizat ca o punte spre lumea exterioară, urmărindu-se constant integrarea lui în comunitatea locală.

S-au realizat în România două Sate SOS: la București și Cisnădie, cu 15 și respectiv 12 case familiale în care locuiesc 113 copii. Cu sprijinul exclusiv al organizației internaționale SOS-Kinderdorf International s-au construit 2 grădinițe ce sunt puse la dispoziția copiilor, inclusiv a celor din comunitate. Același sprijin a fost obținut și pentru construirea și dotarea unei tabere pentru școlarii cu rezultate deosebite la învățătură, dar cu situație familială materială precară.

Asistarea copiilor și tinerilor cere din partea colaboratorilor (mame SOS, directori de sate) o foarte profundă considerație a personalității copilului, dar și componente serioase pentru contactul cu adolescenții. Munca tuturor factorilor educaționali se desfășoară în echipă, existând o ierarhie organizațională și o ierarhie de competențe în același timp.

Obiectivul esențial al sistemului educațional este reducerea și (când este posibil) înlăturarea handicapului socio-afectiv al copiilor. Ideea de îngrijire globală și individualizată în raport cu nevoile copiilor este fundamentul de la care se pleacă în tot ceea ce se întreprinde pentru copii.

SOS Satele Copiilor România, București

Prin *Programul Pro-Familia*, organizația **„Pentru Copiii Noștri"** promovează un model de îngrijire a copilului, model centrat pe nevoile sale specifice (planurile individuale de îngrijire), pe raționarea permanentă cu comunitatea (copilul merge la cumpărături, în vizită la prieteni, la grădinița sau la școala din cartier, la dispensarul teritorial) și crearea unui climat de familie (sistemul de relații interpersonale, implicarea copilului în luarea deciziilor, în activitățile gospodărești).

În același timp dreptul copilului la familie este respectat și promovat prin accentuarea caracterului tranzitoriu al ocrotirii în unitățile de tip Pro-Familia, prin stimularea individualizată și diversificată a copilului într-un climat cât mai apropiat de cel familial și în contact direct cu comunitatea, și prin colaborarea cu Centrul de Sprijin Familial și Ocrotire a Copilului, serviciu ai cărui asistenți sociali, prin programul Centrului, urmăresc reintegrarea copiilor în familia biologică sau acolo unde acest lucru nu este posibil, se urmărește integrarea copilului într-o familie românească de substituție, prin plasament, încredințare sau adopție, depun un efort susținut pentru a găsi fiecărui copil o familie.

Astfel, programul este conceput ca o placă turnantă dinspre instituție înspre viața de familie, copiii admiși în Pro-Familia provenind din instituțiile de stat pentru copii. Există 12 căsuțe construite de organizația neguvernamentală britanică „The Romanian Orphanage Trust" imediat după 1989. Ele sunt integral finanțate de această organizație.

În fiecare din cele 12 căsuțe locuiesc câte 5-8 copii, câte 2 (maximum 3) într-un dormitor. Copiii sunt îngrijiți în fiecare căsuță de către 5 lucrători sociali, fiecare fiind lucrător-cheie pentru 1-2 copii. Lucrătorul-cheie răspunde de toate aspectele fizice, psihice și sociale în dezvoltarea copilului, reprezentând copilul și interesele sale superioare în orice situație. De asemenea, acesta acționează ca avocat al copilului, având rolul de părinte psihologic al copilului. Formarea simțului proprietății, conștientizarea valorii lucrurilor și formarea identității sexuale sunt prioritare și sunt învățate cu prioritate prin modelele comportamentale oferite de lucrătorii-cheie. Pe baza acestor relații cu adultul, în viitor, copilul își dezvoltă conștiința de sine, devine independent, capabil să interacționeze cu persoanele din jur.

De asemenea, programul încurajează menținerea sau reluarea legăturii cu familia biologică a copilului, informând în mod regulat familia asupra evoluției copilului și acoperind cheltuielile de deplasare a părinților care doresc să-și viziteze copii.

Pentru Copiii Noștri, București

Casa de copii „Ion Creangă" din Piatra Neamț ocrotește un număr de 350 copii, băieți și fete, între 3 și 25 ani.

În unitate trăiesc un număr de 264 de copii și tineri, din care 25 sunt băieți.

Până în 1992, casa de copii a avut școala încorporată, iar din septembrie 1992 s-a început integrarea copiilor în școlile din oraș, în mod progresiv cl. a I-a și a V-a, anul 1996 încheind acest proces.

Având în vedere necesitatea ocrotirii copiilor în aceeași unitate de la 3 la 18 ani și pentru menținerea fraților și surorilor împreună, s-au amenajat spații speciale pentru preșcolarii până la 6 ani, care au fost preluați pentru prima dată în 1996, precum și apartamente pentru frați și surori și pentru copiii care nu pleacă niciodată în familie.

Dispunând de un corp de clădire în care funcționau ateliere pentru elevele de la Școala Complementară, s-a trecut la transformarea lui în primul apartament pentru frați și surori. S-au făcut modificări la grupurile sanitare, instalând chiuvete și dușuri, s-au alimentat cu apă caldă bucătăria și baia, s-au amenajat 2 dormitoare și o sufragerie, de care beneficiază 13 copii: 7 băieți și 6 fete de vârste diferite, cuprinse între 8 și 14 ani (toți sunt câte 2–3 frați și surori). Dotarea cu mobilier a acestui apartament s-a făcut cu obiecte existente în casa de copii, cumpărate de la bugetul de stat sau din donații.

O contribuție majoră a fost cea din partea organizației Christian Children's Fund of Canada, care sponsorizează lunar, de peste 5 ani, aproximativ 230 copii din instituția noastră.

Cheltuielile nu au fost foarte mari, dar a muncit cu foarte multă dăruire întregul personal al unității.

Al doilea apartament a fost construit în vara anului 1996. La fiecare apartament, ca și la celalte grupe, lucrează câte 3 învățători și profesori educatori, cu programul de 30 ore săptămânal, structurat astfel: o zi – 12 ore și două zile libere.

Spre deosebire de copiii din grupe, copiii de la apartamente servesc masa în sufrageria proprie, spală vesela, iar, uneori, sâmbăta și duminica pregătesc mâncăruri simple și dulciuri. Ei sunt foarte mândri de locuința lor și au foarte mare grijă să fie curățenie și ordine. Pregătirea lor pentru viață este mai temeinică pentru că ei învață să folosească aragazul, să aranjeze o masă, să igienizeze vesela, să pregătească mâncăruri după rețete, dezvoltându-le în același timp și simțul proprietății. Se intenționează dotarea apartamentelor și cu mașini de spălat și frigidere. Și ei, ca și alte grupe, dispun de mașină de cusut, de călcat, iar în timpul liber croșetează, tricotează, lucrează la gherghef, repară echipamentul, spală, fac curățenie.

Pentru că unitatea dispune de săli a căror suprafață depășește 100 mp, se intenționează amenajarea și altor apartamente.

Casa de copii „Ion Creangă", Piatra Neamț, Jud. Neamț

9.4 Probleme și blocaje în schimbarea instituțiilor publice pentru copii

Deși progresul în instituțiile publice pentru copii este evident, exist,, înc,, o mulțime de factori care împiedic,, transformarea lor într-un mediu cât mai aproape de cel familial, care s,, poat,, oferi copiilor instituționalizați acele experiente compensatorii de care au atâta nevoie, pentru a recupera neajunsurile și lipsurile pe care le-au trait și chiar întârzierile în plan fizic, social, intelectual și psiho-afectiv pe care le au unii dintre copii.

1. Apartenența instituțiilor pentru copii la 4 organisme guvernamentale distincte – Ministerul Învățământului, Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Secretariatul de Stat pentru Handicapați. Aceste instituții au obiective și concepții relativ diferite, fapt care se reflectă la nivelul instituțiilor care le sunt subordonate.

2. Structura personalului nu este adaptată la nevoile copilului. Caracterul distorsionat al structurii de personal este o cauză importantă a menținerii unei orientări monocolore a instituțiilor. Astfel, în leagănul de copii: personalul alcătuit din medici, asistente medicale și personal necalificat în cea mai mare parte, conferindu-i un puternic accent de medicalizare, care conduce la o intensificare a activităților de tip medical, de urmărire a cantității de hrană luată la timp și a numărului orelor de somn, în detrimentul activității de socializare, educație (limbaj, dezvoltarea cognitivă etc.), ignorându-se aproape complet dezvoltarea psiho-afectivă, motrică, intelectuală și socială a copiilor.

În casele de copii, personalul este alcătuit din educatori (care au absolvit liceul pedagogic sau licee cu alt profil) și cadre didactice care au absolvit instituții de învățământ superior ce sunt angajați în posturi de educatori. Personalul auxiliar, care, de regulă, depășește ca număr personalul alcătuit din educatori, e alcătuit din paznici, bucătari, îngrijitori, contabil, secretar etc. și personal medical (medic, asistente medicale și/sau infirmiere). În aceste condiții, este aproape inevitabil că accentul să se pună pe participarea copiilor la școală/grădiniță, obținerea unor rezultate școlare satisfăcătoare și însușirea cunoștințelor. Casele de copii dau o atenție mai mare dezvoltării sociale a copiilor decât leagănele, însă este necesar să se aibă în vedere dezvoltarea psiho-afectivă, motrică și a limbajului, dezvoltarea unor progame de pregătire pentru o viață independentă și integrare profesională, dar și pentru dezvoltarea capacității creative și a atitudinilor valorice.

Conform unui studiu realizat de F.I.C.E. România în colaborare cu Fundația Satul de copii Pestalozzi, în decembrie 1995, numărul de personal din casele de copii a crescut de la 10.612 în 1992 (din care 5.711 reprezintă educatorii, asistenții sociali, psihologii, psihopedagogii, logopezii și supraveghetorii de noapte) la 13.171 în 1995 (din care 5.982 reprezintă categoriile de personal menționate anterior). Deși numărul total a crescut cu aproximativ 3.000 de angajați, este evident că personalului administrativ i s-a acordat mai multă atenție, în detrimentul educatorilor, asistenților sociali, psihologilor etc. Același studiu arată că există conflicte în casele de copii privind schimbarea modului de lucru al personalului, statutul angajaților titulari și al celor suplinitori, activitatea educativă pentru copii, sarcinile de serviciu ce revin personalului educativ și corelarea salariului cu volumul de muncă.

Sunt adesea menționate frustrările cadrelor didactice din casele de copii, frustrări care provin din nepracticarea profesiei pentru care s-au pregatit și din statutul social asociat locului de muncă în raport cu expectanța în plan profesional. Aceasta se răsfrânge în mod negativ asupra copiilor, deoarece această categorie de personal se rezumă, practic, la supravegherea copiilor și la ajutarea acestora pentru pregătirea temelor școlare.

O altă problemă de personal și managment în casele de copii este că directorul instituției nu poate face angajări de personal educativ (cadre didactice, educatori), această sarcină revenind Inspectoratului Județean Școlar.

3. Lipsa de pregatire a personalului în unele domenii fundamentale pentru creșterea și dezvoltarea armonioasă a copiilor din instituții: îngrijirea copilului, noțiuni de dezvoltare și psihologie a copilului, nevoile și drepturile copilului, stimulare prin joc, teoria atașamentului, noțiuni despre separare și pierdere, management. Studiul menționat mai sus indică totodată faptul că în casele de copii, pregătirea personalului a avut loc pentru 1.804 dintre cadrele didactice și 1.145 dintre angajații ca personal auxiliar. Cursurile pe care le-au urmat cei din prima categorie au fost organizate de Casa Corpului Didactic și au constat în mare parte în obținerea gradelor didactice, cei din a doua categorie de personal beneficiind de pregătire la locul de muncă (perfecționare internă). Numărul extrem de redus de psihologi (1 la 150 copii în case de copii, 1 la 80 copii în leagăn) face aproape imposibilă evaluarea dezvoltării psiho-afective/emoționale a tuturor copiilor, ca și dezvoltarea unor programe atât de necesare de terapie, consiliere etc., care să răspundă eventualelor carențe și să ofere acele experiențe compensatorii pentru recuperarea copilului în toate planurile: fizic, social, psiho-afectiv/emoțional și intelectual.

Numărul încă prea mare de copii ce revin unui educator în casele de copii și unei infirmiere în leagăne face imposibilă o îngrijire individualizată, continuându-se practica îngrijirii colective.

4. Inexistența oricărei forme de supervizare a activităților desfășurate de personalul din instituțiile pentru copii, prin care fiecare angajat să primească sprijin și îndrumare, să aibă responsabilități bine stabilite și să răspundă de activitățile pe care le desfășoară. De fapt, nu există nici un set de proceduri suficient de clar definite. Scandalurile care izbucnesc frecvent în legătură cu o instituție sau alta conduc la ideea că, controlul standardelor de calitate este fie puțin existent, fie se reduce la probleme predominant administrative.

5. Inexistența unor planuri de „lucru" individuale pentru fiecare copil, care să țină cont de toate aspectele dezvoltării lui (fizică, psiho-afectivă, socială și intelectuală), a unei concepții educative de ansamblu și a unui plan de viitor în ceea ce privește găsirea unei familii pentru acesta - fie familia biologică, acolo unde este posibil, fie o familie de substituție (de adopție sau plasament). Aceasta conduce la interacțiuni limitate între personal și copii, care se rezumă practic la urmărirea desfășurării activităților (mese, somn, școală, igiena corporală, pregătirea temelor școlare) fixate într-un program zilnic.

6. Lipsa preocupărilor de construire a identității copilului și a unei terapii adecvate. Nu există practica unor discuții cu copilul asupra situației familiei sale, cauzelor instituționalizării, drepturilor și responsabilităților ce-i revin, stabilirii unor planuri de viitor etc. Lipsește orice forme de terapie a acestor copii, care au suferit trauma separării de familiile lor, la care se adaugă și traumele legate de separare, existente în familie: părinți violenți, alcoolici, indiferenți, lipsa unui părinte etc.

Cei mai mulți copii din instituții au deja probleme când ajung în instituții, ei provenind din medii defavorizate, prezentând variate probleme de sănătate, tulburări de comportament și întârzieri în dezvoltarea psihică și fizică. Nu este suficient pentru o instituție să ofere acestor copii numai o îngrijire fizică adecvată și condiții materiale bune, deoarece acestea singure nu vor determina îmbunătățiri și în celelalte planuri de dezvoltare: psiho-afectivă, socială și intelectuală. Pentru ca atunci când un copil ajunge într-o instituție să se poată recupera efectele deprivării sale (din familie sau dîntr-o altă instituție din care vine) și să nu se adâncească și mai mult problemele pe care le are deja, este necesar ca instituțiile pentru copii să devină „comunități terapeutice", atât de necesare pentru o dezvoltare armonioasă a copiilor, pentru ca aceștia să devină mai târziu adulți responsabili ce se pot integra social și profesional.

7. Fragmentarea vieții copilului. Mutarea copiilor de la o instituție la alta sau chiar de la o grupă la alta în cadrul aceleiași instituții nu creează cadrul propice pentru dezvoltarea relației de atașament, afectând dezvoltarea psiho-afectivă, socială și intelectuală a copiilor. Un copil instituționalizat de la naștere trece prin patru traume majore (cinci, dacă este abandonat în maternitate): Prima are loc când este adus la leagăn. A doua, la vârsta de trei ani, când este mutat de la leagăn la casa de copii preșcolari. A treia, la șapte ani, când este, în continuare mutat la casa de copii școlari. A patra, când părăsește casa de copii.

Deși în Regulamentul caselor de copii se menționează „mixtarea pe vârste și sexe a caselor", pentru a se evita mutările copiilor de la o instituție la alta, acest lucru nu a avut loc în realitate decât parțial și doar în unele case de copii. De exemplu, au fost preluați 20 de copii preșcolari (fete și baieți, frați și surori) într-o casă de copii de fete de vârstă școlară; o casă de copii preșcolari (care au și fete și băieți, de obicei) a păstrat doar 2 grupe de copii școlari, mutând restul de copii la o casă de copii școlari. Mixtarea copiilor (mai ales la casa de copii școlari) este un proces dificil, care necesită o planificare prealabilă bine gândită, resurse financiare și materiale și personal pregătit să facă față problemelor ce pot apărea. Ca urmare, încă există frați și surori care trăiesc separați în diferite case de copii, unele dintre ele chiar în același oraș. Pe de altă parte, sunt directori de case de copii care nu doresc să plece copiii (din casele de copii pe care le conduc) în alte case de copii unde au frați și surori, deoarece, în cazul în care nu mai primesc alți copii, numărul lor se va reduce și vor fi obligați să renunțe la o parte de personal și resurse.

8. Prelungirea internării copiilor în instituții inferioare vârstei. Sunt cazuri în care în leagăne continuă să fie internați copii de peste 3 ani (până la 5-6 ani, deși nu este legal). Un exemplu semnificativ este Leagănul Goiești – Iași unde în 1993, din cei 50 de copii, nici unul nu avea vârsta sub 3 ani, iar singura persoană calificată era o asistentă medicală. Conform datelor din studiul efectuat de Ministerul Sănătății, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului și UNICEF, în 1991, aproximativ 50% din copiii internați în secții de distrofici depășiseră 3 luni de ședere, iar 15% erau internați de o perioadă de timp ce varia între 1-3 ani, și, mai mult. Rămânerea îndelungată a copiilor în instituții, uneori pentru toată viața, afectează dezvoltarea lor armonioasă din punct de vedere fizic, psiho-afectiv, social și intelectual.

În casele de copii, prezența tinerilor care au împlinit 18 ani și nu frecventează o formă de învățământ sau nu s-au încadrat în muncă este nelegală. În Regulamentul caselor de copii se specifică „limitele de vârstă ale copiilor sunt cuprinse între 3-18 ani sau până la absolvirea studiilor (superioare), fără a depăși 25 ani"; deși este de înțeles acest fenomen, deoarece casa de copii reprezintă „casa" în adevăratul înțeles al cuvântu-

lui pentru ei, are repercursiuni negative asupra celorlalți copii instituționalizați. Cel mai adesea, îi exploatează pe cei mai mici, așa cum și ei au fost exploatați în trecut (se pare că acesta este un pattern comportamental în casele de copii), hrana li se asigură reducând proporțional porțiile celorlalți copii; unele case de copii școlari sunt supraaglomerate, existând, în consecință, situații în care dorm 2 copii într-un pat. Se estimează că există în prezent 400 de tineri cu vârsta de peste 18 ani în aceasta situație.

Legislația actuală nu prevede absolut nici o soluție pentru acești tineri. La vârsta de 18 ani, după ce au fost crescuți în casa de copii – care le-a oferit foarte puține posibilități de a dobândi deprinderi de viață (activități casnice: să spele, să calce, să gătească, să facă curățenie etc.), puține oportunități să învețe să trăiască independent (necesitatea de a munci și dezvoltarea unei atitudini pozitive față de muncă, autogospodărire și autofinanțare) și aproape nici un fel de sprijin pentru a-și putea asigura în viitor o viață de familie, acești tineri sunt, pur și simplu, lăsați la voia întâmplării. Prin bunăvoința și insistențele unor directori de case de copii și cu sprijinul material și financiar din partea unor organizații neguvernamentale sau ale unor firme private/persoane române și străine, a fost posibil, pentru puțini dintre acești tineri, să se închirieze apartamente în blocuri de locuințe, care au fost ulterior mobilate. Acestea sunt oferite tinerilor în condițiile în care le întrețin bine și au un serviciu, astfel încât să poată participa cu un anumit procent la plata datoriilor (chirie, întreținere, electricitate, telefon etc).

9. Lipsa aproape completă a participării copiilor la planificarea activităților și organizarea propriei lor vieți. Acest fapt duce la o lipsă aproape totală de preluare de responsabilități din partea copiilor, afectând negativ concepția lor despre viața și formarea lor ca adulți responsabili.

10. Modalități de finanțare care nu încurajează în nici un fel planificarea și inițiativa instituțiilor. Fondurile necesare casei de copii sunt transmise lunar de la Inspectoratul Școlar și Primărie. Ele nu se acordă pe baza unei planificări anuale, conform unui buget anual aprobat, existând perioade de câteva luni când nu au fost trimise decât fondurile necesare pentru hrana copiilor, făcând astfel imposibilă o planificare riguroasă și o cheltuială corespunzătoare a fondurilor primite (aprovizionare pentru iarnă, cumpărarea unor mărfuri la prețuri mai avantajoase etc).

11. Lipsa de colaborare între personalul din instituția pentru copii și grădinița/școală unde merg copiii. Din acest motiv nu se creează o rețea de sprijin pentru copii.

12. Admiterea copiilor în instituțiile pentru copii cu prea mare ușurință datorită absenței unor servicii de asistență socială profesionalizate; anchetele sociale sunt efectuate, de cele mai multe ori, de personal care nu are calificarea necesară și chiar fără a face investigațiile necesare; în plus, ele, anchetele sociale, nu sunt actualizate periodic, astfel încât nu reflectă situația exactă a familiei copilului. Pe de altă parte, Comisiile de Ocrotire a Minorilor (care decid plasarea copiilor într-o anumită formă de îngrijire) – alcătuite din personal nespecializat, nu cunosc foarte bine situația copilului și a familiei și trebuie, pe baza acestor anchete sociale, să ia decizii cu privire la viața unor copii și familii.

13. Condamnarea, pe criterii adesea superficiale, unor copii la instituții pentru handicapați unde li se limitează, dacă nu se închid complet, șansele de dezvoltare. Este frecventă trimiterea unor copii din casele de copii în școlile ajutătoare pe simpla bază a rezultatelor la învățătură.

14. Existența unor forme de abuz fizic, psihic sau sexual asupra copiilor din instituții sau între copiii instituționalizați, care sunt însă ignorate aproape total.

Există două probleme majore privind dinamica viitoare a instituțiilor pentru copii, dacă patternul actual continuă:

1. Ritm lent și inegal de perfecționare a instituțiilor. Mizându-se mai mult pe presiunea multiplilor factori din mediul social-cultural și mai puțin pe o strategie națională fermă de reformă, în care controlul standardelor de calitate să fie o componentă importantă, se produce inevitabil o schimbare, dar ea este lentă și inegală. Sunt instituții blocate intern care răspund prin izolare la presiunile mediului spre reformă. Există constatări (realizate chiar de reprezentanți ai Consiliului Europei) ale unor cazuri de instituții pentru copii, care funcționează la parametri comparabili cu cei din 1989: condiții fizice și sociale mizerabile. Un singur exemplu: Centrul de primire minori din Galați. Capacitatea de intervenție a sistemului guvernamental pare a fi paralizată în fața nevoii de intervenție rapidă pentru redresarea unor asemenea situații.

2. Riscul blocării reformei și chiar al involuției instituțiilor pentru copii. Dificultățile de diferite feluri, slăbirea presiunii difuze spre schimbare, intervenția unor limite structurale (de exemplu, sistemul de subordonare, structura pesonalului). Există semne că în anumite instituții pentru copii se înregistrează deja tendințe involutive.

Din enumerarea problemelor existente (lista nu este exhaustivă) în sistemul de îngrijire al instituțiilor pentru copii din țara noastră, reiese că **este necesară o reformă a instituțiilor pentru îmbunătățirea condițiilor de viață ale copiilor și transformarea acestor instituții într-un mediu cât mai apropiat de cel familial.**

9.6 Schimbări de abordare

1. Prevenirea abandonului

Atât experiența internațională, cât și studiile întreprinse în țara noastră demonstrează că plasarea copiilor în instituții este mult mai costisitoare decât menținerea copiilor în familia biologică sau în familii de substituție (adopție/plasament familial). Prevenirea abandonului și, în mod special, a plasării copiilor în instituții se află oarecum la început în România.

Experiența celor 7 județe în care s-au înființat centre de sprijin familial și ocrotire a copilului (inițiate și finanțate de organizația britanică The Romanian Orphanage Trust, 6 dintre ele fiind preluate ulterior de Consiliile județene respective – Arad, Bacău, Brașov, Cluj, Iași, Timiș) sugerează că marile probleme nu sunt strict economice, ci foarte adesea sociale și psihologice. Printr-o activitate de asistență socială calificată s-a reușit, în condiții materiale adesea extrem de grele, să se prevină plasarea copiilor în instituții, să se realizeze reintegrarea în familiile biologice a unora dintre copiii aflați deja în instituțiile pentru copii și chiar adopția națională sau plasamentul familial pentru unii copii.

Din punct de vedere al implicării organismelor guvernamentale în aceste inițiative, se poate spune că nu a existat nici o măsură pozitivă cât de cât semnificativă.

- **Explozia sărăciei din 1991-94 nu a fost compensată prin sprijin material în ceea ce privește familiile cu copii.** Dimpotrivă, alocațiile pentru copii s-au diminuat la o cincime din valoarea lor reală din 1989. De abia la începutul anului 1997, guvernul a decis o creștere substanțială a alocației pentru copii, care va avea probabil un efect pozitiv și asupra familiilor cu risc de a-și abandona copiii. Formele de sprijin financiar ocazionale pentru familiile care întâmpină diferite tipuri de dificultăți, în loc să crească, s-au diminuat.

Suspendarea funcției statului de furnizor de locuințe, mai ales pentru familiile sărace cu copii, a dus la o agravare dramatică a problemei locuinței pentru multe familii cu copii. Lipsa locuinței a devenit și va continua să fie și în viitor una dintre cauzele cele mai importante ale abandonului.

- **În condițiile exploziei sărăciei și a accentuării proceselor de dezorganziare a familiei, serviciile de asistență socială au fost ignorate.** Doar la inițiativa unor organizații neguvernamentale, ca The Romanian Orphanage Trust, au fost create 7 Centre de sprijin familial și ocrotire a copilului (5 centre în 1993 în Arad, Bacău, Brașov, Prahova și Timiș, iar 2 în 1995 în Cluj și Iași) – ce au constituit servicii embrionice de asistența socială și a Reprezentanței UNICEF care a inițiat experimental, în 1994, Servicii de asistență a copiilor și familiilor în dificultate în sectoarele 5 și 6 din București și 3 județe din țară (Cluj, Iași și Timiș), în cadrul primăriilor. Obiectivul acestor servicii este relativ limitat, dar foarte important din această perspectivă: prevenirea abandonului (atât prin modeste contribuții materiale, dar mai ales prin servicii de asistență socială); reintegrarea în familie a copiilor din instituții; promovarea adopției naționale și a plasamentului familial. Aceste servicii sunt în curs de generalizare, dar concepția lor urmează a fi limpezită. Activitatea lor de până acum demonstrează marea lor utilitate. Angajarea de asistenți sociali în maternități a demonstrat că activitatea lor este extrem de eficientă în prevenirea abandonului. Cu toate acestea, procesul se află de abia la început, mediul maternităților dovedindu-se în aproape toate cazurile suspicios și neîncurajator pentru activitatea asistenților sociali.

Există, de asemenea, în cadrul sectorului nonprofit apărut în țara noastră după 1989, organizații neguvernamentale care oferă asistență financiară și materială, servicii de consiliere și informații, unui număr limitat de copii și familii în nevoie din diferite localități, în funcție de amplasarea acestor organizații și de fondurile de care dispun.

- **Deși avortul a fost legalizat și au existat programe importante de planificare familială, accesul la metodele de control al nașterilor pentru segmentele de populație sărace/marginale este scăzut.** Toate studiile indică faptul că deși legal, avortul realizat în spitale în condiții controlate, este pentru unele segmente de populație greu accesibil, din diferite motive. Cabinetele de planificare familială, deși au utilizat resurse financiare substanțiale, nu au reușit să ofere mijloacele necesare tocmai segmentelor de populație în situație de risc. Este nevoie aici de o schimbare de strategie și dezvoltarea acestor programe în cadrul Ministerului Sănătății.

- **Continuă practica încurajării instituționalizării temporare a copiilor, care devine permanentă prin separare și poate conduce la abandon.** Instituționalizarea medicală a copiilor cu probleme predominant sociale nu a suferit o schimbare substanțială. Inițiativa UNICEF și a unor organizații neguvernamentale de a încuraja umanizarea spitalelor, de a încuraja mamele să stea în spital împreună cu copiii în perioadele critice și de minimizare a perioadei de spitalizare, a dat rezultate pozitive mai ales ca exemplaritate. Însă, în lipsa unei strategii globale, aceste rezultate nu pot depăși o anumită limită.

În diferitele sale forme, separarea copilului mic de familie continuă să fie un fenomen pentru a cărei combatere se face încă puțin în mod sistematic.

2. Stimularea formelor alternative la instituționalizare

***A.* Clarificarea statului juridic pentru copiii quasi-abandonați.** Există în momentul de față o mulțime de copii părăsiți definitiv sau temporar în diferite instituții, fără a avea un statut clar. Lipsa acestei clarificări împiedică procedura de găsire pentru acești copiii a unei soluții de perspectivă, mărind perioada instituționalizării lor provizorii. Deși s-a încercat să se simplifice procedurile de stabilire a statutului juridic al copilului quasi-abandonat, mecanismele actuale prezintă încă probleme structurale, schimbarea lor întârziind nejustificat. La aceasta se adaugă o poblemă și mai gravă: incapacitatea instituțiilor responsabile de a oferi prompt tuturor copiilor o identitate legală. Sunt copii care părăsesc casele de copii la 16-18 ani fără acte de identate.

Deși, pe de o parte, este necesar să se încurajeze părinții biologici să reia în familie copiii plasați în instituții, acolo unde este posibil, în multe cazuri acest proces nu este posibil datorită lipsei unor servicii sociale cu asistenți sociali profesioniști care să se ocupe de această problemă. Din acest motiv, în interesul copilului, situația acestuia trebuie să fie rapid rezolvată.

***B.* Adopția, cea mai bună soluție pentru copilul abandonat, este utilizată încă mult sub posibilități.** Adopția națională se plasează încă mult sub posibilități, iar cererea masivă pentru adopții internaționale a fost de natură să creeze, justificat, rețineri cu privire la posibilitățile de a proteja copilul adoptat de posibile abuzuri. Pentru creșterea controlului adopției internaționale s-au făcut multe eforturi, cu rezultate notabile. Problema este însă departe de a fi soluționată satisfăcător.

***C.* Plasamentul familial și încredințarea ocupă o pondere încă destul de mică.** Se pare că în cea mai mare parte a lor, situațiile de plasament familial și încredințare repezintă forme preadopționale sau încredințări pentru diferite perioade de familiilor înrudite. În sistemul public, această formă este limitată (tabel 8) atât datorită caracterului insuficient de reglementat al procesului, a fluctuațiilor în acordarea indemnizațiilor de plasament și în nivelul acestora, cât mai ales, lipsei complete de servicii de asistență socială specializată care să construiască efectiv un sistem de calitate.

Și în această direcție, unele organizații negu-vernamentale au depus o activitate apreciabilă, dar rezultatele, deși foarte bune, sunt punctuale, dificil de extins.

Tabelul 9.4.

Ponderea copiilor în plasament familial, în totalul copiilor aflați în plasament familial și instituții, în câteva țări est-europene

	1989	1994
Republica Cehă	24,3	27,7
Slovacia	32,6	35,3
Ungaria	30,7	37,6
Polonia	54,1	60,0
România	12,4	16,6

Sursa: TRANSMONEE

Cap.10. Direcții ale reformei sistemului de sprijin pentru copilul separat de familie

Principiu general:

Toate deciziile maturilor în privința copilului, indiferent dacă acesta se află în familie sau este separat de aceasta, trebuie să pună în centrul lor interesele superioare ale copilului. Responsabilizarea părinților trebuie explicit promovată în orice act care afectează soarta copilului. Trebuie dezvoltat un întreg sistem centrat pe interesele superioare ale copilului.

10.1. Responsabilitatea față de copil în decizia de a avea copii

Este dreptul fundamental al oricărui copil de a nu fi rodul întâmplării sau al unor motive exterioare. Decizia de a avea un copil trebuie să pună în centrul său angajarea responsabilă a părinților de a-i oferi acestuia condițiile optime de dezvoltare umană. Pe de o parte, în cadrul unei politici demografice active ce trebuie să fie dezvoltată, este necesar să se stimuleze dorința de a avea copii. În mod special, trebuie stimulată natalitatea la clasa mijlocie, care poate oferi copilului condiții bune de dezvoltare. Este dreptul copiilor de a se naște în condiții familiale adecvate. Pe de altă parte, în spiritul aceleiași atitudini responsabile față de copil, trebuie stimulată amânarea deciziei de a avea copii în condiții neprielnice pentru aceștia.

a. Dezvoltarea serviciilor de consultanță - preconcepție și consultanță înainte de a lua decizia de întrerupere a sarcinii: educație sexuală a tinerilor, consultanță medicală – genetică, consultanță familială.

b. Dezvoltarea serviciilor de planificare familială. Punctul critic al acestora este pătrunderea lor în grupurile și segmentele sociale care, din diferite motive, nu au acces la aceste servicii în forma în care ele există: tinere sub 20 de ani, comunități izolate geografic, comunități izolate social și cultural (unele segmente ale populației de romi, sate izolate), familii cu mulți copii, care trăiesc în condiții de sărăcie cronică, persoane cu handicap psihic.

10.2. Prevenirea separării copilului de familie

***a.* Prevenirea plasării copiilor în instituții pentru copii prin:**

- Oferirea de suport pentru familiile în dificultate. În afară de beneficiile pe care le oferă mediul familial (dragoste, afecțiune, prietenie, confort etc.), conform unor studii efectuate de UNICEF în 1996 este aproximativ de două ori mai puțin costisitor să se sprijine familia biologică (material, financiar, psihologic etc) pentru a menține copilul în familie sau să se recompenseze (material și financiar) o familie de plasament pentru a crește un copil pentru o perioadă limitată de timp, decât să se plaseze copilul într-o instituție pentru copii.
- Responsabilizarea părinților pentru decizia de plasare a copilului în instituție.
- Perceperea unei taxe de la părinții ai căror copii se află în instituție, pentru menținerea copilului în instituție; mărimea taxei trebuie să fie stabilită în funcție de venitul și situația materială a părinților.
- Consultanța postconcepție pentru pregătirea condițiilor necesare dezvoltării copilului.

***b.* Prevenirea abandonului.** Depistarea familiilor cu risc de abandon al copiilor și activitatea de prevenire a lui prin:

- Consultanță cu părinții și familia lărgită.
- Suport social (material, instituțional, inclusiv în problema locuinței).
- Suport social și material pentru familiile cu copii aflate în dificultate: facilități provizorii de locuire pentru mamele singure.
- Dezvoltarea de servicii de suport pentru familiile cu copii - centre de zi, centre familiale, creșe, inclusiv asistență medicală de calitate la domiciliu.
- Dezvoltarea serviciilor de planificare familială în cadrul rețelei Ministerului Sănătății și creșterea accesibilitatii la acestea.
- Dezvoltarea rețelei asistentelor de ocrotire din cadrul Ministerului Sănătății în vederea oferirii de suport medical și sanitar și consiliere de specialitate familiilor cu copii mici și viitoarelor mame.

***c.* Prevenirea situațiilor de separare prelungită a copilului de familie.**

- Sunt esențiale evitarea internării și minimizarea perioadei de ședere în spital/secții de distrofici a

copilului. O reformă a sistemelor medicale pentru copiii mici, prin separarea clară a funcțiilor medicale de cele sociale, este urgentă.

- Degrevarea sistemului medical de funcții de tip social și crearea de sisteme sociale pentru rezolvarea acestor cazuri. Spitalele pentru copii trebuie să se concentreze doar pe tratarea problemelor medicale. Perioada petrecută de către copii în instituțiile medicale trebuie minimizată la intervalul strict cerut de tratamentul medical. După aceasta, dacă copilul nu se poate întoarce în familie, el trebuie imediat transferat într-o instituție nemedicală.

- Dezvoltarea formelor de tratament la domiciliu, cu sprijin de specialitate și sub supraveghere medicală

- Dezvoltarea rapidă a sisemelor de spitalizare de tip familial: condiții de internare a mamei împreună cu copilul, pentru a preveni separarea pe termen îndelungat

- Evitarea și minimizarea formelor de quasi-abandon (de exemplu, încredințarea pe perioade nedeterminate a copiilor în instituții) prin dezvoltarea unui sistem de vizitare a copiilor de către părinți, rude, prieteni și de petrecere a sfârșiturilor de săptămână și a vacanțelor în familie în vederea reintegrării familiale.

- Dezvoltarea alternativelor la plasarea copiilor în instituție: plasament familial de urgență, pe termen scurt, mediu sau permanent și adopție.

d. **Reintegrarea familială a copiilor aflați în instituții pentru copii:**

- Suport material, financiar, psihologic etc., familiilor, dar și copiilor care urmează a fi reintegrați.

- Refacerea treptată a legăturilor de atașament, dragoste și afecțiune între copil și părinți prin vizite reciproce, petrecerea unor perioade de timp împreună etc.

e. **Dezvoltarea unui sistem de servicii sociale înalt profesionalizate** care să realizeze o asemenea activitate complexă. Experiența de până acum a indicat faptul că suportul economic, deși foarte important, trebuie dublată asistența socială. Aceasta, în numeroase cazuri, s-a dovedit a fi factorul cheie. Cu mijloace materiale modeste, asistenții sociali au reușit să obțină succese notabile în acțiunea de prevenire a instituționalizării.

- Asistenți sociali specializați care să lucreze cu familiile. Este nevoie de o muncă complexă, adesea pe perioade lungi de timp, pentru a pregăti capacitatea unei familii de a menține copilul sau de a-l prelua din instituție. Asistenții sociali de teren au aici responsabilitatea primară, în colaborare cu asistenții sociali din maternități și/sau cei din instituțiile pentru copii pentru rezolvarea situatiilor copiilor în interesele superioare ale acestora.

- Asistenți sociali în maternități, care să depisteze mamele ce nu doresc să pastreze copilul, să le ofere o primă asistență și să coopereze cu asistenții sociali de teren, în vederea găsirii soluției care răspunde cel mai bine intereselor superioare ale copilului.

10.3 Clarificarea, simplificarea și umanizarea procedurilor de declarare a abandonului

Clarificarea și simplificarea procedurilor de abandon – pe termen scurt și mediu, iar pe termen lung – instituirea acordarii consimțământului părinților pentru o formă alternativă de ingrijire a copilului (adopție, plasament familial).

În situațiile în care părinții nu vor/nu pot/etc. să-și mențină copilul, este în interesul acestuia ca decizia pentru o formă alternativă de ingrijire să fie luată cât mai rapid cu putință, pentru a se putea planifica și organiza forma optimă de ingirijire care să răspundă nevoilor și drepturilor copilului.

Pe termen scurt și mediu:

a. Pregătirea părinților, încă înainte de nașterea copilului, cu privire la importanța declarării nașterii acestuia și a domiciliului lor, în vederea obținerii actelor de identitate ale copilului

b. Este o urgență absolută simplificarea formalităților de stabilire legală a identității copilului abandonat, de eliberare a certificatelor de naștere. Este important să se stabilească cu precizie responsabilitățile în acest proces și să se limiteze, prin lege, la 3 luni termenul maxim de stabilire legală a identității copilului. Există în momentul de față dificultăți în stabilirea statutului legal al copiilor. Acest sistem trebuie regândit în mod radical pentru a exclude situațiile confuze sau artificiale în statutul copilului. Sunt copii care nu au acte de identitate. Există copii care sunt cu ușurință declarați abandonați, fără a se investiga posibilitățile familiei biologice de a-i prelua. Există situații confuze care determină menținerea copiilor în spitale, secții de distrofici, leagăne, case de copii pentru perioade prea lungi de timp, ceea ce poate genera traume și întârzieri în dezvoltarea copiilor, dificil de recuperat.

c. Plan individual asupra perspectivelor fiecărui copil abandonat:

- Identificarea posibilităților de adopție și declanșarea unui proces rapid de adopție.

- Aranjamente provizorii: familii de plasament, așezăminte de tip familial etc.

d. O politică „agresivă" de adopții naționale:

- Stimularea cererii interne de adopție.
- Dezvoltarea unui sistem profesionist de adopție: selecționarea și pregătirea familiilor adoptive, sprijin pentru adaptarea familiilor la sarcinile de creștere a copilului, urmărirea dezvoltării copilului pe termen lung etc.
- Realizarea de adopții internaționale în interesul copilului, sub un control strict nu numai din punct de vedere juridic, ci și profesional, în vederea monitorizării adopției și a dezvoltării copilului. Acreditarea organizațiilor occidentale de adopție după criterii stabilite de standardele internaționale, care să asigure o securitate deplină pentru copiii adoptați și o informare adecvată și pe lung termen asupra dezvoltării acestor copii.

Pe termen lung:

a. Dezvoltarea sistemelor alternative de ingrijire a copiilor în familie: adopție, plasament familial de urgență, pe termen scurt, mediu și permanent și a unor forme de suport pentru copil și familie: centre de zi, creșe, grădinițe, centre familiale etc.

b. Accelerarea procesului de clarificare a situației copilului și reîntoarcerea sa în familie sau acordarea consimțământului de către părinții acestuia pentru una dintre formele de ingrijire alternative.

c. Stimularea formelor de plasament familial de urgență, pe termen scurt și mediu, ca forme temporare de ingrijire alternativă, până la găsirea unei soluții definitive pentru copil; selectarea familiilor și formarea/pregătirea lor; urmărirea continuă a evoluției copilului și a respectării standardelor de calitate a ingrijirii

10.4. Dezvoltarea formelor de adopție și plasament familial

Adopția

Adopția națională nu pare a fi făcut pași prea rapizi după evenimentele din 1989, din două motive: pe de o parte, datorită standardului de viață încă scăzut al întregii populații, iar pe de altă parte, datorită faptului că adopțiile cu greu resorb contingentele masive de copii de vârste mai înaintate care se află în instituțiile pentru copii, acumulate în timp.

Adopția se realizează în baza legii nr.11/1990 privind încuviințarea adopției, modificată și republicată prin Legea nr.48/1991, care la rândul ei a fost modificată prin legea 65/1995 și a Legii nr.47/1993 privind declararea judecătorească a abandonului de copii și a normelor juridice cuprinse în Codul familiei (care datează din 1954).

Până la apariția Legii nr.11/1990 privind încuviințarea adopției, adopția națională se realiza de către birourile de autoritate tutelară a primăriilor („Primarul conduce serviciile publice locale" și „asigură funcționarea serviciilor de stare civilă și de autoritate tutelară" - extras din Legea administrației publice locale nr. 69/1991, art. 43, lit. s), iar adopția internațională se aprobă prin decret prezidențial. După apariția Legii nr.11/1990, adopția națională intră în competența judecătoriei, iar cea internațională se realiza de către tribunal. În prezent, toate cererile pentru adopții sunt de competența tribunalului.

După 1989, ca urmare a mediatizării intense a situației în care se aflau copiii din instituțiile pentru copii din România, s-a înregistrat o creștere masivă a adopțiilor internaționale a acestora. Deoarece acest fenomen a devenit aproape imposibil de controlat, copiii regăsindu-se în unele cazuri ca obiect de trafic de bani și bunuri sau ca sursă de profit pentru intermediari, s-a hotărât înființarea unui organism guvernamental care să stopeze acest fenomen. Astfel, prin Hotărârea Guvernamentală nr. 63/1991, a fost înființat Comitetul Român pentru Adopții (CRA) „în scopul supravegherii și sprijinirii acțiunilor de ocrotire a minorilor prin adopție și al realizării coperării internaționale în această mateire" (extras din Legea 11/1990, modificată și republicată în 1991). CRA era alcătuit din reprezentanți ai următoarelor ministere: Ministerul Sănătății, Ministerul Învățământului, Secretariatul de Stat pentru Handicapați, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Justiției, Ministerul de Interne, Ministerul de Externe, Ministerul de Finanțe, Administrația publică locală, iar președintele CRA este numit de Ministerul Sănătății.

Din data de 31 ianuarie 1997 (conform HGR nr.16), Comitetul Român pentru Adopții este coordonat de Departamentul pentru Protecția Copilului – care face parte din aparatul de lucru' al Guvernului (fostul Comitet Național pentru Protecția Copilului).

În societatea românească tradițională, „a lua un copil de suflet" semnifica a adopta/a înfia un copil. Adopția s-a dovedit a fi o soluție pentru cuplurile fără copii o dată cu schimbările sociale, economice și culturale ce au avut loc în societatea noastră.

Practica obișnuită era găsirea unui copil pentru o familie, interesele superioare și nevoile copilului, evaluarea familiei doritoare să adopte, evaluarea copilului de adopție, pregătirea acestora în vederea adopției, „potrivirea" („matching") copilului cu familia care ar putea răspunde cel mai bine nevoilor copilului fiind complet necunoscute. Această practică se regăsește în mare măsură și în prezent.

Potrivit legislației, pentru a adopta un copil, familiile care doresc aceasta:

– se pot adresa instituției pentru copii
– pot adopta direct din familie
– se pot adresa CRA.

În primele două situații, procedura de adopție se reduce, practic, la întocmirea unor acte: familia care dorește să adopte un copil înregistrează cererea de adopție la Tribunal, împreună cu dosarul complet al familiei și copilului ce urmează să fie adoptat (dosarul cuprinde toate actele necesare, conform Legii nr.11/1990 și a Codului familiei). La cererea Tribunalului, se efectuează ancheta socială pentru familia de adopție și copil, de către autoritatea administrației publice locale. Tribunalul se pronunță apoi asupra încuviințării adopției.

În cazul adopției prin CRA, există o procedură internă care presupune câteva etape: familia care dorește să adopte un copil se întâlnește cu CRA (de 3 ori sau mai mult) și completează un chestionar privind motivele pentru care solicită adopția, date despre istoricul familiei, caracteristici ale personalității cuplului: CRA primește „fișa de adopție" a copilului de la instituția pentru copii, care cuprinde date medicale, legale și generale despre copil și familia biologică a acestuia; CRA selectează o familie pentru un anumit copil și îl recomandă acesteia că îl poate vizita și lua decizie cu privire la adopția sa.

Instituțiile publice nu au dezvoltat o metodologie de lucru în privința adopției, stabilită pe criterii clare pentru a răspunde cât mai bine nevoilor copiilor adoptați și care să încurajeze familiile doritoare să adopte copii, există însă unele organizații neguvernamentale românești și străine, cum ar fi Holt International Children/s Services și Bethany Social Services care utilizează niște proceduri de adopție ce se aliniază la standardele internaționale.

Aceste proceduri trebuie să aibă în vedere tot procesul de adopție și să includă etape ca:

- Evaluarea copilului ce urmează a fi adoptat.
- „Recrutarea" și evaluarea părinților de adopție.
- Aprobarea de către un Comitet de adopție (la nivel local) a familiei ce dorește să adopte un copil.
- Pregătirea/formarea familiei de adopție.
- Identificarea copiilor eligibili pentru adopție și evaluarea lor.
- Potrivirea copilului cu părinții de adopție și întâlnirile dintre aceștia în vederea cunoașterii reciproce și a creării unei legături de atașament între ei.
- Realizarea adopției și luarea copilului acasă la părinții de adopție.
- Vizitele post-adopție și evaluările necesare privind dezvoltarea copilului și calitatea ingrijirii oferite.

În condițiile înființării serviciilor sociale cu asistenți sociali profesioniști și a dezvoltării unei metodologii de lucru care să includă proceduri de adopție, este necesară și înființarea unor comitete județene de adopție , alcătuite din profesioniști (asistenți sociali, psihologi, medici, reprezentant al comunității, etc.) care să aprobe familiile doritoare să adopte copii și să realizeze potrivirea dintre copil și familie.

Aceasta ar evita preluarea în adopție a unor copii de către familii care nu au capacitatea psihică, materială și emoțională de a crește copii și apariția unor situații în care copiii sunt considerați niște obiecte ce pot fi alese pe baza unor criterii de frumusețe/drăgălășenie, după culoarea ochilor și a părului. Numai după ce s-a aprobat o familie de adopție, s-a realizat potrivirea copilului cu familia, au avut loc întâlnirile dintre copil și familia de adopție în vederea creării unor legături de atașament și s-au creat toate premisele necesare pentru preluarea acasă a copilului de către familia de adopție, se poate realiza adopția la Judecătorie.

Aceste Comitete de adopție ar trebui să funcționeze independent de autoritățile locale și serviciile sociale locale și să aibă un birou propriu de statistică, o metodologie clară de lucru și accesibilitate mare.

Pentru a încuraja adopția națională, s-ar putea acorda indemnizații lunare familiilor care adoptă copii, așa cum se procedează și în cazul plasamentului familial. Această practică este foarte mult utilizată în țări din Occident (Marea Britanie, de exemplu).

Pentru ca toate acestea să aibă loc, este necesar să se modifice corespunzător legislația în vigoare.

Plasamentul familial/încredințarea

Plasamentul familial și încredințarea sunt reglementate prin Legea nr.3/1970.

Plasamentul se realizează cu consimțământul familiei copilului de către organul de asistență teritorial (respectiv Direcția Muncii și Protecției Sociale), iar încredințarea se decide de către Comisia pentru ocrotirea minorilor și nu necesită consimțământul familiei copilului. Familia care are un copil încredințat sau în plasament familial primește lunar o alocație de întreținere sub forma unei sume fixe, indexabile.

Plasamentul familial s-a realizat și mai greu decât adopția datorită crizei economice, a crizei spațiului în cadrul locuințelor, a lipsei personalului specializat (asistenți sociali), dar și disponibilității populației.

Un studiu efectuat de IRSOP, la cererea organizației neguvernamentale Holt International Children's Services, la sfârșitul anului 1993 în București și Constanța asupra posibilității introducerii plasamentului temporar (pentru o perioadă determinată de timp) pentru copiii abandonați, arată că acesta este

posibil numai la o scară redusă și cu eforturi financiare considerabile, având în vedere dificultățile existente din punct de vedere economic și cultural în România.

Concluziile acestui studiu confirmă faptul că plasamentul și încredințarea sunt înțelese în țara noastră ca forme de preadopție, mulți dintre copiii dați în plasament sau încredințare fiind adoptați ulterior; numărul încredințărilor este mult mai mare, copiii abandonați fiind preferați pentru forma de încredințare, deoarece nu mai este necesar consimțământul părinților biologici, iar adopția se realizează mai ușor.

Metodologia de lucru pentru plasamentul familial și încredințare utilizată în instituțiile publice este deficitară din aceleași motive ca și la adopție (lipsa unor proceduri de lucru, lipsa personalului specializat, calitatea anchetelor sociale, număr redus de informații și necunoașterea detalată a familiei de plasament/încredințare,etc.).

Există organizații neguvernamentale românești și străine care au elaborat „manuale" cu proceduri de lucru pentru plasamentul familial, similare cu cele utilizate în țări din Europa de Vest și America de Nord (Holt International Children's Services, de exemplu).

Sunt însă multe semne de întrebare cu privire la modalitățile de stimulare și încurajare a familiilor de plasament familial practicate de unele dintre aceste organizații. Alocația de plasament, plătită de unele dintre acestea, este mult mai mare (de 2-5 ori) decât suma plătită de la bugetul de stat și se oferă ajutoare materiale considerabile familiei de plasament. În această situație, există două pericole:

- Părinții de plasament să fie atrași în mod deosebit de beneficiile financiare și materiale ce rezultă din luarea în plasament familial a unui copil.
- Pentru cazul multiplicării la nivel național a acestei forme alternative de îngrijire a copilului în familie, superioară din multe puncte de vedere instituției pentru copii, să nu fie posibil de realizat datorită nivelului ridicat al alocației de plasament și a celorlalte beneficii materiale oferite.

În țări din Europa de Vest și America de Nord, plasamentul familial de urgență (pentru cazul când copilul trebuie scos urgent din mediul în care trăiește, datorită pericolelor existente acolo, și pe termen scurt sau mediu – copilul stă cu familia de plasament pentru o perioadă limitată de timp, până se stabilește dacă poate fi reintegrat în familia biologică sau e necesară adopția) reprezintă soluția pentru mulți copii ale căror familii sunt în criză sau care sunt supuși abuzurilor (fizice, sexuale și psiho-afective/emoționale) în familia biologică. Aceste familii de plasament sunt pregătite cu minuțiozitate, monitorizate și evaluate periodic de asistenți sociali specializați.

- De asemenea, copiii în vârstă de până la 8 ani – în Suedia și până la 12 ani – în Marea Britanie, sunt dați în plasament familial de diferite forme: de urgență, temporar (pe termen scurt și mediu) sau permanent, în loc de a fi plasați în instituții.
- **Prima opțiune pentru îngrijirea, creșterea și dezvoltarea oricărui copil trebuie să fie familia biologică. Dacă nu este posibil ca un copil să fie îngrijit în propria sa familie, atunci ordinea opțiunilor ar trebui să țină cont de importanța creșterii și dezvoltării copilului într-un mediu care să fie permanent și să răspundă intereselor sale superioare: adopție sau plasament permanent/încredințare permanentă.**
- **Plasamentul pe termen scurt și mediu și plasarea copilului într-o instituție pentru copii constituie doar soluții temporare, numai pe o perioadă limitată de timp, până la găsirea soluției permanente pentru copil (reintegrare familială sau adopție).**

10.5 Reforma instituțiilor pentru copii

Probabil că adopția nu va putea, cel puțin într-un viitor previzibil, să absoarbă toți copiii abandonați. Plasamentul familial, cu excepția probabil a plasamentului în cadrul familiei lărgite, nu poate fi o soluție permanentă, ci doar provizorie. Aranjamentele instituționale sunt inevitabile. Deși instituțiile pentru copii au suferit o mulțime de modificări, adesea de structură, se poate afirma că a lipsit cu desăvârșire o strategie coerentă, care să aibă în vedere reforma globală a instituțiilor pentru copii și determinarea direcțiilor lor de evoluție. Din acest motiv, **dezvoltarea unui program național de reformă a instituțiilor pentru copii este imperativă.** Un asemenea program trebuie elaborat și adoptat la nivel național de către un organism guvernamental care are în responsabilitate problematica copilului. Acest program trebuie să cuprindă mai multe obiective:

1. Definirea cu claritate a misiunii instituțiilor pentru copii și schimbarea denumirii acestora în așezăminte sociale pentru copii: Centrarea instituțiilor pe nevoile de creștere și dezvoltare a copilului, intr-un cadru de viață cât mai apropiat de cel familial, înalt suportiv din punct de vedere psiho-afectiv și social, capabil să ofere copilului o identitate proprie și capacitatea de dezvoltare autonomă și responsabilă a propriei vieți. Trebuie avut în vedere ca nevoile și drepturile copiilor aflați în instituții sunt în număr mai mare decât cele ale copiilor care sunt crescuți în familie.

2. Un nou statut organizațional al instituțiilor pentru copii, bazat pe un nou mix de autoritate

locală/națională. Instituțiile pentru copii trebuie incluse în rețeaua județeană de protecție socială. Probabil că forma cea mai bună ar fi ca ele să fie subordonate direcțiilor județene de servicii sociale. Ar putea, eventual, face excepție câteva instituții înalt specializate, de tip național – școli de reeducare etc. Bugetul global, în responsabilitatea locală, va trebui să ofere posibilitatea utilizării flexibile și inovative a fondurilor în interesele superioare ale copilului, evitând rigiditățile organizaționale din instituțiile pentru copii. Este necesar ca ministerele specializate (Ministerul Sănătății, Învățământului) să-și asume responsabilități pentru componentele specializate din activitatea instituțiilor, responsabilitatea globală revenind însă instituțiilor și autorităților județene.

La nivel central este nevoie însă, să existe organisme distincte care să asigure:

- **Politica națională față de copilul separat de familie, ca parte a politicii naționale pentru asigurarea bunăstării copilului.**

- **Oferirea de resurse,** atât financiare, cât și tehnice – dezvoltarea de proceduri, competențe, suport pentru formarea personalului, difuzarea experienței.

- **Elaborarea standardelor de calitate a serviciilor oferite copilului, cu indicatori specifici și evaluarea periodică a acestora.** Pentru a asigura respectarea nevoilor și drepturilor copiilor aflați în instituții, Guvernul trebuie să stabilească un set de standarde de calitate a ingrijirii care trebuie respectate de orice instituție pentru copii, publică sau privată și indicatorii specifici de evaluare a calității serviciilor oferite copiilor.

- **Criterii de acreditare a instituțiilor pentru copii (publice sau non-guvernamentale).** În numele colectivității, statul trebuie să apere drepturile copilului, asigurând o ingrijire de calitate în orice instituție pentru copii. Sistemul de acreditare a instituțiilor, dezvoltat pentru învățământ, poate fi extins și în acest caz. Acreditarea și evaluarea periodică a instituțiilor pentru copii, de către un organism național independent, este vitală pentru asigurarea unei îngrijiri de calitate. Este necesar, de asemenea, să se stabilească și **criterii de admitere a copiilor în instituții.**

- **Unificarea instituțională:** Este nevoie ca noile instituții să preia copii cu vârste cuprinse între 0 – 18 ani, prin contopirea actualelor leagăne, case de preșcolari și casele de copii școlari. În acest fel se va produce natural demedicalizarea și deșcolarizarea instituțiilor. Îngrijirea medicală și pregătirea școlară trebuie să devină componente importante, înalt calitative, dar doar componente ale vieții copiilor instituționalizați. Asigurarea stabilității și continuității îngrijirii, ca bază a dezvoltării identității de sine a copiilor, se poate realiza prin:

* menținerea fraților și surorilor în aceeași grupă și includerea în fiecare grupă a copiilor de diferite vârste;
* pregătirea minuțioasă a copiilor care sunt admiși sau pleacă în/din instituțiile pentru copii și acordarea de sprijin practic și psiho-afectiv/emoțional prin: vizite înainte și după mutare, cunoașterea personalului și a copiilor din noul loc, permisiunea de a lua lucruri personale la plecare (păpuși etc.);
* fluctuație cât mai mică de personal la grupa de copii.

3. Elaborarea unui plan național de reformă a instituțiilor pentru copii și stimularea fiecărei instituții pentru a-și dezvolta propriul plan de reformă, conform cu standardele de calitate naționale.

Elaborarea unui plan național de reformă nu trebuie să ducă la o unificare birocratică a organizării, ci, dimpotrivă, trebuie să ofere doar un set de parametri structurali și standarde de calitate. În cadrul acestor standarde generale de calitate, este necesar să se dezvolte o multitudine de forme de organizare. Instituțiile pentru copii, create de organizațiile non-guvernamentale occidentale (de tipul satelor copiilor, de exemplu) trebuie stimulate. Unele dintre ele, chiar dacă înalt atractive, nu pot fi multiplicate datorită costurilor ridicate.

Un obiectiv deosebit ar trebui să fie stimularea dezvoltării de către comunitatea românească, utilizarea resurselor disponibile, a unor forme de îngrijire de tip familial. Acestea s-ar putea realiza prin: reducerea dimensiunilor instituțiilor pentru copii, crearea unor apartamente pentru fiecare grupă de copii în cadrul clădirilor mari și suport din partea comunității (donarea unor clădiri dezafectate, contribuții materiale și financiare, prestarea unor servicii etc.). Există deja unele experiențe în acest sens: o rețea de familii care preiau în îngrijire copii, cu suportul continuu al unor organizații non-guvernamentale, dar și al autorităților locale (cele de tipul caselor de copii dezvoltate de Asociația SOS Copiii din Santana, județul Arad). Un nou parteneriat între sistemul public și comunitate trebuie dezvoltat în această direcție. Se poate prefigura dezvoltarea unor rețele rezidențiale de familii pentru copii, care pot înlocui complet instituțiile clasice. Probabil că promovarea unor alternative familiale de tip rețea ar oferi șansa unui parteneriat organic, mergând până la dispariția diferențierii public/comunitar.

Pe baza planului național de reformă a instituțiilor pentru copii, fiecare instituție va trebui să fie sprijinită să-și elaboreze propriul plan de reformă, în colaborare cu Direcțiile județene de servicii sociale. În funcție de punctul de pornire, de resursele interne și externe, reforma instituțiilor trebuie realizată de către instituții, în direcția programului național de reformă.

Direcțiile principale ale **planului național de reformă a instituțiilor pentru copii** trebuie să cuprindă:

- **Transformarea instituțiilor în așezăminte de tip familial, apropiate de condițiile de viață ale colectivității, deschise spre comunitate.** Este esențială asigurarea permanenței în relațiile cu maturii responsabili. Organizarea pe grupe cu un număr restrâns de copii care poate facilita dezvoltarea unei atmosfere afectiv-suportive adecvate și a unor activități de tip familial: menajul (pregătirea hranei, curățenia), dezvoltarea unei îngrijiri individualizate. Trebuie încurajată deschiderea instituției spre comunitate, dezvoltarea unor relații între copiii din instituție și membrii comunității prin întâlniri de informare, vizite, acțiuni comune.

- **Dezvoltarea unui sistem intern de planificare, monitorizare și evaluare a îngrijirii.** Asigurarea calității ingrijirii poate fi realizată prin: stabilirea unor proceduri clare de lucru, evaluarea performanțelor personalului, stabilirea unor standarde de calitate, reguli precise pentru monitorizarea acestor standarde, stabilirea acțiunilor corective în cazuri de nerespectare a calității, verificări periodice ale sistemului de asigurare a calității, perfectarea periodică a acestui sistem și asigurarea unui sistem de comentarii, sugestii și plângeri din partea copiilor și a personalului.

- **Constituirea identității de sine a copilului** trebuie să reprezinte un obiectiv explicit esențial: istoria unică a copilului, materializată în lucruri personale, momente unice de viață (aniversări, momente cruciale), amintiri etc. Trebuie eradicat complet stilul închisoare/cazarmă. Este important pentru copii sa aibă acces la informațiile conținute în dosarele personale, iar prezentarea acestor informații trebuie sa fie făcută în funcție de vârsta și stadiul de dezvoltare ale copilului; este foarte important modul în care i se prezintă anumite informații despre familia lui (de exemplu, când tatăl este în închisoare). Încurajarea și sprijinirea copiilor pentru menținerea unei cărți personale „Cartea despre mine" în care se descrie istoricul vieții sale începând de la naștere; este important să se ofere copiilor informații exacte, fotografii etc.; atunci când copiii nu pot scrie, este necesar să o facă educatorii lor; copiii trebuie încurajați să ia aceste cărți cu ei când se mută din instituție. Este, de asemenea, important să se asigure confidențialitatea informațiilor cuprinse în dosarul copiilor.

- **Dezvoltarea simțului responsabilității, al proprietății și învățarea unor deprinderi de viață de către copii:**

* fiecare copil trebuie să cunoască și să înțeleagă ce se așteaptă de la el; trebuie discutate regulile instituției respective și făcute clare drepturile și obligațiile/responsabilitățile fiecărei părți;

* copiii trebuie încurajați să preia responsabilitatea igienei personale și a zonei pe care o ocupă în cadrul instituției; pentru aceasta este necesar să li se asigure: prosop individual, săpun, pieptene, pastă și periuță de dinți, haine curate, apă caldă și rece, sistem adecvat de încălzire a camerelor, băi echipate corespunzator: oglinzi, dușuri, covoare de protecție etc.

* copiii trebuie să facă treburile gospodărești în dormitor/bucătărie/camera în care stau: curățenie, măturat, spălat, pregătirea meselor, în funcție de vârsta și stadiul lor de dezvoltare; este necesar ca personalul să se asigure că aceste îndatoriri ale copiilor nu contravin drepturilor lor, transformandu-se în exploatare/abuz; copiii trebuie recompensați pentru aceste treburi gospodărești;

* sprijinirea copiilor pentru a putea învăța să cheltuiască banii într-un mod cât mai înțelept și acordarea posibilității de a face cumpărături și de a avea mici sume de bani pe care să le poată cheltui independent; copiii să meargă la cumpărături;

* îndrumarea, pregătirea și sprijinul copiilor mai mari/adolescentilor pentru preluarea responsabilității părintești mai târziu;

* pregătirea, indrumarea copiilor cu privire la pericolul pe care îl reprezintă alcoolul, fumatul și drogurile;

* pregătirea și sprijinul copiilor în probleme de sănătate (inclusiv SIDA), probleme rasiale și sexuale;

- **Introducerea de planuri individuale de îngrijire și dezvoltare.** Acestea urmează să conțină informații relevante despre copil: data admiterii în instituție; motivele admiterii; informații despre familia sa; informații despre dezvoltarea fizică, psiho-afectivă/emoțională, socială și intelectuală și opiniile specialiștilor cu privire la aceasta; religie; naționalitate; starea de sănătate; probleme de comportament; punctele tari și slabe ale copilului; ce-i place și ce-i displace; situația școlară; atitudinea sa; așteptările copilului; relațiile cu alți copii/alte. Pe această bază, prin consultarea continuă cu copilul, se va schimba progresiv direcția de dezvoltare viitoare a copilului. În aceste planuri, este necesar sa se stabilească cu precizie: care sunt nevoile prioritare ale copilului, îngrijirea necesară pentru a putea satisface aceste nevoi și dezvoltarea resurselor necesare, sarcini concrete pentru atingerea obiectivelor și îmbunătățirea situației copilului, cine este responsabil și pentru ce anume, stabilirea termenelor de realizare a obiectivelor. La întocmirea acestor planuri de îngrijire este necesar să ia parte toți cei care se ocupă de copil: asistent social, psiholog, pedagog, medic, profesor /educator, părinți etc. Planurile individuale de ingrijire și dezvoltare trebuie reexaminate și actualizate

periodic (de exemplu, la fiecare 6 luni). Este necesară dezvoltarea conceptului de **lucrător-cheie/persoană de referință**, care vor constitui persoanele ce vor răspunde de un anumit număr de copii (de regulă, 2–3 copii) pentru care ele vor fi punctele de reper în cadrul instituției. Acești lucrători-cheie ar trebui să aibă și responsabilitatea planurilor individuale de îngrijire și dezvoltare pentru copiii de care răspund.

- **Dezvoltarea și respectarea unor reguli de disciplină și control prin:** verificarea periodică a frecvenței școlare a copiilor și stimularea acestora pentru a putea atinge potențialul maxim, prin oferirea de sprijin și îndrumare, stimulare pozitivă și negativă (încurajări, laude, recompense, dar și sancțiuni ca interzicerea urmăririi unor emisiuni preferate la tv etc.);

- **Oferirea unor posibilități de a avea experiențe noi și stimularea potențialului fiecărui copil:** oferirea de spațiu corespunzător pentru relaxare: săli de gimnastică și cluburi echipate adecvat în funcție de vârsta și stadiul de dezvoltare a copiilor; plimbări în aer liber și joacă.

- **Dezvoltarea capacității copilului de alegere liberă și responsabilă a propriei vieți prin:** dezvoltarea capacităților și a oportunităților de participare a copilului la deciziile care îi afectează propria viață, mărirea spațiului de planificare liberă a vieții, diversificarea activităților în funcție de talente și opțiuni. Copiii trebuie implicați în procesul de luare a deciziilor care-i privesc, în functie de vârsta și stadiul lor de dezvoltare: acceptarea sugestiilor copiilor cu privire la diferitele componente ale programului zilnic, inclusiv la meniul zilnic (posibilitatea alegerii din cel puțin două feluri de mancare); stabilirea unui sistem de întâlniri și a unor proceduri clare de sugestii, comentarii și plângeri prin care copiii să-și poată exprima punctele de vedere etc.

- **Dezvoltarea relațiilor cu comunitatea și conștientizarea și implicarea acesteia în rezolvarea problemelor din cadrul ei:** toți copiii să meargă la grădiniță și la școală în comunitate; sprijinirea copiilor pentru a dezvolta relații cu copiii din comunitate (de la școală/grădiniță etc.) și încurajarea vizitelor reciproce, petrecerea împreună a sfârșiturilor de săptămână și a vacanțelor.

- **Programe de integrare a copiilor din instituții în viața matură:** program individual de formare profesională; suport pentru obținerea unui loc de muncă și a unei locuințe provizorii; suport pentru dezvoltarea propriei gospodării; continuitatea relațiilor cu instituția/serviciul social, cu maturii semnificativi din perioada copilăriei, ceea ce le asigură un sentiment de apartenență și suport. Este imperativă crearea unor case intermediare/de tineret care să asigure tinerilor cu vârste cuprinse între 16-18 ani, o tranziție între instituția pentru copii și viața independentă pentru o perioadă limitată de timp. Personalul din casele de tineret va fi similar cu cel din instituțiile pentru copii, însă redus, întrucât scopul acestor case de tineret este de a sprijini tinerii din instituțiile pentru copii să-și formeze acele capacități care să le permită gestionarea cu succes, în mod independent, a propriei existențe. Aceasta înseamnă: autogospodărire, contribuție financiară pe măsura posibilităților, învățarea unor deprinderi pentru viața de familie, învățarea și practicarea unei meserii etc. Deja s-au acumulat o mulțime de experiențe pozitive în acest domeniu. Un exemplu: Asociația S.O.S. Sântana, județul Arad a înființat trei astfel de case de tineret care funcționează cu succes.

4. Dezvoltarea unor servicii adresate situațiilor de criză: pentru copiii care, provizoriu, nu pot să trăiască în familiile biologice, fie pentru că aceste familii nu vor sau nu pot să le asigure condiții normale de dezvoltare, fie pentru că se constată abuzuri grave. Centrele de primire vor trebui să-și modifice complet funcțiile și probabil să se diferențieze în funcție de problemele pe care le preiau. Aceste forme instituționale trebuie să aibă o serie de funcții speciale: funcții terapeutice/recuperatorii; funcții de pregătire pentru soluțiile permanente ce trebuie găsite pentru copil, fie prin reintegrarea în familie, fie prin adopție.

Este necesar, totodată, să se introducă o serie de forme care să dezvolte simțul responsabilității părintești pentru copii. O asemenea formă ar putea fi introducerea unui sistem de contribuție financiară a părinților ai caror copii sunt admiși provizoriu într-o instituție, precum și alte obligații – de menținere a contactului cu copilul (dacă este în interesele superioare ale copilului), de participare la unele activități în folosul instituției etc.

5. Crearea de servicii de urgență capabile să intervină imediat în situații de criză. Creerea acestor servicii reprezintă o urgență absolută. Ea tebuie însă precedată de dezvoltarea unei concepții cu privire la organizarea lor.

6. Personalul instituțiilor pentru copii. Problema pesonalului trebuie reconsiderată radical și rapid.

- Structura de specialitate a personalului care lucrează în instituțiile pentru copii trebuie reconsiderată. Pentru a crea o orientare globală pe nevoile copilului și pentru a construi un sistem de viață cât mai adecvat dezvoltării propice a acestuia, este nevoie ca formarea profesională a personalului să fie specifică. Ponderea specialiștilor: asistenți sociali, psihologi, pedagogi sociali, educatori-puericultori etc. trebuie să fie predominantă. Va fi nevoie probabil de introducerea unor specializări proprii, ca de exemplu asis-

tent social rezidențial (care lucrează în instituții pentru copii), pedagog social, asistent social de teren.

- Stabilirea unui nomenclator clar al profesiilor implicate în activitatea instituțiilor pentru copii. În momentul de față există o confuzie completă din acest punct de vedere.

Există în țara noastră organizații neguvernamentale care, după 1989, au dezvoltat cursuri de diferite durate, unele împreună cu Ministerul Învățământului, Ministerul Sănătății și/sau Ministerul Muncii și Protecției Sociale, pregătind și formând personal pentru următoarele profesii:

* **Lucrător social** – curs realizat de organizația Bethany Social Services în Timișoara în cadrul Universității. Cursul are o durată de 6 luni și oferă pregătire în domeniul asistenței sociale, psihologiei, sociologiei, psihopatologiei și problemelor copilului cu nevoi speciale și legislației. Pregătirea teoretică constituie 33%, iar cea practică 67% din durata cursului. Au fost pregătiți ca lucrători sociali peste 155 de persoane până în prezent.

* **Pedagog social** – curs realizat de Fundația Pestalozzi România în București, pe lângă Școala Normală „Elena Cuza". Cursul are o durată de 2 ani și este un curs postliceal. Pedagogul social este pregatit să lucreze în case de copii, școli de reeducare, centre de primire minori, școli ajutătoare cu internat, centre de zi etc.

* **Educator-puericultor** – curs inițiat de organizația The Romanian Orphanage Trust și preluat de Școlile normale din orașele în care se desfășoară. Acest curs postliceal are o durată de 2 ani și pregătește personal calificat care poate lucra în leagănele și casele de copii (numai cu copii ce au vârste cuprinse între 0-6 ani), creșe, grădinițe, instituții pentru copii cu handicap. Cursul cuprinde 50% pregătire teoretică și 50% pregătire practică, acoperind materii ca: sănătate, educație, abilități de comunicare, studii sociale, arte creative, studii de mediu, muzică, fizioterapie.

* **Infirmier-educator** – curs inițiat de organizația World Vision, care pregătește pentru o perioadă foarte scurtă de timp personal calificat (educatori-puericultori sau infirmiere) cu scopul de a lucra în leagănele de copii.

Inițiativele și experiențele unor astfel de organizații, ca și cele ale altor organizații care au realizat metodologii și proceduri de lucru sau studii în anumite domenii sociale, pot constitui puncte de plecare pentru realizarea unor politici sociale comprehensive în domeniul copilului și familiei, înființarea unor servicii sociale competente, cursuri de pregatire intensive în domeniul asistenței sociale. Este necesară însă o unificare a sistemului de profesii.

- **Asigurarea formării de personal specializat pentru instituțiile pentru copii,** atât a persoanlului cu studii medii, cât și a celui cu studii superioare. Sunt necesare forme de dezvoltare profesională continuă. Pregătirea în domeniul îngrijirii copilului ar trebui să cuprindă: nevoile și drepturile copilului; dezvoltarea copilului; psihologia copilului; psihologie socială; practici antidiscriminatorii; joc și tehnici de stimulare; prevenirea și tratarea comportamentului antisocial; tehnici de comunicare; munca de echipă; putere și autoritate; managementul schimbării; situații de criză și rezolvarea conflictelor; investire cu putere de decizie și control asupra propriei vieți, în ceea ce privește copiii și consultarea și implicarea personalului în procesul de luare a deciziilor („empowering"); supervizare și evaluare; planuri individuale de lucru cu copilul; implicarea copiilor în planificarea, implementarea și evaluarea activităților menite să le îmbunătățească condițiile de viață; importanța menținerii legăturilor copilului cu familia, prietenii și comunitatea, în general, etc.

- **Introducerea atestării periodice** (anuală, de exemplu) a personalului în urma unor evaluări a activității desfășurate. Este nevoie ca personalului existent, care nu are calificarea necesară, dar a dobândit experiență și și-a dovedit vocația, să i se ofere posibilități speciale de formare profesională.

7. Stabilirea, la nivel național, a unei metodologii de colectare a datelor statistice referitoare la copiii din instituții și definirea clară a conceptelor și termenilor utilizați pentru aceasta.

10.6 Variabila cheie a reformei în domeniul copilului

Variabila cheie a reformei în domeniul copilului presupune dezvoltarea unei strategii guvernamentale coerente globale de asigurare a bunăstării copilului având ca punct de plecare nevoile și drepturile copilului, indiferent dacă el este în familie sau separat de aceasta.

Pentru realizarea unei asemenea strategii este nevoie de câteva precondiții:

- **Dezvoltarea unui organism guvernamental care să aibă capacitatea de a formula o asemenea strategie și autoritatea de a o implementa.**
- **Dezvoltarea rapidă a unui sistem public de servicii de asistență socială, înalt profesionalizat.**
- **Elaborarea standardelor de calitate a serviciilor oferite copiilor și stabilirea indicatorilor specifici de evaluare a calității acestor servicii.**
- **Dezvoltarea unei metodologii și a unor organisme de evaluare a calității și eficienței serviciilor oferite copiilor.**

- **Unificarea organizatorică a activităților de prevenire a abandonului și a plasarii copiilor în instituții și reintegrarea familială a copiilor aflati deja în instituții.**
- **Lichidarea actualei dependențe centrale fragmentate a instituțiilor pentru copii. Poate cu câteva excepții (instituții de nivel național), instituțiile pentru copii trebuie să fie plasate în subordinea autorităților locale, mai precis: direcțiile județene de servicii sociale. La nivel central este nevoie să se stabilească doar standardele de calitate, metodologia și procedurile de lucru, ca și supravegherea realizării acestor standarde.**
- **Unificarea informațiilor cu privire la copil, definirea conceptelor și termenilor cu care se lucrează în domeniul copilului și facilitarea comunicarii între instituțiile care oferă servicii copiilor.**
- **Dezvoltarea unor sisteme de adopții și plasament familial (de urgență, pe termen scurt, lung sau permanent), profesioniste, coordonate și supervizate.**
- **Elaborarea unei strategii nationle de reformă a instituțiilor pentru copii.**
- **Elaborarea unei politici naționale articulate de formare a personalului: stabilirea profilurilor profesionale, a modalităților și condițiilor de formare profesională și de perfecționare continuă; elaborarea de criterii profesionale de angajare care să excludă angajarea personalului fără pregătire de specialitate, inclusiv în pozițiile de conducere ale sistemului; dezvoltarea unui sistem de calificare profesională a personalului existent, ca o condiție fundamentală pentru menținerea sa.**

Notă:

În aceste ultime 3 capitole s-a renunțat la termenul de ocrotire, deoarece s-a considerat că nu este adecvat.

Conform Dicționarului explicativ al limbii române, ocrotire înseamnă acțiunea de a ocroti și rezultatul ei: apărare, protejare, sprijin, ajutor. Instituțiile pentru copii (care se numesc în prezent „instituții de ocrotire a copiilor") ar trebui să ofere copiilor mult mai mult decât ocrotire și apărare împotriva realităților vieții cotidiene; este absolut necesar ca acestea să ofere copiilor toate acele experiențe compensatorii de care au atâta nevoie pentru a recupera lipsurile și neajunsurile pe care le-au trăit, dar și noi experiențe care să-i pregătească pentru viața de adult, să-i ajute să dobândească deprinderile de viață și să-și dezvolte aptitudinile necesare pentru a putea să se susțină singuri în viitor și să-și gestioneze cu succes, în mod independent, propria viață.

PARTEA A IV-A

COPILUL ÎN SITUAȚII DE RISC

Creșterea riscurilor la care sunt expuși copiii

În primii ani ai tranziției, a crescut numărul copiilor aflați în situații de risc, fie că trăiesc în familia biologică, fie în afara ei. Explozia sărăciei este doar unul dintre riscurile la care copiii sunt supuși în această perioadă. În fapt, toate categoriile de risc au crescut în perioada de tranziție. Riscul cel mai grav îl reprezintă acela de a fi abandonați în instituții sau pur simplu pe stradă, riscul de a fi încredințați pe perioade nedeterminate unor insituții, de a fi dat în adopție pe bani unor persoane sau organizații străine într-o situație cu puține garanții sau de-a dreptul necontrolată. La acestea se adaugă riscul de a fi abuzați de propria familie sau de alte persoane, de a deveni delincvenți sau victime ale violenței și abuzurilor, riscul de a nu fi școlarizați și de a nu primi o îngrijire medicală satisfăcătoare, riscul de a se îmbolnăvi de SIDA; în cazul copiilor cu dizabilități, de a nu primi acele condiții necesare propriei lor dezvoltări; în fine, riscul de a nu crește într-un mediu familial bazat pe dragoste și suport pentru dezvoltare.

Cap.11. Abuzul asupra copilului

La 20 septembrie 1990, România a ratificat *Convenția ONU cu Privire la Drepturile Copilului.* În articolul 19 se prevede obligația statului de a proteja copiii de toate formele de abuz și neglijare. De asemenea, în articolul 34 și 36 sunt prevăzute drepturile copilului la protecție împotriva exploatării sexuale, a abuzului sexual, împotriva prostituției și a celorlalte forme de exploatare. La nivel internațional se accentuează pe ideea conform căreia copilul nu este proprietatea părinților și nici a statului, ci că el aparține sieși, sub protecția părinților săi.

11.1 Dinamica percepției și atitudinii față de abuz la nivel internațional

Din anii '60, în țările occidentale s-a dezvoltat un interes special pentru identificarea și combaterea abuzului asupra copilului. Recunoașterea dreptului suprem al copilului ca persoană umană independentă, asumarea de către colectivitate a responsabilității de a apăra respectarea drepturilor copilului chiar față de propria familie a deschis o nouă viziune asupra abuzului. Deși declanșat de mai multe decenii, procesul de dezvoltare a unor modalități de identificare a abuzului auspra copilului și a prevenirii sau tratării sale întâmpina încă mari dificultăți. Dificultatea estimării incidenței abuzului reiese din fluctuația terminologiei și a limitelor metodologice legate de conștientizarea și înregistrarea formelor de abuz. Crearea acestei noi conștiințe/responsabilități a facut ca, pe plan mondial, numărul de cazuri de abuz declarate să cunoască o adevărată explozie.

La nivel internațional, serviciile de asistență socială s-au confruntat cu creșteri masive ale cazurilor înregistrate de abuz asupra copiilor. Între anii 1974-1984 s-a estimat că 65% dintre copiii cu vârste între 18 luni și 3 ani prezintă semne de vătămare corporală recentă. În Statele Unite, Kempe (1984) arăta că „Între 1 și 2 milioane de femei au fost victimele incestului", iar în Marea Britanie 10% din 2.000 de persoane în vârstă de 15 ani și peste, au ajuns să reclame forme de abuz sexual. În Anglia și țara Galilor, numărul copiilor maltratați a crescut de la 13.800 în 1977 la 18.000 în 1983 (*Cooper & Ball*, 1993).

Abuzul asupra copilului genereaz„ traume majore din punct de vedere fizic, psihic, emoțional și social. Tensiunile intrafamiliale și lipsa atașamentului între membrii familiei vor determina apariția unor sentimente ambivalente, atât faț„ de familie cât și față de persoanele străine. Toate acestea conduc la agresivitate, izolare, pierderea noțiunii de sprijin din partea familiei și a încrederii în capacitatea acesteia de a-l proteja, apatie, neintegrare socială și compensare prin violență, delincvență și relaționare facilă cu persoane dubioase, abandon școlar și chiar părăsirea domiciliului cu neintegrare socială și profesională.

Pentru România, problema abuzului asupra copilului este nouă ca preocupare globală. Nu dispunem încă de un sistem pentru protecția copilului împotriva abuzului (definire juridică a abuzului, proceduri juridice de intervenție, stabilirea competențelor și a standardelor profesionale).

În literatura de specialitate, abuzul copilului presupune prezența a 2 elemente: vătămarea semnificativă a copilului și responsabilitatea părinților (sau a celor care au în grijă copilul) pentru această vătămare. Pentru ca să se considere abuz, este necesară prezența acestor două elemente: o vătămare foarte mică a copilului, cuplată cu o responsabilitate totală și asumată din partea familiei nu constituie abuz. Situația în care se produce o vătămare semnificativă a copilului, iar părinții nu pot fi considerați responsabili, nu constituie abuz.

În definirea noțiunii de abuz trebuie ținut cont de situația copiilor din fiecare țară, de modelul sociocultural, de indicatorii de sănătate ai populației infantile, etc.

11.2 Forme de abuz

În prezent, la nivel internațional, se operează cu următoarele forme și definiții ale abuzului:

- **Abuz fizic:** poate fi considerat „minor" atunci când se constată existența unor suprafețe de piele înroșită sau leziuni ușoare și „major", când este vorba de fracturi (craniene, ale membrelor, coastelor etc) sau arsuri. În această categorie de abuz intră: bătăi cu mâna sau orice obiect (furtun, cablu, cuțit), aplicate pe oricare parte a corpului, punerea copilului în genunchi, legarea copilului, scuturarea sau lovirea lui de un obiect, trasul de păr și de urechi, arderea sau otrăvirea lui. Este inclusă și exploatarea copilului prin supunerea la munci fizice dificile, care depășesc posibilitățile sale.
- **Abuz sexual:** se concretizează prin supuneri la practici de intruziune orală, genitală sau anală, molestare de natură sexuală, cu contact genital sau fără, exploatare sexuală, seducție, expunere la practici sexuale neconforme cu vârsta, vizionarea de materiale video cu conținut pornografic etc .
- **Abuz emoțional:** se referă la izolarea forțată a copilului (față de alți copii sau încuierea în casă, pod, pivniță etc), neacordarea suportului emoțional, terorizarea, refuzul de a ajuta copilul la solicitarea acestuia, jignirea, ridiculizarea repetată, devalorizarea, denigrarea, înfricoșarea (închiderea în încăperi întunecoase, ignorarea sentimentelor sale, umilirea sau exploatarea morală, coruperea prin învățarea sau recompensarea comportamentelor rasiste, imorale sau criminale.
- **Neglijarea** presupune deprivarea minorului de cele necesare nevoilor sale biologice, emoționale și de dezvoltare psihică.

Neglijare fizică: se referă la refuzul îngrijirii sub aspectul sănătății, la alimentația necorespunzatoare • mâncare insuficientă, lipsa mâncării gatită de casă, culcatul flamând ca urmare a unei pedepse), întarzierea în solicitările de acordare a îngrijirilor medicale în caz de îmbolnăvire, supraveghere neadecvată, alungarea în acasă, abandonul copilului.

Neglijare emoțională: presupune modalități inadecvate de comunicare cu minorul, neocrotirea față de influențe negative, orientarea spre alte activități în detrimentul celor școlare (îngrijirea fraților mai mici, munci gospodărești).

Neglijare educațională: neîncadrarea copilului într-o formă adecvată de învățământ, neglijarea nevoilor speciale de educație, lipsa de preocupare în ceea ce privește asigurarea celor necesare pentru frecventarea școlii, permiterea vagabondajului.

Sursa: Documentele ONU

11.3 Situația din România - între confuzie și lipsa cadrului legislativ

În România, abordarea problemei abuzului asupra copilului se încadrează în limitele impuse de doua premise deosebit de importante:

(Rapiditatea dezvoltării percepției și atitudinii asupra fenomenului la nivel internațional.

(Lipsa cadrului legislativ specific abuzului și, mai mult decât atât, a unei definiri clare a noțiunii de abuz, chiar și în rândul specialiștilor. Anumite patternuri culturale specifice (pudoare, frica de autorități) specifice unei culturi centrate pe adult, care conferă familiei un statut închis este de natură a frâna procesul de conștientizare colectivă a situațiilor de abuz. Copilul este adesea educat în spiritul obedienței, iar disfuncționalitățile majore ale familiei sunt trecute sub tacere.

Datele statistice referitoare la cazurile de abuz și exploatare sexuală a copilului sunt aproape inexistente fapt ce a determinat minimalizarea fenomenului. Nu există un control strict din partea statului. Abuzul sexual nu este perceput ca o problemă socială gravă. Situația devine mai dramatică din cauza absenței legilor care să permită intervenția în raportarea cazurilor de abuz familial și instituțional. Numărul real al cazurilor de abuz fizic, sexual și emoțional este necunoscut și necontrolat. Unele forme de abuz (ex. abuzul emoțional, neglijare) nu au încă o recunoaștere socială. La acestea se adaugă lipsa măsurilor de protecție a mamei și copilului care ar putea declara abuzul.

Semnalăm apariția a două studii științifice care au că obiectiv identificarea fenomenului: Guvernul României, CNPC, 1996, Exploatarea și abuzul sexual al copilului, în colaborare cu Organizatia *Salvați Copiii* și *UNICEF*; Universitatea *Babeș – Bolyai* din Cluj-Napoca, *World Vision Internațional* – România, 1996, Expunerea minorilor la abuz și neglijare în județul Cluj (coord. Traian Rotaru).

Percepția colectivă indică prezența tuturor formelor de abuz în multe școli și instituții de ocrotire a copilului, atât din partea personalului, cât și din partea altor copii. Există deja cazuri larg mediatizate de abuz În diferite instituții pentru copii. Decizia juridică și politică de interzicere a bătăi în școală trebuie reactualizată și mediatizată. Abuzul emoțional este prezent și la grupurile socio-culturale care, pe considerente filosofice și religioase, obligă copiii la practicarea unor ritualuri sau la respectarea anumitor interdicții (exemplu: neacceptarea transfuziilor de sânge, neparticiparea școlară) care restrâng și limitează drepturile copilului. Consecințele autoexcluderii copiilor provenind din aceste grupări se regăsesc în lipsa socializării, dificultăți de integrare și adaptare socio-culturală, dezvoltare unilaterală a personalității copilului, probleme de comunicare etc.

Unele organizații neguvernamentale, care lucrează în domeniul protecției copilului după 1989, au întâlnit situații de copii asupra cărora s-a comis abuz. Încercând să rezolve aceste situații, au descoperit că este, practic, imposibil deoarece lipsește legislația care să sprijine victimă abuzului și să faciliteze găsirea dovezilor. Lipsesc serviciile de asistență socială care să identifice, investigheze și să sprijine soluționarea.

Se prevede că, în viitor, datorită importanței ce se va acorda acestei probleme și a unor programe de conștientizare a populației în vederea rezolvării situației acestor copii, multe cazuri vor deveni vizibile, ceea ce nu înseamnă neapărat că fenomenul de abuz va lua amploare.

Din concluziile studiului efectuat în 1996 în județul Cluj, reiese că:

- 1 copil din 4 în judetul Cluj este expus la neglijare ce depășește media (neglijare educațională, neglijare emoțională și a stării de sănătate) sau la pedepse fizice grave.
- 4,6% din copiii intervievați au indicat diverse forme de abuz sexual ce s-au comis asupra lor, în timp ce răspunsul părinților a fost de negare în toate cazurile.
- S-a confirmat ipoteza inițială, conform căreia exista o strânsă legatură între sărăcie, greutăți materiale (care se corelează cu lipsa de respect pentru personalitatea copilului) și accentuarea fenomenului de abuz.

Din cercetare rezultă că aproximativ 28% din copiii din județul Cluj sunt expuși riscului la abuz de orice natură și că este o nevoie acută de destăinuire și sprijin a copiilor supuși unor forme de abuz sexual. Rezultatele acestui studiu constituie un semnal de alarmă cu privire la serviciile ce trebuie dezvoltate pentru prevenirea acestui fenomen, intervenția și sprijinul în vederea protecției copilului abuzat și oferirea de asistență specializată familiei acestuia.

Răspuns legislativ

Legislația românească nu operează cu termenii de abuz așa cum sunt definiți în documentele ONU și în cele ale CE, însă conținutul acestora este în cea mai mare parte acoperit de legislația penală cu referire la copilul victimă (exemplu: incest, corupție, viol, seducție) sub forme diferite și într-o concepție diferită.

Din datele statistice extrase din dosarele de cercetare aflate în evidența Direcției Poliției Criminale, reiese că au fost înregistrate în 1995, 676 cazuri de agresiune sexuală în care victimele infracțiunilor au fost minori (601 fete și 75 băieți), 119 având vârstă până la 10 ani. Violul a fost infracțiunea cu cele mai multe victime: 328 copii, adică 49,75 din cazuri, iar din acestea 218 au fost eleve. Proxenetismul (71,2%) și prostituția (67,3%) s-au referit la minore fară ocupație, iar 14,2% din cazurile de perversiuni sexuale au avut că victimă minorul; 26,5% dintre aceștia erau copii între 0–10 ani.

Analiza fenomenului infracțional sub forma abuzului sexual („*Exploatarea și abuzul sexual al copilului*", *CNPC, Salvați Copiii, UNICEF*, 1996) conduce la concluzia că această infracțiune se înregistrează la:

- Copiii care prezintă un nivel intelectual redus, naivitate, subculturalitate, școlaritate redusă sau abandon școlar, corelate cu consumul de alcool sau inhalarea de substanțe toxice volatile.
- Copiii care provin din familii monoparentale (ca urmare a divorțurilor sau separărilor în fapt) și familii care acordă foarte puțin timp copiilor lor sau chiar îi neglijează complet.

Cauze ale abuzului

Contextul socio-economic actual (sărăcia unui mare segment de populație, șomajul, proliferarea materialelor cu caracter de violență și obscen, lipsa unor alternative educative de petrecere a timpului liber pentru copii), dar și lipsa unor servicii specializate de identificare, investigare și rezolvare a acestui tip de probleme determină creșterea și răspândirea anumitor tipuri de comportament abuziv. Alte cauze ale abuzului: mediu familial promiscuu și perpetuarea modelului parental abuziv, lipsa educației și ignoranța cu privire la abuz, stresul generat de scăderea nivelului de trai, consum de alcool, boală mentală, numar mare de copii în familie, vârsta tânară a părinților, etc. Copilul face parte din categoria persoanelor cu o vulnerabilitate crescută datorită caracteristicilor specifice vârstei: ăsunt lipsiți aproape complet de posibilități fizice și psihice de apărare; capacitate redusă de autoapărare; capacitate redusă de anticipare a unor acte comportamentale proprii sau ale altora, în special ale adulților; capacitate redusă de înțelegere a efectelor, a consecințelor unor acțiuni proprii sau ale altor persoane; capacitate empatică redusă; imposibilitatea de a discerne între intențiile bune și rele ale altor persoane; nivelul înalt de sugestibilitate și al credulității; sinceritatea și puritatea sentimentelor, gândurilor și intențiilor lor" (Mitrofan, Zdrenghea, Butoi, 1994).

11.4 Posibile mecanisme de intervenție

Este necesar să fie identificate asemenea situații iar copilul să beneficieze de sprijin profesional pentru a se înlătura efectele traumatizante ale abuzului. Adultul care a comis abuzul trebuie integrat într-un program de tratament psihoterapeutic, iar copilul abuzat poate rămâne în familie, în functie de rezultatele evaluării, de forma abuzului și de amploarea acestuia. Este de preferat ca în cazul în care programul psihoterapeutic nu dă rezultate, abuzatorul să fie scos din familie. Există cazuri în care nu este necesară preluarea copilului din familie. În urma evaluării situației de către asistenții sociali, se poate lua hotarârea de „supraveghere" a familiei. În timp ce asistenții sociali vor urmări și evalua toți ceilalți factori implicați (parinți, copil, medic, asistent de ocrotire etc), familia și copilul vor beneficia de servicii de consiliere și sprijin personal.

În cazurile în care este necesară preluarea urgentă a copilului din familie, acesta este dus în așa numitele „locuri sigure" (necunoscute părinților) pentru a fi protejat de un eventual pericol.

Statisticile arată că în Anglia și țara Galilor numărul „locurilor sigure" a crescut de la 214 în 1973 la 5.726 în 1983, ceea ce presupune și o creștere a numărului de copii abuzați.

În aceste „locuri sigure", copiii pot rămâne o perioadă de timp după care sunt preluați de familia extinsă, o familie de plasament sau o casă de copii, „lucrându-se" în continuare cu ei și cu familia lor. Rolul intervenției asistenților sociali în familiile unde există riscul unui abuz asupra copilului este de a se asigura o îngrijire adecvată și sigură din partea părinților. Acolo unde acesta nu este un obiectiv care se poate realiza într-o perioadă de timp prestabilită, asistența socială intervine pentru a asigura o îngrijire de substituție pentru copil (familie extinsă; de plasament sau case de copii). Este extrem de importantă stabilirea scopului intervenției și concentrarea susținută pe problemă. Mecanismul de protecție a copilului împotriva abuzului include: serviciul de asistență socială (în prima fază identifică, evaluează și raportează abuzul organelor de poliție, iar în faza a doua consiliază familia, îndrumă spre servicii de specialitate, facilitează reintegrarea în familie sau caută familia de încredintare), poliție (intervine și sesizează procuratura), procuratura (trimite în instantă) și instanțele judecătorești (hotărăsc menținerea sau scoaterea copilului din mediul familial).

Rezolvarea problemei copiilor abuzați se realizează în țările dezvoltate printr-o cooperare strânsă, interdisciplinară între asistenți sociali, medici (pediatri, ginecologi etc), psihologi pentru copii, psihiatri, asistente de ocrotire, poliție, procuratură și instanțele judecătorești. Echipa interdisciplinară face parte din diverse departamente (servicii de asistență socială, servicii de sănătate – spitale, policlinici, dispensare, secții de poliție, etc. Competențele actorilor implicați sunt foarte clar stabilite.

11.5. Direcții de acțiune – pentru o strategie coerentă de prevenire, combatere și recuperare a copilului abuzat.

Pe fondul schimbărilor rapide, sociale și culturale, România se va confrunta în anii ce vin în mod masiv cu problema abuzului asupra copilului, care va deveni din ce în ce mai vizibilă. O strategie coerență de prevenire, combatere și recuperare a copiilor abuzați este nevoie să se dezvolte:

Introducerea în legislație a definirii legale a abuzului asupra copiului și a sancțiunilor adecvate.

- Definirea instituțiilor, competențelor și responsabilităților în intervenția în cazul situațiilor de abuz.
- Dezvoltarea de proceduri de intervenție în diferite situații.
- Formarea specialiștilor - asistenți sociali, psihologi, psihiatri, pedagogi, dar și a polițiștilor și juriștilor – care urmează a interveni în aceste situații.

Dezvoltarea unei activități de sensibilizare a colectivității la problematica abuzului asupra copilului, a consecințelor acestuia și a măsurilor de prevenire și combatere.

Dezvoltarea sistemului instituțional de suport al activității de intervenție: „case sigure", echipe de intervenție, echipe de educație a copiilor și a familiilor, de terapie. Crearea de servicii specializate, susținute legislativ, care să permită intervenția specialiștilor în astfel de cazuri.

Sistemul de asistență socială comunitară urmează a avea un rol crucial în prevenirea și intervenția în situațiile de abuz asupra copilului.

Cap.12. Copiii străzii

Copiii străzii au reprezentat una dintre cele mai şocante imagini sociale de după 1989. Dezorganizarea socială, cuplată cu explozia sărăciei a crescut numărul copiilor care trăiesc în stradă. Scăderea controlului exercitat de poliţie a făcut din copiii străzii o realitate extrem de vizibilă. Larga mediatizare a amplificat prezenţa fenomenului în conştiinţa publică.

Probabil, amploarea acestui fenomen a fost dramatizată şi de un anumit sentiment de neputinţă al colectivităţii. Larg mediatizatele acţiuni ale instituţiilor publice şi ale organizaţiilor non-guvernamentale străine şi româneşti intră într-o contradicţie flagrantă cu situaţia copiilor străzii, care nu pare a fi fost îmbunătăţită vizibil de toate aceste eforturi.

12.1 Situaţia actuală

Ambiguitatea definirii copiilor străzii. În ciuda aparenţelor, este destul de greu a defini cu exactitate contururi populaţiei de copii ai străzi. Pot fi luate în considerare următoarele trei categorii:

- Copiii străzii propriu-zişi – copiii care trăiesc permanent în stradă, fiind lipsiţi de locuinţă. Nu au nici un fel de legătură cu familia şi nici cu instituţiile de ocrotire. Ajung în această situaţie datorită destrămării familiei de origine.
- Sezonierii – se află circumstanţial în stradă. Au o legătură oarecare cu familia, la care se întorc periodic. Ajung în stradă datorită tensiunilor şi violenţei intrafamiliale. Ei reprezintă majoritatea copiilor străzii.
- Copii ai străzii ocazionali: sunt trimişi de propria familie în stradă sau merg din proprie iniţiativă.

Potrivit unei anchete realizate în martie-aprilie 1995 de către organizaţia „Salvaţi copiii" asupra a 220 de copii ai străzii din Bucureşti, reiese că 71% dintre aceşti copii provin din familii dezorganizate, 23% din casele de copii, iar 6% declară că sunt în stradă de când se ştiu.

Numărul copiilor străzii este cu mult mai mic decât o sugerează imaginea publică. Din diferite studii întreprinse de organisme interesate, inclusiv cele realizate de poliţie, se poate estima că la sfârşitul anului 1995, la nivel naţional există un număr de aproximativ 5.000 de "copii ai străzii", media pe judeţ fiind de 25–30 de copii. Există şi judeţe în care numărul lor se situează la valori ridicate cum ar fi: Iaşi –120, Galaţi – 350, Constanţa – 500, Bihor – 230 şi Neamţ – 140. Pe de altă parte, sunt şi judeţe în care fenomenul nu este prezent: Teleorman, Olt, Sălaj şi Covasna. În Bucureşti estimările sunt greu de realizat deoarece fenomenul cunoaşte o mobilitate deosebită. Cifra medie poate fi apreciată a fi de 700. Datorită scăderii nivelului de trai şi a ineficienţei sistemului de protecţie socială (implicit lipsa serviciilor de asistenţă socială) este posibilă o creştere a numărului acestora în următorii ani.

Conform evaluării medicale realizate în urma acţiunii „Labirint" desfăşurată de Poliţia Capitalei din 22–23 februarie 1996, în rândul copiilor străzii, au fost constatate următoarele tipuri de afecţiuni: sifilis, scabie, TBC, oligofreni, cazuri de însărcinate, afecţiuni cardiace, traumatisme chirurgicale, otită supurantă, etilism cronic. S-a mai evidenţiat:

- Preponderenţa băieţilor (304) faţă de fete (73), dintre care 25% provenind din alte 25 de judeţe.
- Peste 73% dintre minori provin din familii dezorganizate, cu greutăţi materiale sau cu peste 4 copii.
- Scăderea vârstei minorilor atraşi în asemenea grupuri (145 au vârsta sub 14 ani, din care 14 de vârstă preşcolară).
- Majoritatea minorilor este în postura de abandon şcolar temporar sau total;

Sursa: Direcţia Generală de Poliţie a Municipiului Bucureşti, *Notă-sinteză privind rezultatele acţiunii "Labirint" din 22-23 februarie 1996.*

Modul de viaţă

Cerşitul, furtul din pieţe, chioşcuri, etc. dar şi prestarea diferitelor servicii pentru bani, spălatul parbrizelor auto în intersecţii semaforizate, practică prostituţia, homosexualitatea repezintă modalităţile uzuale de obţinere a resurselor necesare traiului. Pentru supraviţuire sunt nevoiţi să muncească încă de la vârste foarte fragede. Sunt folosiţi la munci grele şi periculoase, inadecvate vârstei lor şi sunt retribuiţi necorespunzător muncii prestate.

Copiii străzii sunt foarte adesea obiectul exploatării economice şi sexuale. Sunt adesea exploatati

de adulți care îi trimit la cerșit, luându-le o parte din câștiguri sau care îi forțează să se prostitueze. Se semnalează de către asistenții sociali stradali ai ONG-urilor existența unei rețele de pedofili, cetățeni străini și români, care operează în rândul copiilor străzii. Dintr-o cercetare efectuată de organizația nonguvernamentală Salvați Copii, în 1996, în scopul depistării dimensiunii abuzului sexual asupra copiilor străzii reiese faptul că în 65% din cazuri (cercetare efectuată pe un lot de 32 de copii), prostituția reprezintă o importantă sursă de existență. Este mai specifică fetelor. Reprezintă o modalitate accesibilă de a-și asigura mijloacele materiale necesare vieții de zi cu zi. Violul stă, de regulă, la debutul vieți sexuale a acestor copii. Există cazuri în care violul se combină cu sechestrul. Pedofilia este întâlnită mai mult în rândul baieților, care sunt preferați de cetățenii străini. De multe ori, ea se asociază cu perversiunile sexuale și cu pornografia. Din declarațiile obținute de la copii, rezultă că, în București, există circa 50 de clienți adulți, în marea lor majoritate cetățeni străini. Aceștia dețin mai multe apartamente unde îi duc pe copii, de regulă baieți, cu care întrețin relații sexuale sau îi filmează și fotografiază întreținând relații sexuale.

Consecințele fenomenului se regăsesc atât la nivelul fiecărui copil (tulburări de comportament, îmbolnăviri, decese, abuz sexual), cât și la nivelul societății (delincvența juvenilă, creșterea analfabetismului, răspândirea bolilor venerice, inclusiv SIDA, prin practicarea prostituției, copii născuți pe stradă).

Răspunsurile colectivității

Instituțiile publice implicate (poliție, centre de primire și triere minori,etc.) dovedesc o reacție inadecvată în acest domeniu. Fenomenul ia amploare nu din lipsa interesului ci din imposibilitatea reducerii cauzelor responsabile, cât și de lipsa unui mod eficient de recuperare a copiilor din stradă. ªi aici este evidentă lipsa unei strategii la nivel național, care face ca încercările punctuale să rămână fără consecințe importante, fiind anihilate de procesele spontane de evoluție. O încercare de răspuns la problematica ridicată de acest fenomen o reprezintă activitatea ONG-urilor care abordează fenomenul din diferite perspective.

Problema nu este neaparat a eradicării totale a fenomenului copiii strazii, obiectiv care, deși foarte ambițios, nu este nerealist, ci a diminuării sale drastice. Acest lucru se încearcă prin intermediul centrelor de primire minori.

Două instituții pentru copiii străzii, înființate la inițiativa Consiliului Local al Municipiului București:

Centrul de Primire Minori Cireșarii realizează procesul de resocializare prin următoarele forme: izolarea minorului de mediul stradal și integrarea lui în programul centrului, integrarea în activități instructiv-educative, acordarea de consilierepsihosocială diferențială, formarea sau reactualizarea deprinderilor senzorial-perceptive, verbale, cognitive, motrice și prin aducerea în atenția C.O.M. de pe lângă C.L.M.B. a situației fiecărui minor cu domiciliul în București în vederea adoptării unei măsuri de ocrotire. Programele desfășurate sunt: a) programul privind optimizarea procesului de asistență psihosocială și instructiv-educativă cu caracter temporar, acordată categoriilor de minori internați în C.P.M., program ce se realizează prin colaborarea compartimentelor de psihologie-asistență socială și instructiv-educativ; b) programul privind reinserția minorilor în cadrul familial, de apartenență, prin intermediului asistentului social, precum și desfășurarea unui program de terapie familială; c) programul privind optimizarea relațiilor de colaborare dintre principalele instituții abilitate și responsabile de rezolvarea situației acestor copii.

Complexul Social de Primire Minori Pinocchio pune accent pe motivarea copiilor de a merge la școală, pe stimularea creativității, dezvoltarea unei autonomii personale și a sentimentului responsabilității, pe înțelegerea și rezolvarea problemelor și nevoilor copiilor. Programele desfășurate sunt: continuarea activităților începute în centrele Pinocchio I, II, III,prin pregătirea pentru asimilarea unor meserii de către copii, programe cultural-artistice: spectacole, film, teatru, schimburi cultural-artistice cu grupuri de copii din străinătate (grupul "Vestebre" din Copenhaga, Danemarca); stimularea creativității și motivarea copiilor prin concursuri interindividuale și intergrupale; asistență socială pentru cazurile problemă (copii cu situație necunoscută sau proveniți din familii cu probleme); asistență psihologică și medicală pentru copiii cu probleme.

Centrul Gavroche de ocrotire socială a copiilor străzii. Realizat într-un parteneriat tripartit: MMPS, Asociația EquiLibre și Salvați Copiii. Este o instituție de tiprezidențial, temporar, care oferă protecție socială complexă pentru: copiii cu comportament deviant aflați în stradă, copiii aflați în situație de risc, copiii străzii cu stagiu redus în stradă, care nu se află în cercetare penală. Are o capacitate de 35 de locuri, iar vârsta copiilor este cuprinsă între 4–14 ani. Asigură asistența medicală (pediatrie,psihiatrie,intervenție de urgență sau de durată în instituții specializate), socială (identificarea copilului, terapie educațională), juridică (reconstituirea actelor de stare civilă, recuperarea documentelor școlare); reintegrare familială (medierea întâlnirilor copilului cu menbrii familiei sale), școlară și socială, elaborarea de metode și programe de prevenție. Elaborează materiale publicitare pentru sensibilizarea opiniei publice și pentru găsirea de familii de plasament.

12.2. Direcții de acțiune – prevenire, reintegrare și programe de suport punctual ca elemente ale unei strategii naționale de eradicare totală a fenomenului

A. Prevenirea:

- Creșterea semnificativă a sprijinului economic adresat familiilor cu mulți copii, cuplat însă cu măsuri energice de responsabilizare a familiilor pentru îngrijirea copiilor.

- Dezvoltarea de servicii sociale pentru copil și familie. În primul rând este vitală aici crearea serviciilor de asistență socială care, în colaborare cu organizațiile nonguvernamentale cu experiență în domeniu să poată preveni acest fenomen și să reintegreze copiii care sunt în stradă; înființarea unui centru de consiliere în cadrul școlilor, în care să funcționeze asistenți sociali, pedagogi și psihologi și care ar putea, totodată, depista eventualele probleme cu care se confruntă copilul (abuz, neglijare, tulburări de comportament, absenteism, dificultăți de integrare școlară, etc).

- Dezvoltarea unui sistem de măsuri de protecție a copilului împotriva neglijării sau abuzului în propria familie, mergând-se până la preluarea copilului din familia care nu este capabilă să asigure o îngrijire adecvată copilului. Dezvoltarea serviciilor de asistență socială comunitara, care, pe de o parte să realizeze integrarea familială, iar pe de altă parte să identifice familiile în situație de risc de a-și trimite copilul în stradă sau care au tendința la nesupraveghere.

B. Reintegrare.

- Reintegrarea familială, fie în familie naturală, fie în familii substitut (de plasament sau chiar de adopție. Acest lucru se poate realiza însă doar printr-o activitate de asistență socială calificată a familiilor, pentru a crea capacitatea acestora de a oferi copiilor un mediu familial normal.

- Plasarea copiilor străzii, ca ultimă formă de răspuns, în instituții specializate și adecvate nevoilor lor, atunci când reintegrarea în familie nu este posibilă.

- Se impune reforma instituțiilor pentru copii, pentru a oferi acestora condiții bune de viață. O parte din copii străzii provin din instituții sau au stat o perioadă de timp într-o instituție. Pentru aceasta, în mod special este nevoie de:

* profesionalizarea personalului de îngrijire prin cursuri speciale privind nevoile copilului pe diferite grupe de vârstă;
* includerea în schema de personal a unui număr de asistenți sociali și educatori în funcție de numărul copiilor existenți în instituția respectivă (1 asistent social la un număr de 25–30 de copii). La ora actuală, asistentul social lipsește sau raportul este de 1 asistent social la peste 100 de copii.
* personalizarea serviciilor acordate și dezvoltarea unui mediu securizant. Susținerea inițiativelor copilului și dezvoltarea identității de sine și a independenței. Existența unui jurnal personal pentru fiecare copil.
* un control mai riguros al calității îngrijirii copiilor în instituții din partea ministerelor de resort. Majoritatea copiilor din instituții reclamă relele tratamente la care sunt supuși, fie din partea copiilor mai mari, fie din partea personalului de îngrijire.

C. **Programe de suport punctual** care au ca obiectiv suportul copiilor din stradă. Există experiențe foarte interesante din acest punct de vedere. De regulă însă costurile acestor programe sunt foarte ridicate, iar rezultatele sunt ușor reversibile. Apar și efecte neașteptate: perpetuarea rămânerii copiilor în stradă.

1. Îngrijire comunitară de durată

- Formarea unei rețele de instituții publice care să accepte ingrijirea (protecție, asistență medicală. locuință, hrană, școlarizare) acestor copii în schimbul serviciilor oferite (de exemplu: copii de trupă în armată, pe lângă căminele de bătrâni sau pe lângă spitale, etc).

- Formarea unor școli de meserii (ucenicia) pentru adolescenții care trăiesc în stradă (nu au familie) și care sunt motivați să-și schimbe viața și modul de trai.

Centrul Frații lui Onisim din Timișoara, acordă asistență complexă unui număr de peste 40 de copii ai străzii (cu vârsta cuprinsă între 5 și 16 ani). Personalul centrului este format din asistenți sociali, educatori, medic, psihopedagog. Se remarcă bunăstarea copiilor ce au înregistrat progrese remarcabile și, în momentul de față, se comportă ca orice copil ce a trăit cu familia sa. Principiul de bază al programului este: „fiecare copil are dreptul la o viață decentă, la educație și la un mediu de tip familial". În momentul de față, majoritatea copiilor frecventează școlile din localitate, iar cei care au depașit vârsta pentru a frecventa cursurile școlii primare sunt învățați să scrie și să citească de către educatorii din cadrul centrului. Îngrijirea medicală și reintegrarea foștilor copii ai străzii în familiile lor naturale sunt alte două aspecte importante care fac parte din activitatea desfășurată de către personalul centrului.

2. Îngrijire comunitară temporară

Scopul acestei alternative este de a asigura condiții decente de viațăpe o perioadă limitată de timp, dar și de a responsabiliza copiii pentru a-și schimba stilul de viață.

Clubul „Copiilor Străzii" din Craiova înființat în anul 1992 de catre Organizația Salvați Copiii, în colaborare cu Red Barnet – Danemarca și Comunitatea Europeană. Preluat, în mai 1993, de către Consiliul Județean Dolj. Clubul este destinat reinserției sociale a copiilor străzii din municipiul Craiova, asigurând în permanență pentru beneficiari: cazare, masă, îmbrăcăminte, igienă personală, activitați instructiv-educative și de agrement. Prin colaborare cu instituțiile sociale și educative - școli, ateliere, întreprinderi mici și mijlocii - oferă copiilor posibilități concrete de schimbare a stilului de viața, atunci cand sunt pregătiți pentru aceasta. În 1995 s-a acordat asistență (rezidențială sau în stradă) unui număr de 83 de copii luați în evidentă, dintre care: 13 copii au fost reintegrați în familia naturală, 8 copii au fost transferați în alte instituții de ocrotire, 5 copii au urmat procesul de învățământ în școli normale și ajutătoare.

Asociatia "Casa Deschisă" - centru de zi pentru copiii străzii din București între 8 și 18 ani, conceput ca o verigă situația între asistarea în stradă și centrul rezidențial. Scopul centrului este de a pregății copii pentru reintegrarea socială prin îmbunătățirea imaginii lor. Programul se desfășoară zilnic, între orele 8,30-15,30. Accentul este pus pe însușirea unor reguli educaționale de bază cât și pe pregătirea școlară. Copilul este supravegheat până în momentul în care se constată ca poate trăi complet independent. Filosofia centrului este aceea că, copilul este parte activă și responsabilă în procesul de resocializare în timp ce încă locuiește în stradă. Trebuie să fie opțiunea lor de a-și schimba modul de viață. Vin zilnic la centru, din propria voință, pastrându-și sentimentul de libertate. Se lucrează cu respect, dragoste și înțelegere față de ei, sentimente de care au fost privați în familie sau în instituțiile din care provin. Se obține cooperarea lor prin respectarea modului de viață. Atunci când se observă modificări în mentalitatea și comportamentul copilului, acesta este un caz rezolvat din punctul de vedere al Casei Deschise. Atunci și numai atunci i se oferă un loc de muncă, o locuință, un loc într-o școală sau într-un internat.

Pe aceleași principii se axează și Modelul organizației ASIS de intervenție în favoarea copiilor străzii. Accentul este pus mai mult, de această dată, pe educație și nu pe caritate. Intervenția se orientează prioritar asupra individului și mai puțin asupra grupului. Se lucrează cu adolescenți și tineri adulți pentru elaborarea și punerea în aplicare a unor proiecte personalizate care sa valorifice toate posibilitățile individului. Proiectul ține cont de motivația copilului, educatorului revenindu-i sarcina de a sfatui și sprijini. În funcție de evoluția contextului și a copilului însuși proiectul trebuie deseori reformulat și eventual modulat. S-a observat că în general motivația pentru schimbare la copiii străzii lipsește, iar atunci când există este foarte slabă și de scurtă durată. S-a început prin a motiva copilul de propriul sau corp și aspect, exigențele crescând treptat. În general filosofia ASIS de intervenție în favoarea copiilor străzii s-a conturat progresiv sprijinindu-se pe următoarele reguli: a nu confrunta viața în stradă, a nu interveni brutal (a nu lua decizii în locul copilului), a motiva pentru schimbare, a nu face nimic pentru copil ci numai împreuna cu el, cea mai proastă familie valorează mai mult decât cea mai bună instituție (instituționalizarea este soluția extremă).

Fundația Pentru Ocrotirea Copilului beneficiind de asistență tehnică și informatională oferită de UNICEF și CE-PHARE. Se colaborează și cu autoritățile responsabile: CNPC, MMPS, Primăria Capitalei, IOMC și ONG-uri cu preocupări similare. FOC a pus la dispoziție 2 centre de primire: Pigmalion (de zi) cu o capacitate de 50 de locuri și Oliver (rezidențial) - 45 de locuri. Centrul de zi este dotat cu ateliere educative și profesionale, cabinet medical, birou social, bucatărie, grupuri sanitare. Funcționează toată săptămâna între orele 9-18. Centrul rezidențial Oliver este pus la dispoziție de fundația Oliver Danemarca și funcționează permanent fiind destinat în special copiilor fără familii sau care și-au părăsit definitiv familia. Acțiunile specifice din aceste centre vizează măsuri de urgență (ajutoare alimentare, îngrijiri medicale, urmărirea adolescentelor însărcinate, igiena corporală, protecția copilului împotriva abuzurilor, violențelor sau exploatării), educative (prevenirea bolilor contagioase și educație sexuală, planificare familială, educație sanitară, alfabetizare, ucenicie în tâmplărie și mecanică) și sociale (identificarea copiilor și elaborarea unui proiect social individual, obținerea actelor de identitate pentru copii, apărarea în justiție, anchete sociale, integrări familiale, școlare sau socio-profesionale, asistență socială pentru familia în criză sau aflată în situație de risc).

Pentru controlul și reducerea fenomenului copiii străzii este necesară recunoașterea muncii în stradă și a statutului de lucrător social stradal.

Departamentul penru Protecția Copilului de pe lângă Guvern, în colaborare cu ONG-urile Salvați Copiii, ASIS și FOC desfășoară un proiect de asistență stradală pentru copiii străzii din București. Echipa de asistență socială stradală (16 asistenți sociali) se află în stradă atât ziua cât și noaptea (în zonele din București masiv populate cu copii ai străzii) menținând legatură cu acești copii pentru a le cunoaște problemele (de ordin medical și material), iar pentru cei care au rupt definitiv contactul cu familia îi ajuta să se reintegreze în familii sau în instituții specializate.

Asistenții sociali din cadrul echipei (16) desfășoară activități educative, organizează vizite la muzee, vizionari de filme, o pregătire minimă școlară și distribuie broșuri informative privind Convenția ONU pentru Drepturile Copilului. Asistenții sociali conduc copiii într-unul din centrele de zi, îi internează în centrele de primire minori, informează COM și încearcă reintegrarea școlară a acestor copii. Sunt informați în legătură cu serviciile socio-medicale și educative pe care le oferă centrele de zi sau rezidențiale (guvernamentale și nonguvernamentale). Acest proiect pleacă de la premiza că toți copii străzii prezintă un handicap social dat de absența unui cadru educativ și de problemele emoțional-comportamentale cu care se confruntă. Munca în stradă are ca obiect reducerea numărului acestora și prevenirea ori limitarea comportamentelor deviante (săvârșirea de infracțiuni, prostituția infantilă, etc), precum și sensibilizarea organelor de decizie și a opiniei publice privind urgența și necesitatea reintegrării sociale a copiilor care trăiesc pe străzi.

Pornind de la experiența acumulată, considerăm că este posibilă sintetizarea acesteia într-o strategie națională de eradicare a fenomenului copiilor străzii.

Cap.13. Copiii cu SIDA

13.1 Un fenomen exploziv: cauze și consecințe

Una dintre cele mai îngrijorătoare probleme sociale din România o constituie copii cu HIV/SIDA. Gravitatea situației nu este dată de numărul absolut al copiilor infectați, ci de lipsa șanselor și a condițiilor grele de viață cu care se confruntă familiile acestor copii. Costurile necesare tratamentului și îngrijirilor pe care le impune boala împing familiile într-o stare de sărăcie cronică ce generează tensiuni familiale, dezorganizarea familiei și chiar abandonul copilului.

La aceste probleme se mai adaugă nutriția precară, locuințe insalubre, cu număr mare de membri locuind într-o singură încăpere (5–6 persoane), stigmatizarea și discriminarea din partea comunității (școala, vecini, loc de muncă, servicii medicale teritoriale) ce determină izolarea copiilor bolnavi de SIDA și chiar molestarea fizică și morală din partea celorlalți membri ai comunității.

În perioada 1985-1989, au fost raportate OMS 43 cazuri de SIDA în România. Adevarata explozie însă, a infecției HIV/SIDA are loc după 1990, înregistrându-se, la 31 martie 1996, 3.911 cazuri (3.556 copii și 355 adulți). Trăsătura fundamentală a fenomenului este dată de faptul că 52% din cazurile de HIV/SIDA pediatrice din Europa se regăsesc în România. În perioada 1985 – 30 septembrie 1995, s-au înregistrat 1.262 de decese (1.158 cazuri copii și 104 cazuri adulți) numărul persoanelor cu SIDA rămase în viață fiind de 2.291 (2.087 copii și 204 adulti). Nu se cunoaște situația pentru 47 dintre acestea (33 copii și 14 adulți).

Sursa: Ministerul Sănătății, Comisia Națională de Statistică.

Riscul cel mai ridicat de infecție HIV se regăsește în generația copiilor născuți în perioada 1988-1989. Aceștia reprezintă vârful icebergului cunoscut din punct de vedere epidemiologic, clinic și terapeutic. Cunoașterea acestui fapt a fost posibilă prin testarea copiilor din colectivitățile închise de sugari și preșcolari - conștientizarea problemei de către pediatrii și creșterea gradului de responsabilitate al părinților care se adresează mai frecvent medicului pediatru pentru copiii lor bolnavi – contactul pacient-medic este mult mai intens.

Factorii care au determinat această situație sunt: degradarea sistemului de asistență medicală în anii regimului socialist (transfuzii cu sânge netestat HIV; injecții cu seringi incorect sterilizate), politica de nerecunoaștere și chiar negare a bolnavilor de SIDA în regimul trecut, posibilități limitate de diagnostic de laborator și studiu epidemiologic, lipsa de informare a medicilor asupra SIDA (boală și epidemie), absența problematicii SIDA din programele didactice ale facultăților de medicină (cu excepția specialității de Boli Infecțioase), lipsa educației sanitare și a informării în rândul populației în legatură cu această boală.

În prezent, numărul de cazuri nou diagnosticate de infecție HIV dobândită prin manevre medicale necorespunzatoare este în ușoară scădere față de perioada 1991–1995. În schimb, crește numărul copiilor infectați perinatal (de la mamă la copil) datorită incidenței ridicate a infecției HIV la femeile tinere, prostituției și lipsei noțiunilor elementare asupra mijloacelor de prevenire a bolii, mai ales la populația pauperă.

Numărul cazurilor HIV/SIDA înregistrate nu este relevant pentru aprecierea amplorii fenomenului. Situația este în realitate mult mai gravă, ținând cont de faptul că boala se declară la câțiva ani de la data infectării cu virusul HIV, că multe dintre persoanele infectate nu se descoperă din diferite motive, ca posibilitatile de control epidemiologic sunt incă reduse.

Se estimează că pentru fiecare persoană cu SIDA sunt infectate cu HIV între 25–100 de alte persoane. Menționăm că 60% dintre persoanele cu HIV vor avea SIDA constituit după 12–13 ani de la momentul infectării și vor supraviețui aproximativ 1–2 ani de la data diagnosticului, durata supraviețuirii depinzând de calitatea vieții, a confortului psihic, a tratamentelor și medicamentelor antivirale. Statistica reprezintă doar partea vizibilă, cunoscută și controlată a icebergului SIDA.

Tipuri de probleme/insuficiențe

Probleme sanitare:

- Cuprinderea în programele de dispensarizare pentru boli cronice a unui mare număr de copii cu SIDA pe tot cuprinsul țării, generând o suprasolicitare financiară a sistemului sanitar.
- Este necesară pregătirea medicilor, asistenților și cadrelor de laborator pentru acordarea asistenței sanitare.

- Costul medicamentelor strict specializate tuturor copiilor infectați (ex. AZT, antifungice, antivirale, antibiotice performante, etc.) este extrem de ridicat.
- Este necesară asigurarea spitalizării unui număr de cazuri agravate și urmărirrea la domiciliu a cazurilor tratate în mediul familial.

Probleme sociale:

- Necesitatea asigurării unor condiții îmbunătățite de viață și alimentație acestor copii. Deseori provin din familii dezorganizate sau cu probleme sociofinanciare grave.
- Necesitatea educării aparținătorilor acestor copii în privința măsurilor de protecție universală.

Probleme psihologice:

- Este necesară schimbarea atitudinii tuturor celor care vin în contact cu acești copii pentru a se asigura protecția lor față de discriminarea socială.
- Este necesară motivarea prin educație a personalului de îngrijire din unitățile sanitare.

13.2. Răspunsurile actuale la problemă

Confruntați cu o problemă total nouă ca filosofie, pattern epidemic, extindere, societatea românească ca și serviciile sanitare au răspuns într-un mod puțin organizat și foarte diferențiat. Politicile de protecție socială a persoanelor cu nevoi speciale nu prevăd nimic referitor la persoanele infectate cu HIV/SIDA, ceea ce se răsfrânge asupra speranței de viață a acestora, a calității vieții având influență negativă atât asupra familiilor cât și asupra comunității.

Caracteristic pentru toată legislația existentă este faptul că nu prevede nimic explicit referitor la persoanele infectate cu HIV, nu asigură protecție pentru nici una dintre nevoile reale ale persoanelor cu HIV/SIDA și ale familiilor acestora, dar copii cu infecție HIV sau bolnavi de SIDA sunt indirect și incorect incluși la prevederile Legii 53/92, eliberânduli-se un certificat de handicap.

Costul mediu pentru un copil cu infecție HIV era evaluat în perioada 1992 - 1993 la 2 milioane lei pe an și la 5,4 milioane lei pe an pentru un copil cu SIDA constituit. În țările dezvoltate costul îngrijirii medicale directe pentru o persoană care are SIDA este evaluat între 25.000 – 150.000 USD pe an (OMS, SIDA, nr. 8, 1992).

Deoarece în România epidemia a cuprins în prima etapă copii de vârsta 0–9 ani, nu s-a pus problema diminuării populației active și a concediilor medicale prelungite care să afecteze bugetul asigurărilor sociale. Probabil acesta a fost motivul pentru care problema SIDA nu este percepută în adevarata ei dimensiune de către autoritățile responsabile în domeniu.

- Ministerul Sănătății a luat în 1990 următoarele măsuri: asigurarea seringilor de unică folosință în spitale; procurarea echipamentului sanitar, AZT și alte medicamente. A elaborat o serie de ordine de uz intern care să asigure asistență medicală nediscriminatorie a bolnavilor; popularizarea măsurilor de prevenție universală mai ales la nivelul cadrelor sanitare medii prin organizare de cursuri județene în cadrul unor programe organizate în colaborare cu organizații non-guvernamentale: UNICEF, PHARE, SOROS, ACET. Efectul dupa șase ani este pozitiv: scăderea drastică a cazurilor HIV nozocomiale.
- Comisia Națională SIDA este depășită de problema. Cu excepția echipei medicale, organismele care sunt membre de drept ale comisiei nu-și fac simțită prezența.
- Ministerul Învățământului a legalizat primirea în școli a copiilor în mod nediscriminatoriu, dar aplicarea prevederilor legii întâmpină dificultăți atât în învățământul școlar cât și preșcolar.
- Secretariatul de Stat pentru Handicapați asigură accesul persoanelor infectate cu HIV/SIDA la prevederile Legii 53/92.
- Implicarea mass-media în procesul de educație împotriva SIDA a fost sporadică și neadecvată. Se accentueaza latura de scandal a problemei și nu asupra mijloacelor de prevenție. Timp de șase ani s-a mediatizat mai ales SIDA la copil și SIDA nozocomială, mass-media transmițând un mesaj neadecvat, care a diminuat și deturnat atenția societății de la pericolul real – transmiterea sexuală în rândul adulților tineri, prin raport sexual neprotejat.
- Autoritățile locale crează probleme datorită birocrației excesive în acordarea ajutorului social (cf. 67/1995) de care pot beneficia și familiile afectate de HIV/SIDA, și așa cu mult sub limita de subzistență.

13.3 Pentru un program național de protecție a copiilor cu HIV/SIDA

Strategiile ce trebuie urmate în rezolvarea acestei probleme trebuie să se desfășoare pe două direcții de acțiune. Se impune în acest context o delimitare a domeniului medical de cel social.

Prima direcție: în sfera medicală, accent pe dispensarizare și dezvoltarea de clinici (spitale) de zi.

Fundația Romanian Angel Appeal coordonează două astfel de clinici pentru copii HIV+/SIDA, la Constanța (din 1991, la Spitalul Clinic Municipal) și la București (din 1994, la Spitalul „N.Gh.Lupu", pentru care s-a primit un grant de 75 000 ECU de la PHARE). Rezultatele clinicilor de zi, după cinci ani de funcționare sunt: reducerea duratei de spitalizare și evitarea separării copilului de familie; prevenirea abandonului; asigurarea unor condiții superioare de asistență medicală; promovarea tratamentului pe cale orală, ca o alternativă a tratamentului parenteral (pe cale injectabilă), îmbunătățirea îngrijirilor medicale prin asigurarea unei pregătiri adecvate a personalului medical și de îngrijire în acest domeniu; asigurarea unei asistențe medicale care să confere un maximum de protecție, atât pentru pacient cât și pentru personal; asigurarea unei practici nondiscriminatorii, insclusiv respectarea confidențialității; creșterea responsabilității personallului medical și a pacienților. Clinicile de zi oferă o gamă largă de servicii medicale pacienților, în unități renovate, care includ cabinete de consultații și examinare. Spre deosebire de alte instituții sanitare din România în aceste unități este recunoscută eficiența serviciilor sociale. Asistenții sociali lucrează cu pacienții și cu familiile lor (în spital și comunitate) pentru identificarea nevoilor sociale și pentru stabilirea unei relații permanente între pacientul infectat HIV/familia lui, și comunitatea medicală.

Se desfășoară activitații medicale, sociale și educaționale (sistem Portage - stimularea pe arii de dezvoltare), astfel încât copilul și familia acestuia nu trebuie să stea peste noapte în spital, putându-se întoarce la domiciliu la încheierea zilei. Cele două clinici asigură îngrijiri medicale la peste 900 de copii HIV+. Evaluările programului au demonstrat ca speranța de viață a copiilor infectați HIV a crescut foarte mult (de la cateva luni la peste 5 ani) de când au fost introduse serviciile menționate. Costul mediu lunar pentru fiecare clinica de zi este echivalent cu 7.300 USD. Aceasta acoperă costul pentru echipamente medicale și educative, salariile personalului, consumabile sanitare, kiturile pentru testarea de laborator, medicamentele și hrana pacienților. Costul anual per copil este de 192 USD, sau 16 USD pe lună. Pacientul mediu se prezintă la clinică cel puțin o dată pe luna. Costul mediu al fiecarei zile de spitalizare la unul din aceste spitale este de 27 USD.

Eficiența unui spital de zi este demonstrată și recomandată la nivel național. Dată fiind concentrarea demografică a fenomenului este necesar ca în fiecare centru universitar (București, Cluj, Iași, Târgu Mureș, Craiova, Timișoara + zonele arondate fiecarui centru) și în zonele masiv afectate să funcționeze o astfel de clinică, în felul acesta serviciile medicale necesare problemelor ridicate de SIDA ar putea acoperi toate regiunile țării, răspunzând într-un mod eficient problemelor generate de această boală. În prezent există astfel de Clinici (spitale) de zi în București, Constanța, Giurgiu și o inițiativă la Craiova. Sistemul de clinici de zi permite folosirea mai eficientă a timpului de spitalizare prin monitorizarea evoluției pacienților cu ajutorul unei baze de date computerizate și a unei planificări mai eficiente a vizitelor pe care la fac pacienții la spital. La ora actuală, 60% din responsabilitatea financiară a fost preluată de către Ministerul Sănătății.

Studiile efectuate de către RAA au aratat ca sistemul de asistență medicală asigurat de clinicile de zi de la spitalele din Constanța și București reprezintă soluția optimă pentru copiii infectați cu HIV sau pentru cei cu alte boli infecțioase care nu necesită spitalizare.

A doua direcție: În sfera protecției sociale, accentul trebuie pus pe dezvoltarea sprijinului comunitar, pe creșterea responsabilității pe plan local, SIDA fiind problema întregii comunități.

Protecția socială a copiilor HIV+ nu este responsabilitatea și nici competența Ministerului Sănătății, așa cum s-a considerat în România timp de un deceniu. Problema nu trebuie neglijată, deoarece situația îmbolnăvirilor SIDA la copii în România prezintă încă o ascensiune lentă, situație deloc normală comparativ cu țările din Europa. De aceea propunem ca în ansamblul sistemului de protecție socială a copillului, fenomenului HIV/SIDA să i se acorde o atenție deosebită. Creșterea speranței de viață depinde în mod direct de calitatea vieții și a confortului psihic, de calitatea nutriției, etc. Decesul copiilor infectați reprezintă o traumă pentru familie și de aceea considerăm că este o responsabilitate legală și morală a statului nostru să dezvolte programe sociale în acest sector, în care un loc deosebit să îl constituie acordarea de ajutoare financiare substanțiale familiilor cu copii seropozitivi, deoarece asigurarea unui trai decent de viață acestor copii reprezintă pentru majoritatea familiilor o imposibilitate.

Societatea civilă românească, cu sprijinul unor agenții internaționale importante: UNICEF, USAID, SOROS, PHARE, CE au dezvoltat programe extrem de importante în acest sector. Nevoia continuării acestor experiențe dovedește pe de o parte neimplicarea statului în domeniul protecției sociale iar pe de alta parte dimensiunea și gravitatea fenomenului. Mare parte din activitatea de protecție a acestor categorii de copii este asigurata de către ONG-uri.

În sfera socială, dezvoltarea unui program național de protecție a copiilor HIV+ trebuie să cuprindă următoarele componente:

Componenta 1: asigurarea serviciilor socio-medicale tuturor familiilor afectate de această boală. Acest lucru trebuie realizat atât în clinică cât și în comunitate. Proiectele de asistență socială dezvoltate de diferite ONG-uri (Romanian Angel Appeal, Health Aid România, Holt International – cu sprijinul USAID, UNICEF etc.) în cadrul spitalelor de boli infecțioase din București, Constanța, Giurgiu, Craiova dovedesc utilitatea serviciului. Propunem dezvoltarea serviciilor de asistență socială în rețeaua sanitară și o stimulare financiară

a profesioniștilor (medici, asistenți sociali) care lucrează într-o astfel de clinică. Asistența socială asigură medierea între medic și comunitatea din care face parte clientul. În centrul acestei relații cu dublu sens sta complexul nevoilor copiilor și familiilor afectate de acest flagel (evitarea marginalizării prin integrare socială și școlară, satisfacerea nevoilor legate de nutriție, asigurarea îngrijirilor medicale de specialitate, satisfacerea nevoilor de apartenența și afecțiune, etc). Pe lângă științele medicale ce intervin în asistarea persoanelor infectate cu SIDA, se impune și implicarea științelor psihosociale, a persoanelor specilizate în servicii socio-umane: psihologi, sociologi, asistenți sociali, consilieri. Asistenții sociali care lucrează cu persoanele afectate de aceasta pandemie folosesc aceleași abilități profesionale necesare și în munca cu alte grupuri umane. Cu toate acestea, sunt esențiale cunoștințe de epidemiologie, prevenție și control, cunoștințe legislative, terapeutice. În elaborarea proiectelor de interventie individuală, de cuplu sau familială, trebuie avută în vedere percepția culturală asupra bolii. Asistentul social deține cunoștințe esențiale despre o anumită categorie de servicii și resurse psihosociale și medicale, inclusiv facilități din afara instituțiilor, organizații care au programe de ajutor pentru acești copii, grupuri de suport și organizații care oferă ajutor ambulatoriu.

Componenta 2: forme de sprijin economic pentru familiile copiilor bolnavi prin mărirea cuantumului alocațiilor de stat pentru copii și a cuantumului ajutorului de însoțitor acordat conform legii 53/90 astfel încât sumele acordate să poată acoperii măcar o parte a costului îngrijirii unui copil HIV pozitiv.

Organizația ***International Children Care*** din Canada oferă sprijin material financiar substanțial unui număr de 30 de familii din București (foarte sărace) afectate de SIDA.

Componenta 3: pentru copii seropozitivi abandonați în spitale și aflați în pragul instituționalizării se impune oferirea de alternative la instituționalizare.

Programul ***„Căsuțe de tip familial"*** dezvoltat de **Salvați copiii, Health AID România** în colaborare cu **DPC, Ministerul Învățământului, Ministerul Sănătății,** alte **ONG**-uri, funcționează din 1990, în București. Se adresează copiilor HIV+ abandonați în spitalul Colentina din București. În prezent, în căsuțe se află un număr de 37 de copii cu SIDA, abandonați în spital. Copii locuiesc împreună cu personalul de îngrijire (părinți ai casei) în cele 6 unități existente (4 în București și 2 în Snagov). Proiectul a plecat de la convingerea ca acești copii nu trebuie să trăiască în instituții spitalicești doar pe motivul că sunt purtători ai virusului HIV ci numai când starea sănătățiilor lor impune. Ei au dreptul la educație, îngrijire și dragoste părintească, la fel ca orice copil, idee reflectată de conceptul „Tender Loving Care". Acesta reprezintă un model alternativ la instituționalizare a copiilor HIV+ prin: îmbunătățirea calității condițiilor igienico-sanitare, de îngrijire și alimentație, aplicarea unui nou model de îngrijire bazat pe dragoste și tandrețe, normalizarea stilului de viață al copilului cu HIV, integrarea în comunitate a acestor copii și creșterea speranței de viață. Aceste căsuțe sunt amenajate cât mai asemănător cu o locuință în care copiii duc o viață obișnuită de familie. Personalul de care dispune fiecare dintre case este compus din mama socială și personal ajutator. Un aspect mai puțin obișnuit dar pozitiv, îl reprezintă prezența figurii tatălui în microcolectivitatea respectivă. Rolul tatălui este îndeplinit de soțul mamei sociale, fără ca acesta să facă parte din personalul angajat, sau este preluat chiar de către unul din angajați. Fiecare familie cuprinde atât băieți cât și fete, de vârste relativ diferite. Copiii înșiși sunt implicați în rezolvarea de sarcini gospodărești, după posibilitățile lor, ceea ce contribuie la coeziunea grupului și la accentuarea caracterului de familie al acestuia. Regimul alimentar al copiilor constituie o preocupare dominantă; li se asigură o hrană veritabilă, bogată în vitamine, suficientă cantitativ; ei primesc un supliment de hrană ori de câte ori li se solicită. Există o preocupare constantă din partea organizației de a contacta familiile copiilor abandonați și de a restabili legăturile afective distruse. Desfășurarea în aceste case a unui program educațional după modelul oferit de învățământul preșcolar și școlar de stat. Cursuri, seminarii și conferințe pentru formarea și perfecționarea personalului de îngrijire. Acest sistem de ocrotire reprezintă o noutate pentru România, fapt înțeles și de către Ministerul Învățământului care a preluat o parte din costurile acestuia.

Componenta 4: educație pentru sănătate și îmbunătățirea schimbului de informații între instituțiile de îngrijire, autorități locale și beneficiarii direcți ai acestor servicii. Campaniile informative pot contribui la modificarea percepției sociale și pot reduce drastic discriminarea și stigmatizarea persoanelor infectate.

În privința educației și a dezvoltării informaționale în acest domeniu, UNICEF și fundația românească *Romanian Angel Appeal* au dezvoltat în 1996, un program pe termen lung intitulat ***„Forumul Român pentru Copiii și Familiile afectate de HIV/SIDA"***, care îmbunătățește schimbul de informații și colaborarea între instituțiile naționale și internaționale implicate în acest sector, facilitează comunicarea între organizații, instituții și autorități din domeniul sănătății, educației și asistentei sociale în interesul copiilor și familiilor afectate de HIV/SIDA, încurajează proiectele comune și răspândirea standardelor în practică acestor organizații și instituții, identifică nevoile și propune priorități în ceea ce întreprinde societatea românească împotriva HIV/SIDA și promovează drepturile și opiniile copiilor infectați cu HIV/SIDA. Forumul va deveni o asociație românească de tip asociativ. Serviciile oferite sunt: publicații periodice și ocazionale (newsleter, catalog al serviciilor alternative și al resurselor); baza de date actualizată, compatibilă internațional; organizarea unor întâlniri multidisciplinare; bibliotecă și colecție video; acțiuni de mediere între reprezentanți ai societății civile și autorități; transfer de know-how și oportunități de pregătire.

Educația pentru sănătate trebuie acordată atât profesioniștilor cât și comunității.

UNICEF în colaborare cu *Health Aid România* dezvoltă un **Program de educație pentru sănătate în școlile primare din București.** Se colaborează cu M.S., M.Inv., alte ONG-uri. În prima fază s-a pus accent pe personalizarea metodelor de predare și evaluare a igienei în școală. Se asigură materiale educative (educație sexuală, abuz de droguri, aspecte ale preventiei HIV/SIDA și altor boli cu transmitere sexuală), cărți de lucru pentru copii și consultarea părinților asupra textelor manualului profesorului. Este implicată și mass-media (radio, postere educative). Proiectul se desfășoară în 10 școli din București (zone diferite și pentru grupa de vârstă 7–11 ani). Educația se face în cascadă iar unul dintre obiective este eliminarea discriminării și acceptarea în școală a copiilor HIV+.

Menționăm și *proiectul UNICEF – ACET*, desfășurat în 1994 la nivelul mai multor județe ale țării privind informarea și educarea populației în privința aspectelor complexe ale bolii SIDA. De asemenea, este notabilă apariția manualului pentru grădiniță și clasele 1–4 „*Curriculum HIV/SIDA*" editat cu sprijinul *UNICEF* și *USAID*.

Asemenea campanii informative trebuie duse de instituțiile statului (ministere, posturi de televiziune etc).

Componenta 5: primirea în școlile normale a copiilor HIV+. Inițiativele actuale de realizare a unor clase speciale numai pentru copii cu HIV/SIDA mărește pericolului de stigmatizare socială. Pentru cei cu probleme medicale și care nu pot frecventa în mod regulat școala sau din cauza riscului de infectare pe care-l prezintă prin erupții ale pielii sau răni deschise, există alternativa învățământului la domiciliu.

Componenta 6: încurajarea asumării responsabilității comunitare și individuale pentru prevenția HIV/SIDA.

Asociația Română Anti SIDA are un birou național la București și trei birouri regionale la Constanța, Piatra Neamț și Iași. Este afiliată la EUROCASO (European Council of AIDS Service Organizations) și este recunoscută de către OMS – Biroul pentru Europa, făcând parte din asociații similare din alte țări (SUA, Marea Britanie, Canada, Elveția). Beneficiază de sprijin din partea USAID, SOROS, Ambasada Canadei, Ambasada SUA, OMS.

Departamentele cele mai importante sunt: prevenire, consiliere, redactare și producere de materiale, instruire, relații cu publicul. Cele mai importante programe dezvoltate: hot-line, proiectul numelor, asistență socială, prevenire în licee și la nivel național, instruire voluntari. Activitățile desfășurate sunt: crearea de afișe și materiale informative prin studenții de la facultatea de Arhitectură și de la facultatea de Arte, spectacole cu artiști români și străini, distribuirea de materiale informative și prezervative, traducerea de filme pentru a fi folosite și difuzate pe canalele televiziunii, sesiuni de informare în școli și dispensare, campanii de vară și iarnă (educație), articole de presă și interviuri oferite mass-mediei, conferințe de presă cu diverse ocazii (Ziua Mondială SIDA) etc.

Aceste eforturi depuse de societatea civilă pentru prevenirea acestei pandemii reprezintă un argument pentru dezvoltarea unor astfel de proiecte de către instituțiile statului.

Toate componentele descrise se constituie într-un program coerent de protecție a copiilor cu HIV/SIDA. Acesta trebuie înțeles și implementat de către Guvern prin instituția sau organismul care se va ocupa de problemele legate de protecția socială a copilului și familiei.

Dezvoltarea acestuia se face necesară pe de o parte datorită consecințelor grave în plan individual, familial și comunitar ale fenomenului SIDA iar pe de alta parte datorită evoluției ascendente a cazurilor SIDA la copii, situație îngrijorătoare comparativ cu țările din Europa.

Există inițiative locale care și-au dovedit eficiența.

Strategia Comunitară din județul Constanța privind rezolvarea problemelor de asistență medicală și socială a copiilor cu infecție HIV/SIDA (program coordonat de Dr. Rodica Matusa - Spitalul Municipal Constanța).

Utilizarea diferitelor modele de supraveghere și îngrijire a copilului infectat cu virusul HIV se face în funcție de grupa din care acesta face parte (abandonat sau îngrijit în familie), de diagnosticul clinic și evolutiv, de vârsta și problemele speciale ce apar.

Supravegherea copiilor infectați HIV se face în spital sau prin vizite săptămanale în județ de către o echipă de specialiști cu experiență (medici, consilieri, asistenți sociali, educatori) în domeniu. Programul cuprinde urmatoarele elemente:

Secția de spital Boli Infecțioase SIDA

- Internări (diagnostic evolutiv, infecții acute, oportuniste, faza terminală etc.).
- Consiliere (pre și post testare, supraveghere periodică).
- Asistență Socială (informare, vizite comunitare, evidența cazuistică, colaborare cu diferite instituții și organizații).

- Educație (4 clase de gradinița din 1992, 2 clase școală – cl. I din 1995, terapie prin joc).
- Excursii recreative și educaționale (la munte, la plajă, teatrul de păpuși, delfinariu. Instruirea personalului din învățământ (educatoare, învățători, profesori) și a tuturor cadrelor medico-sanitare din județ. Întâlniri cu elevii din toate liceele din Constanța, cu studenți, personal din poliție. Periodic, articole informative și de educație în presa locală, emisiuni TV, radio – săptămânal.

Spital de zi „Floarea Soarelui"

- Funcționează din 1991 și este finanțat de către **Romanian Angel Appeal** (ONG). Își desfășoară activitatea în Spitalul Municipal și în teritoiu (Medgidia, Mangalia, Hârșova, Băneasa, Cernavodă). În felul acesta se evită ruperea copilului de familie și reducerea la câteva ore a duratei de spitalizare. Se previne instituționalizarea copilului. Modelul este mult mai ieftin, mai comod și mult mai agreabil pentru pacient.
- Aproximativ 600 de copii supravegheați.
- Servicii oferite: evaluare clinică lunară, consult clinic pentru afecțiuni acute intercurente, examen neurologic complet la 3 luni, test Denver pentru evaluarea dezvoltarii psiho-emotorii, evaluare paraclinică și de laborator, consulturi de specialitate, tratamente curative și profilactice, administrarea de imunoglobulină, AZT, asistență socială, program educațional Portage.

Casa Speranța

- Fondată de către Starcross Community/Morning Glory House, o comunitate monastică americană.
- Unitate de îngrijire de tip familial pentru copii abandonați și infectați HIV/SIDA. Funcționează din 1991 și are 30 de copii repartizați în 6 familii a câte 5 copii fiecare, la 1–2 mame. Pentru fiecare familie un apartament: dormitorul copiilor, al mamei, camera de zi, sufrageria. Bucătaria, toaleta, spălatoria, capela, locul de joacă și sălile de educație sunt comune. Copiii de vârsta școlară merg la școala normală de cartier. În Casa Speranța metoda de educație aplicată este metoda Montessori (preșcolari).
- Model ce asigură copilului abandonat dragoste, atenție, supraveghere permanentă, asistență spirituală, asistență terminală și pregătirea pentru moarte.
- Au loc excursii, vizite, teatru, cofetărie, plimbări.
- Calitatea vieții este mult îmbunătățită.
- La ora actuală, 25% din bugetul anual este pus la dispoziție de către Ministerul Sănătății, prin Spitalul Municipal, sub formă de: clădire, cheltuieli de întreținere, apă, telefon, electricitate, salubritate, salarii pentru 45% din personal, alocații de hrană și îmbrăcăminte, consumabile, asistență medicală și unele medicamente.

Alte puncte ale programului:

- *Casa de vacanță „Ștefania"* – Kogălniceanu.
- *Casa „Rachel"* – Ovidiu.
- *Hospice și Școala „Sf.Laurence"* – Cernavodă.
- *Post Cura III* Medeea.

Autoritățile în domeniu au preluat o parte din costurile acestui program.

Demn de menționat este și ***Programul Comunitar de la Craiova*** (Dr. Augustin Cupșa – Spitalul Nr.3 Craiova, Organizația Salvați Copiii, Red Barnet, alte ONG-uri).

Programul de protecție socială a copiilor HIV+ trebuie elaborat și coordonat nu de direcțiile sanitare, ci de un organism special care se ocupă de protecția copilului în ansamblu dar, experiența și competența specialiștilor în SIDA trebuie cunoscută și folosită.

CAP.14. Copiii cu dizabilități

Statele părți recunosc că pentru copiii cu dizabilități fizice și/sau mentale trebuie să asigure o viață plină și decentă în condiții care să le garanteze demnitatea, să le favorizeze autonomia și să faciliteze participarea lor activă la viața colectivității

Convenția cu privire la drepturile copilului, adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 20 noiembrie 1989, ratificată prin Legea 18/1990 de România

În întreaga lume, copilul cu dizabilități începe să fie privit ca potențial și nu ca povară. Această opinie își are reflectarea imediată atât în plan legislativ cât și în plan atitudinal, copiii fiind acceptați în societate și stimulați să participe la viața socială, ca actuali și viitori cetățeni cu drepturi depline.

Toți cei implicați în munca de sprijin a copiilor cu dizabilități, profesioniști și părinți, sunt de acord că a venit momentul ca România să se alăture țărilor care fac eforturi notabile pentru a oferi acestor copii, condiții optime de creștere și dezvoltare prin promovarea unor politici sociale care să constituie răspunsul la problemele lor, nu care să ridice probleme adiționale.

14.1. Clarificări conceptuale

Înainte de a prezenta situația copilului cu dizabilități, este nevoie de crearea unui cadru conceptual clar, care să permită înțelegerea adecvată a termenilor utilizați în acest capitol. Acești termeni au fost preluați din documentele oficiale[1] ale Organizației Mondiale a Sănătății și Organizației Națiunilor Unite, și uneori nu corespund cu cei utilizați în mod curent în țara noastră. Terminologia internațională în domeniu trebuie adoptată și la noi, pentru a elimina conotațiile negative pe care le au termeni cum ar fi „handicapat", „invalid", „retardat", termeni folosiți frecvent cu referire la copiii cu dizabilități din țara noastră.

Deficiența se poate defini ca afectarea organică și/sau funcțională a capacității naturale a unui individ de a se adapta la mediul fizic.

Dizabilitatea este afectarea la nivel acțional, personal a capacității naturale a individului de adaptare la cerințele mediului fizic și social. Dizabilitatea se poate instala în urma unei deficiențe, dar acest fapt nu este obligatoriu.

Handicapul poate fi definit ca afectarea la nivelul funcționării sociale a capacității naturale a individului de adaptare la mediul social. Handicapul este rezultatul posibil, dar nu obligatoriu al manifestării unei deficiențe și/sau dizabilități, și se datorează îngreunării interacțiunii optime dintre individ și mediul său social, apărute ca urmare a existenței unor bariere fizice, sociale și culturale care împiedică individul să aibă acces la viața socială ca orice alt cetățean. Așadar, **handicapul apare numai în relația individ-mediu social și are ca efect limitarea participării la viața socială**. Handicapul se manifestă atunci când mediul social este fie incapabil să satisfacă nevoile complexe ale unei persoane cu dizabilități, fie insensibil la aceste nevoi.

În unele țări ale lumii, raportul dintre numărul persoanelor cu handicap și cel al persoanelor cu deficiențe de diferite tipuri, este subunitar, handicapul manifestându-se la un număr mai mic de persoane, datorită programelor sociale de sprijin.

La noi în țară, același raport este aproape unitar, deoarece persoanele cu handicap trebuie să depună multe eforturi pentru a depăși obstacolele ridicate de mediul social.

În spiritul conceptelor menționate anterior mai putem defini:

Prevenția, ca ansamblu de măsuri care să preîntâmpine instalarea deficiențelor sau consecințelor acestor deficiențe fizice, psihologice și sociale sub forma dizabilității și/sau a handicapului.

De fapt prevenția, atunci când ne referim la copiii cu dizabilități ar trebui sa aibă trei componente având în vedere diferențele conceptuale pe care le-am enunțat anterior, astfel:

- prevenția apariției deficiențelor – care ține mai ales de promovarea unor programe de sănătate și educație pentru sănătate care sa vizeze atât părinții (viitorii părinți), cât și copiii, cum ar fi programe de planificare familială sau de vaccinare.
- prevenția instalării dizabilităților – care se se poate face prin programe de educație și de dezvoltare a capacităților personale ale copiilor, care au deficiențe în vederea pregătirii lor pentru viața de adult
- prevenția apariției handicapului – care se poate face prin luarea de măsuri de adaptare și sensibilizare a mediului fizic și social la nevoile generate de deficiențe și/sau dizabilități.

Cele trei tipuri de prevenție au cadre diferite de acțiune, astfel prevenția deficiențelor se face în cadrul serviciilor de sănătate publică, prevenția dizabilitaților și/sau handicapurilor se face în cadrul serviciilor de educație și a serviciilor sociale.

1 „*A Manual of Classification relating to the consecquences of diseases*". Geneva World Health Organization, 1980 Și „*United Nations Decade of Disabled Persons*", 1983–1992. *Disability: situation strategies and policies*, United Nations, 1986.

În mod voit nu am făcut referire la noțiunea de „normal" pentru a defini în contrast conceptele de handicap, deficiență sau dizabilitate. Copiii cu dizabilități nu trebuie comparați cu cei „normali" ci ar trebui să fie considerați ca și cei „normali", nevoile lor nefiind mai speciale ci doar mai complexe. Ei nu beneficiază în mod direct de pe urma introducerii în categorii cum ar fi: deficient sau handicapat, ci sunt mai întâi de toate copii cu aceleași nevoi de creștere, dezvoltare, stimulare, educare și afecțiune, ca toți ceilalți care dispun de întreg bagajul fizic și psihic, de adaptare la mediu.

14.2 Copiii cu dizabilități în timpul regimului socialist

Perioada cuprinsă între anii 1945–1989, a însemnat pentru copiii cu dizabilități și pentru părinții lor, confruntarea cu multe probleme legate de sensibilitatea redusă, manifestată de statul socialist față de situația lor.

Situația aceasta era ameliorată de asistența socială acordată până în 1969 familiei în care se găseau copii cu deficiențe, asistență care implica mai multe categorii de specialiști și care era orientată spre sprijinul material și emoțional acordat familiei în vederea creării celor mai bune condiții de creștere și dezvoltare pentru copii.

În acea perioadă se punea accentul pe formarea la copilul deficient a deprinderilor necesare desfășurării unei munci productive. Integrarea într-o astfel de muncă reprezentă integrarea socială.

Se considera că acei copiii care aveau dificultăți de învățare, medii și severe (corespunzătoare imbecililor și idioților) – nu erau educabili și recuperabili.

Dacă plasarea instituțională a copiilor fără deficiențe era făcută doar atunci când mijloacele de asistență deschisă nu se dovedeau eficiente, în cazul copiilor cu deficiențe grave și/sau multiple, aceasta era de cele mai multe ori unica alternativă.

Decizia cu privire la plasarea copiilor în instituții specializate era dată de către Autoritatea Tutelară de pe lângă comitetele executive al Sfaturilor Populare.

După anul 1969, rețeaua de servicii de asistență socială și profesia de asistent social au fost desființate. Copiii cu deficiențe în general (mai ales cei cu deficiențe medii și severe) au început să devină „materie primă" pentru instituțiile de ocrotire, **Comisiile de Ocrotire a Minorului** și **Comisiei de Diagnostic și Triaj,** a căror activitate a fost reglementată prin adoptarea Legii 3/1970 privind regimul ocrotirii unor categorii de minori.

14.2.1 Analiza Legii 3/1970 din perspectiva bunăstării copiilor cu dizabilități

Copiii deficienți constituie o categorie ocrotită de stat în condițiile Legii 3/1970 conform art.1 lit b., ei: „fiind deficienți au nevoie de o îngrijire specială ce nu le poate fi asigurată de familie".

Singura măsură de ocrotire de care puteau „beneficia" copiii deficienți, conform legii analizate, era instituționalizarea (art.5). Decizia de plasare în instituții era luată de nou înființata **Comisie pentru Ocrotirea Minorilor** (C.O.M.) la sugestia și recomandarea unor echipe de medici și a Autorității Tutelare. Ea se organiza în baza articolului 12 al Legii 3/1970 pe lângă Consiliile populare județene și al municipiului București. Printre alte atribuții, această comisie lua (și ia și în prezent) decizii cu privire la măsurile de ocrotire pentru copii deficienți, urmărea dezvoltarea minorilor față de care se luau măsurile de ocrotire – fără ca legea să precizeze cum și de către cine se face această urmărire – și examina eventualele plângeri cu privire la măsurile de ocrotire luate.

Așa cum am precizat, singura măsură de ocrotire disponibilă pentru copiii cu dizabilități era plasarea în una din următoarele instituții: *a)* leagăne pentru copii în vârstă de până la 3 ani; *b)* case de copii preșcolari (până la 7 ani) și școlari (până la 18 ani); *c)* grădinițe, școli, generale pentru deficienți recuperabili; *d)* școli profesionale și licee de specialitate pentru deficienți recuperabili; *e)* cămine-școală și cămine-atelier pentru deficienți recuperabili; *f)* cămine pentru deficienții nerecuperabili.

Probleme legate de componența și funcționarea COM:

Din perspectiva problematicii studiate, și anume a copilului cu dizabilități, C.O.M. avea ca funcție luarea deciziei de plasare a copilului într-una din instituțiile de ocrotire menționate mai sus. O astfel de decizie marca și marchează irevocabil cursul vieții unui copil și al familiei sale. Decizia era (și încă este luată) pe baza unor informații culese despre copil și familie de către personal necalificat în acest scop – ancheta socială cerută de lege fiind completată de funcționari ai autorității locale, uneori chiar prin intermediul telefonului. Ancheta socială este de cele mai multe ori o foaie de hârtie pe care sunt trecute numele și funcțiile celor care au cerut întocmirea anchetei, numele și funcția celui ce realizează ancheta , numele copilului și părinților, adresa, statutul juridic al familiei, precum și veniturile și starea locuinței. Toate aceste informații sunt cuprinse în anchetă în cazurile fericite. Se consideră că asemenea anchetă socială este suficientă pentru a oferi o imagine clară asupra condițiilor de viață ale copilului la domiciliu și asupra capacității familiei de a-l ocroti.

Ponderea cea mai semnificativă în instrumentarea luării deciziei o avea recomandarea eliberată de Comisia de Diagnostic și Triaj (pentru copii de la 3–14 ani) sau cea de Experiză a Capacității de Muncă (pentru cei de peste 14 ani).

Principala problemă era ridicată de faptul că decizia de instituționalizare era luată de persoane oficiale care cunoșteau prea puțin sau (de cele mai multe ori) chiar deloc copilul căruia îi hotărau viitorul. **Relația decident-copil era mijlocită și blocată de dosarul copilului care conținea o anchetă socială sumară și neprofesionistă și o mulțime de fișe și certificate medicale.**

Deciziile erau și din păcate încă mai sunt luate în grabă, fără a avea suficiente informații.

Părinții puteau lua parte la luarea deciziei din ședințele periodice, numai dacă comisia considera necesar acest lucru, prezența fiind obligatorie la comunicarea deciziei. Copiii deficienți erau foarte rar chemați în fața comisiei considerându-se că nu au suficient discernământ.

Părinților li se aduc la cunoștință deciziile, fără a li se explica motivația sau eventualele avantaje, dezavantaje sau consecințe ale deciziilor.

Hotărârile de plasare în instituții pot fi cu greu considerate ca fiind în interesul copilului. Nu există o modalitate eficientă de evaluare a nevoilor copilului cu dizabilități sau ale familiei sale. Chiar dacă ancheta socială conținea referiri la faptul ca instituționalizarea ar putea fi traumatizantă pentru copil, decizia era totuși instituționalizarea, neexistând alternative.

...F.M., în vârstă de 4 ani, suferă de un retard mintal ușor, locuiește cu mama și 2 frați în condiții relativ bune. Prezintă tulburări de comportament. Are o puternică legătură cu mama, fiindu-i teamă de despărțirea de aceasta.

...C.O.M. recomandă plasarea în ocrotirea casei de copii preșcolari și vizite bilunare...

(extras din dosarul F.M., anul 1984)

În foarte multe cazuri informațiile despre copil nu făceau (și nu fac nici în prezent) referire decât la deficiențe, incapacități, limitări, fără a prezenta **potențialul de dezvoltare al copilului.**

Comisia de Diagnostic și Triaj (C.D.T.) oferea și oferă și în prezent ponderea cea mai mare a informațiilor despre copiii cu dizabilități, care instrumentau deciziile de ocrotire date de C.O.M.

C.D.T. funcționau (și funcționează) în baza Deciziei nr. 6/1968 dată de Ministerul Sănătății. Atribuțiile comisiei organizate pe lângă Inspectoratele Sanitare Județene și ale Municipiului București erau descrise în îndrumările Comisiei Centrale pentru Ocrotirea Minorului privind aplicarea Legii 3/1970, și constă în:

- Stabilirea gradului și tipului deficienței pentru minorii în vârstă de până la 14 ani care suferă de deficiențe psihice, fizice și senzoriale și care nu pot fi îngrijiți în familie.
- Stabilirea tipului de unitate de ocrotire în care minorul să fie plasat, dacă este necesar.

Comisiile de Diagnostic și Triaj erau formate din medici: pediatri, de neuropsihiatrie infantilă, ortopedie, oftalmologi, ORL și uneori psihologi. Ele aveau practic scopul de a tria[2] minorii deficienți și de a-i încadra în trei categorii: recuperabili, parțial recuperabili și nerecuperabili.

Copiii considerați de C.D.T. recuperabili și parțial recuperabili erau îndrumați spre unități de învățământ deschise sau cu regim de internat.

Până în 1989 s-au construit numeroase instituții, marea majoritate fiind plasate la periferia localităților, în izolare aproape completă de comunitate și la mare distanță de domiciliul copiilor. Condițiile de viață erau la limita promiscuității. Locurile erau improprii și murdare, lipsite de facilități igienico-sanitare. Personalul era insuficient și necalificat. Rația zilnică de alimente a copiilor era redusă la o treime din rația optimă (700–800 calorii față de 2400 calorii care reprezintă necesarul zilnic al unui copil.)[3]. Condițiile erau cu atât mai vitrege cu cât „beneficiarii" instituțiilor sufereau de deficiențe care îi introduceau în categoria „copiilor irecuperabili", incapabili de apreciat vreunci care să îi facă utili societății.

2 Cuvântul triaj provine din limba franceză semnificând „a sorta pe 3 categorii".
3 Vezi *Asistența socială în România*, Editura Institutului Biblic, București, 1992, p.22.

Copiii considerați nerecuperabili erau plasați în astfel de instituții permanente cu regim închis, căminele-spital, în număr de 28, asigurând 4.000 de locuri pentru copii cu handicapuri multiple.

Copii „nerecuperabili" și „needucabili" nu erau educați în cadrul acestor instituții, din mai multe cauze: lipsa de preocupare a personalului, calificarea insuficientă sau inexistentă a personalului, numărul insuficient de personal de îngrijire și educare, facilități educaționale inexistente.

Uneori, în căminul-spital cele mai calificate erau surorile medicale.

Pentru copiii nerecuperabili rămași în familii nu există nici o formă de educație la domiciliu, pentru aceștia singurii educatori rămâneau părinții, care erau doar sporadic ajutați de profesioniști. Părinții erau singuri în fața greutăților creșterii unui copil cu dizabilități, ei preferau uneori să țină secret deficiența copilului (sau chiar copilul) de teama plasării acestuia în instituțiile de ocrotire sau de teama de stigmatizare a comunității.

Din interviurile realizate cu circa 20 de părinți ai căror copiii aveau deficiențe psihomotorii dobândite la naștere sau până la împlinirea vârstei de doi ani, înainte de 1989, au reieșit următoarele:

- Vestea legată de deficiența copiilor le fusese împărtășită de medic.
- Medicii au susținut de la început că deficiența este irecuperabilă, că nu vor fi niciodată „normali", deci ar fi mai bine să îi plaseze în căminul spital.

Părinții au hotărât să își asume integral responsabilitatea creșterii și educării copiilor, unii reușind chiar să-i învețe pe copii să meargă și să vorbească, performanțe considerate imposibile de către medici. La împlinirea vârstei școlare au încercat obținerea accesului pentru copii în școlile ajutătoare, dar accesul le-a fost refuzat din diferite motive.

Preocuparea acestor părinți se leagă mai ales de viitor, ei reprezentând singurul sprijin al copiilor.

Copii recuperabili, cu deficiențe senzoriale sau motorii de severitate medie, urmau școlile generale, sau căminele-școală până la absolvirea învățământului obligatoriu (art.7, alin.1). În școlile ajutătoare copiii învățau după programe adaptate cu personal calificat.

Conform aliniatului 4 al aceluiași articol, minorul nerecuperabil rămânea în căminul pentru deficienți până la majorat.

Concluzii:

- În perioada 1945-1989, copiii cu dizabilități nu au constituit o categorie de interes pentru statul socialist. Apariția unui copil cu dizabilități într-o familie era considerată un eveniment negativ, familia fiind încurajată să apeleze la instituții pentru îngrijirea copilului. Această decizie era întărită de Legea 3/1970, care prevedea măsura instituțională pentru copii cu deficiențe care nu puteau fi ocrotiți în familie.
- Familia nu era sprijinită nici material, nici prin servicii adecvate nevoilor sale și ale copilului.
- Copilul deficient era considerat mai întâi deficient și de abia apoi copil.
- Medicalizarea abordării problematicii acestor copii a condus la inducerea unui handicap sever la un număr foarte mare de copii, care în condițiile unei stimulări și îngrijiri adecvate s-ar fi putut dezvolta achiziționând, deprinderi care să-i facă autonomi.
- Pe lângă nevoile medicale și educative inadecvat satisfăcute, sunt de menționat nevoile afective aproape ignorate. Insatisfacerea nevoilor afective la copii, în general, și la cei cu dizabilități, în special, duce la retard în dezvoltarea psihosomatică, retard care se adaugă la cel funcțional, datorat deficienței.
- Situația s-a agravat după desființarea profesiilor de asistent social, psiholog, sociolog.

Rezultatul:

Copiii cu dizabilități au devenit social-invizibili, opinia publică fiind șocată după 1980, la aflarea numărului mare de copii care trăiau în instituții în condiții mizere. Astfel, în 1990, situația copiilor cu deficiențe instituționalizați, era următoarea:

- În căminele spital pentru minori se aflau 3.354 de copii (în prezent în 26 de cămine-spital se afla 3.965 de copiii cu deficiențe severe. (Sursa: Secretariatul de Stat pentru Handicapați).
- În căminele-atelier se aflau 594 de copii.
- În căminele-școală se aflau 2.971 de copii.

Așa cum se observă din date, ponderea cea mai mare din totalul copiilor instituționalizați în regim rezidențial o ocupau copiii din căminele-spital, adică cei considerați nerecuperabili.

- S-a dezvoltat mentalitatea că acești copii nu pot fi utili și nu pot achiziționa deprinderi și cunoștințe care să-i facă demni de atenția societății, că ei nu sunt decât copii bolnavi, nevoile medicale primând celor de educație și de afecțiune.
- România încălca astfel, flagrant, dreptul copiilor cu dizabilități la viață, la a crește și a nu fi despărțiți de părinți, la educație și la un trai decent.

14.3. Situația copiilor cu dizabilități, după 1989

14.3.1.Cadrul general

În cei șapte ani de la revoluție, numărul de copii cu dizabilități nu s-a modificat foarte mult. La ora actuală, majoritatea instituțiilor rezidențiale și semirezidențiale pentru copiii cu dizabilități sunt ocupate la întreaga capacitate. Nu a scăzut numărul de copii instituționalizați. Se înregistrează în schimb progrese notabile în activitatea unităților de învățământ special și de masă care vizează educația copiilor cu dizabilități.

Mediul în care cresc acești copii ridică nenumărate bariere în calea lor, de aceea majoritatea copiilor cu dizabilități trebuie să facă față handicapurilor de tot felul.

Dacă numărul copiilor cu dizabilități nu s-a schimbat pe ansamblu, nu același lucru putem spune și despre calitatea vieții acestora. S-au făcut eforturi de către stat pentru a îmbunătăți condițiile de viață în instituțiile rezidențiale, alocând fonduri pentru reparații și igienizări, mărind bugetele pentru alimente, echipament individual, transport, destinate copiilor instituționalizați, încă din 1990, prin Decretul Lege nr. 138. De asemenea a crescut numărul de personal. Eforturile acestea însă nu au fost dublate de îmbunătățirea atitudinii față de nevoile de afecțiune, stimulare și pregătire pentru viața independentă pe care le au acești copii.

Copiii din familii au beneficiat de prevederile unei legi de protecție, dar mai ales de activitatea unor organizații non-guvernamentale inițiate de părinți.

Copiii cu dizabilități au încă multe nevoi nesatisfăcute. Satisfacerea acestor nevoi nu trebuie să-i excludă pe părinți. Copiii au nevoie, mai întâi de toate, să fie tratați ca și orice alt copil, ei au nevoie de servicii complete atât medicale cât și educative și sociale. Nici una din aceste nevoi nu are o pondere mai mare decât celelalte, copilul fiind o ființă complexă, nu o listă de diagnostice, deficiențe și incapacități.

14.3.2. Cadrul legislativ

Modificările de atitudine publică față de problemele persoanelor cu dizabilități au fost urmate și susținute de modificări legislative care au dat substanță și structură efortului de a schimba ceva în viața acestor oameni.

Recunoașterea existenței persoanelor cu dizabilități și a nevoilor lor, precum și a responsabilității statului pentru bunăstarea lor, a venit o dată cu adoptarea Constituției, în 1992:

> Persoanele handicapate se bucură de protecție specială. Statul asigură realizarea unei politici naționale de prevenire, de tratament, de readaptare, de învățământ, de instruire și de integrare socială a handicapaților, respectând drepturile și îndatoririle ce revin părinților și tutorilor.
>
> *Art.46, Constituția României*

În acest articol se recunoaște oficial (în mod mai degrabă sugerat) că părinții și familia sunt mediul propice de viață a persoanelor handicapate, se recunoaște nevoia unor politici coerente și țintite, de îmbunătățire a calității vieții acestor persoane.

Modificarea cea mai drastică a peisajului legislativ destinat persoanelor cu dizabilități, a fost adusă de adoptarea, în 1992, a Legii 53 privind protecția specială a persoanelor handicapate. Această lege constituie un început, dar după cum vom evidenția în continuare nu este suficientă, **oferind prea puține șanse de deschidere și de sensibilizare a mediului la nevoile persoanelor cu dizabilități.** Din textul legii lipsesc acele noțiuni care să sporească gradul de independență al persoanelor cu handicap, noțiuni care să le dea o șansă la viață demnă.

Analiza prevederilor Legii 53/1992 și recomandări de modificare

Această analiză este făcută din perspectiva nevoilor și intereselor copiilor cu dizabilități și a gradului de acoperire a acestor nevoi de către lege, referindu-ne atât la copiii din familii, cât și la cei din instituții.

Legea este o reflectare directă a situației politice și economice din momentul adoptării sale. Intenția a fost aceea de a oferi reparații unei categorii extrem de defavorizate, dar influența atitudinii dinainte de 1989 față de persoana handicapată și-a pus totuși amprenta pe întreg textul legislativ.

Articolul cel mai controversat al legii[4] este chiar **articolul 1, alin. 1.**

> Persoane handicapate, în înțelesul prezentei legi, sunt acele persoane care datorită unor deficiențe senzoriale, fizice sau mintale nu se pot integra, total sau parțial, temporar sau permanent, prin propriile lor posibilități, în viața socială și profesională, necesitând măsuri de protecție specială.

4. Vezi: *Evaluare asupra aplicării Legii 53/1992 privind protecția specială a persoanelor handicapate*, editată de Asociația de sprijin a copiilor handicapați fizic – România, p.4.

Această definiție:

- Face parte din acele definiții ale handicapului, care **pun accentul pe incapacitatea persoanei de a se adapta la mediu și mai puțin pe mediul care produce handicapul prin neadaptarea la nevoile persoanei cu dizabilități**, așa cum prevede definiția OMS dată în 1982 handicapului.
- **Conservă conotațiile negative** ale conceptului de persoană handicapată și stigmatizează persoanele din această categorie.
- Sugerează că **responsabilitatea compensării handicapului ar trebui să revină integral individului**. Bunăstarea dată de integrarea în viața socială și profesională, cade în sarcina efortului personal de adaptare la cererea și oferta mediului*, **nu servește interesul grupului-țintă, menționat prin formularea ei, de aceea ar trebui modificată în conformitate cu documentele OMS și ONU, dar mai ales în conformitate cu nevoia persoanelor cu dizabilități de a fi percepute ca persoane active, care pot decide și pot duce o viață independentă în măsura în care efortul mediului social vine în întâmpinarea efortului individual**.

Sugerăm următoarea definiție: *<<Persoane cu handicap sunt copiii sau adulții care datorită unor deficiențe senzoriale, fizice sau mintale și/sau a unor bariere fizice, morale, sociale, economice, tehnologice din mediu, nu pot participa temporar, parțial sau permanent la viața socială și profesională, necesitând măsuri de sprijin specifice.>>*

Handicapul nu este un atribut al unei persoane, ci al relației individului cu mediul, și acest fapt trebuie bine precizat.

Aliniatul 2 al aceluiași articol reglementează încadrarea într-o categorie de persoane handicapate în scopul stabilirii eligibilității pentru formele de soport prevăzute de lege. Conform legii, încadrarea copiilor se face prin intermediul acelorași C.D.T. pentru copiii de până la 14 ani și prin Comisiile de Expertiză a Capacității de Muncă, pentru cei cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani, **păstrându-se astfel abordarea medicalizată a problematicii copilului cu dizabilități.**

Handicapul și dizabilitatea nu sunt boli ci sunt consecințe posibile ale unor boli, de aceea nu medicii comisiei de diagnostic și triaj ar trebui să stabilească gradul handicapului. Așa cum am mai precizat, **abordarea exclusiv sau preponderent medicală nu este în interesul copiilor și nu îi satisface nevoile decât parțial.**

Din textul legii **se poate observa că se păstrează în continuare triajul copiilor,** ei vor fi împărțiți în: **handicapat de gradul I** – corespunzător handicapului sever, **handicapat de gradul II** – handicap moderat, și **handicapat de gradul III** – corespunzător handicapului ușor, din punct de vedere fizic, mintal, auditiv și vizual (tabelul 14.1).

Tabelul 14.1

Repartizarea copiilor cu dizabilități pe grade și tipuri de handicap

Tip handicap	Total	Handicap grad I	Handicap grad II	Handicap grad III
Total	43476	18124	14733	10619
Fizic	18441	7648	6848	3945
Mintal	20922	9658	6544	4720
Auditiv	2178	283	681	1214
Vizual	1935	535	660	740

Sursa: Secretariatul de Stat pentru Handicapați, 1996.

După cum se observă în tabelul 14.1, majoritatea copiilor care au certificat de handicapat o reprezintă copiii cu deficențe mintale. O concluzie logică ar fi că tocmai această categorie trebuie să beneficieze de servicii de sprijin adecvate nevoilor, cum ar fi centre de zi, programe de recuperare, programe de îngrijire temporară specializată în afara familiei (serviciu cunoscut în terminologia anglo-saxonă sub numele de respite care), pentru a oferi perioade de respiro părinților. Problema este că astfel de servicii sunt oferite sporadic și uneori după criterii subiective datorită faptului ca sunt organizate cu predilecție de către organizațiile non-guvernamentale care condiționează accesul copiilor la servicii de calitatea de membru al organizației.

Certificatul de handicapat, eliberat în urma trierii, asigură eligibilitatea copilului pentru una din formele de protecție socială. În mod obișnuit certificatul are valabilitate pe un an și trebuie reînoit după această perioadă.

Părinții nu au acces la modul în care se face încadrarea sau la informații privind bolile și deficiențele care încadrează copilul într-un anume grad de handicap. De multe ori ei sunt nesatisfăcuți de deciziile luate, dar nu le contestă.

Întrebările ridicate de acest certificat de handicapat sunt următoarele:

- Căror nevoi ale copilului servește acest certificat, cum reduce certificatul handicapul, având în vedere faptul că nu conține o evaluare a nevoilor și a modalităților de satisfacere a acestora, ci doar un diagnostic și eventual precizarea coeficientului de inteligență?
- Ce informații conține certificatul despre potențialul de creștere și dezvoltare a copilului sub toate aspectele sale?
- Ce precizări face certificatul cu referire la nevoile familiei în care crește copilul și de îngrjirea căreia depinde creșterea și dezvoltarea lui.?

Pentru viitor, **sugerăm** următoarele în legătură cu stabilirea eligibilității copilului cu dizabilități pentru diferite forme de sprijin:

Este nevoie ca certificatul să fie înlocuit cu o **fișă de evaluare și/sau declarare a nevoilor,** care să fie o **recunoaștere formală** a nevoilor complexe ale unui copil ce suferă de o dizabilitate, dar și o **formă contractuală de angajament al statului că va contribui, conform legii și în limita disponibilităților, la satisfacerea acestor nevoi care trebuie să includă și nevoile familiei (unitatea familie-copil fiind indisolubilă).**

Evaluarea nevoilor complexe (și nu neapărat speciale) ar trebui să se facă în termen de o lună de zile de la data depunerii cererii (având în vedere că este nevoie de timp pentru a observa copilul în mediul familiar, școlar, pentru a aduna informații de la specialiștii implicați în îngrijirea lui, de la părinți). *Evaluarea* trebuie făcută de o **echipă multidisciplinară**, coordonată de un asistent social și compusă din medici (de preferat medicii copilului), psiholog, psihopedagog, ergoterapeut, educatoare, învățătoare, alți profesori (după caz). *Evaluarea* trebuie făcută în parteneriat cu părinții, având în vedere bogăția de informații pe care ni le pot oferi despre copil.

Este nevoie ca asistentul social să coordoneze evaluarea pentru că este profesionistul care are în orice moment o perspectivă integrală și integrată asupra copilului, intereselor sale superioare și asupra întregului complex de nevoi, reprezintă garanția că evaluarea se face în interesul copilului al creșterii și dezvoltării sale, având grijă ca nici o nevoie să nu fie preponderent medicalizată. Diagnosticul medical și precizarea coeficientului de inteligență, ar trebui să fie relevante în măsura în care determină apariția unor nevoi specifice.

Fișa de evaluare trebuie să urmărească depistarea capacităților copilului, trebuie să conțină o imagine realistă asupra copilului, nu să insiste asupra deficiențelor, ci să cuprindă precizarea nevoilor, dar și a barierelor ridicate de mediu, datorită cărora nevoile nu pot fi satisfăcute.

Evaluarea trebuie urmată de elaborarea unui **plan individualizat de măsuri și recomandări** precizându-se: limite de timp în care acesta să fie implementat, responsabilii implementării, care pot fi atât specialiști cât și părinți, **perioadele și formele de reevaluare, astfel încât planul să fie permanet adaptat la dinamica nevoilor copilului.**

Planul trebuie să conțină o **strategie de limitare a efectelor dizabilității asupra capacității naturale de creștere și dezvoltare a copilului, prin înlăturarea pe cât posibil a barierelor familiale, educative, sociale, materiale, care stau în fața copilului.**

Planul trebuie să aibă în vedere toate nevoile, începând cu cele de bază, de autoservire, și sfârșind cu nevoia de afecțiune, de contacte sociale cu alți copii de vârsta lui. Serviciul acesta de evaluare reprezintă un exemplu de serviciu social, destinat în exclusivitate egalizării șanselor persoanelor cu dizabilități.

Cuantificarea nevoilor ar putea fi făcută diferențiat după un sistem de punctaje acordate diferitelor nevoi. S-ar realiza astfel individualizarea prevederilor legale actuale, care sunt universale în cadrul unei categorii precizate.

De exemplu, nevoile de transport sunt diferite de la caz la caz, există copii cu handicap sever care nu pot beneficia de gratuitatea pe transportul în comun, dar ar putea beneficia de gratuitatea unor călătorii cu taxiul. Un număr precizat de puncte acordat nevoilor de transport ar facilita accesul la utilizarea taxiului săptămânală sau bilunară de către copil și însoți-

Gradul de handicap trebuie să ateste și să reflecte condițiile de viață, adaptarea locuinței la nevoile persoanei, izolarea geografică, socială, accesul la diferite servicii.

Fiecare dificultate cu care se confruntă copilul trebuie cuantificată cu un număr de puncte. În funcție de acest punctaj, se pot aloca fonduri pentru satisfacerea nevoilor .

Gradele de handicap: ar trebui să fie mai mult de 3, deși este de preferat să fie înlocuite de alte forme de precizare a nevoilor, pentru a putea individualiza mai bine măsurile de sprijin; ar trebui să corespundă unor cuantumuri bănești, alocate în funcție de aceste nevoi.

Este necesară precizarea că echipele multidisciplinare de evaluare ar trebui ***să se deplaseze în mediul de viață* al copilului, să-l observe direct, *să comunice* cu copilul, indiferent de severitatea dizabilității,**

având în vedere că orice gest al copilului comunică ceva despre el, fiind o formă de exprimare a unei nevoi; orice gest este o legătură deliberată stabilită cu lumea. Copilul cu dizabilități trebuie tratat de această echipă în primul rând ca și **COPIL**. Echipa trebuie să țină cont că, indiferent de severitatea dificultăților de învățare, copilul poate învăța.

Scopul final al planului individualizat de măsuri și recomandari trebuie să fie pregătirea copilului pentru viața de adult, o viață de adult, o viață cât mai independentă.

Copiii ar trebui să fie evaluați cât mai timpuriu – atunci când încep să se manifeste efectele unor deficiențe – indiferent de vârstă. În prezent C.D.T. încadrează copiii între 0–14 ani. După împlinirea vârstei de 14 ani, copiii sunt încadrați în categoria de handicap de către Comisiile de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de muncă ce funcționează în cadrul policlinicilor teritoriale, după aceleași precizări legislative. (art.1, alin.2). De obicei aceste comisii precizează și muncile pe care le poate presta tânărul, nepreocupându-se de sprijinirea lui pentru viața de adult. Și adolescentul cu dizabilități ar putea beneficia de un plan de evaluare și satisfacere a nevoilor, care să reducă temerile de viitor atât ale lui, cât mai ales ale părinților lui.

Din totate discuțiile cu părinții copiilor cu dizabilitați a reieșit teama lor de viitor și o întrebare care nu ar trebui să fie retorică:

„Ce se va întâmpla cu copilul meu după ce eu voi muri, cine-l va îngriji, cine-l va iubi?"

După cum am văzut CDT-urile au pe lângă atribuția de a indica tipul și gradul handicapului și pe aceea de a indica tipul instituției de ocrotire.

Sugerăm precizarea în contextul acestui articol că măsura instituționalizării nu trebuie luată decât atunci când s-au încercat alte metode de sprijin și trebuie acompaniată de un plan individual de satisfacere a nevoilor copilului în instituție, care să includă contactul cu familia de origine sau plasarea intr-o altă familie, și care să prervadă recomandări pentru viitorul cât mai independent al copilului. Instituționalizarea trebuie să fie făcută pe perioade cât mai scurte de timp și numai în următoarele cazuri: *a)* când severitatea deficienței necesită îngrijiri medicale specifice, care nu pot fi administrate la domiciliul copilului.*b)* când viața, bunăstarea și dezvoltarea copilului sunt puse în pericol în familie (familia nu-i poate acorda îngrijiri, copilul este supus abuzurilor.

Echipele multidisciplinare de evaluare ar putea funcționa în cadrul inspectoratelor teritoriale pentru handicapați sau în viitor în cadrul departamentelor de servicii sociale.

Articolul 2 al legii analizate oferă lămuriri cu privire la scopurile declarate ale textului legislativ și modalitățile de atingere generală a acestor scopuri:

Măsurile de protecție specială prevăzută în prezenta lege au ca scop prevenirea, atenuarea, înlăturarea consecințelor profesionale, economice și sociale ale handicapului și egalizarea șanselor prin:

a) depistarea activă și precoce a persoanelor handicapate;

b) asistență medicală și educație normală sau specială a persoanelor handicapate;

c) orientarea școlar-profesională, calificarea, sprijinirea încadrării în muncă și a integrării sociale a persoanelor handicap-

Scopul generos al legii nu este servit complet de modalitățile de atingere enunțate. *Nu există precizări cu referire la* ***evaluarea nevoilor*** *persoanelor handicapate și nici la oferirea de* ***servicii sociale de sprijin*** *care să le asiste în vedere integrării.*

Sugerăm:

a) depistarea activă și precoce a persoanelor cu handicap, a cauzelor handicapului și a **nevoilor specifice** ale acestor persoane;

b) elaborarea unui **plan de măsuri de sprijin** care să cuprindă: **servicii de asistență medicală** și recuperatorie, **servicii de educație** conforme cu nevoile și posibilitățile persoanei (în învățământul de masă sau special); **servicii de calificare profesională,** precum și **servicii sociale specifice** de **evaluare** a nevoilor, **informare, reprezentare,** de **facilitare a accesului la mediu** al persoanei handicapate, în vederea integrării acesteia și participării cu drepturi depline la viața socială.

În prezent se merge pe ideea că serviciile sociale reprezintă o cheltuială pe care nu ne-o putem permite, dar eficiența serviciilor, atât pe termen scurt cât și pe termen lung, poate motiva cheltuielile. Uneori, servicii simple, cum ar fi facilitarea accesului la informații, poate produce îmbunătățiri remarcabile în calitatea vieții copiilor cu dizabilități. **Integrarea socială nu se realizează fără servicii sociale.**

Articolul 3 este controversat datorită ambiguității sale stipulând că „protecția specială a persoanelor handicapate se efectuează prin forme instituționalizate, asigurându-se drepturile materiale prevăzute de lege, și prin forme neinstituționalizate specifice". **Problema este că legea nu precizează limpede nici formele instituționalizate, nici cele neinstituționalizate și nici autoritățile responsabile pentru oferirea acestei protecții.**

Sugerăm să se facă precizări cu privire la instituțiile destinate copiilor și/sau adulților cu handicap, precum și la serviciile oferite în afara instituțiilor și la factorii responsabili cu oferirea acestor servicii.

Articolul 4 abordează problemele legate de accesibilitate, recunoscând handicapul creat de barierele arhitectonice. Conform acestui articol, clădirile și locurile publice vor fi amenajate corespunzător. Legea nu stipulează responsabilii acestor amenajări și nici sancțiunile de aplicat atunci când clădirile nu sunt accesibile. Copiii cu dizabilități sunt probabil cei mai afectați de aceste bariere arhitectonice; cheltuielile de adaptare a clădirilor ar fi mici în comparație cu avantajele create:

American Disability Act (Legea americană ce sprijină persoanele cu dizabilități) aduce precizări în acest domeniu. Specialiștii au calculat că costul adaptării unei clădiri pentru a deveni accesibilă persoanelor cu dizabilități reprezintă 1% din cheltuielile totale de construcție. De asemenea, A.D.A. prevede și sancțiunile care se aplică celor care nu favorizează accesul arhitectonic al persoanelor cu dizabilități în clădiri și în mijloacele de transport.

Sugerăm ca:
Articolul să stipuleze ca autoritățile locale:
- Să întocmească o listă și să emită un ordin de adaptare a clădirilor publice care să fie adaptate pentru a fi accesibile scaunelor rulante, persoanelor cu deficiențe de văz și auz, în termen de 6 luni de la emiterea ordinului;
- Să stabilească factorii responsabili de adaptarea mediului
- Să acorde prioritate școlilor, centrelor de recuperare, de logopedie, dispensarelor, teatrelor, gărilor, stațiilor de metrou.
- Să aibă în vedere adaptarea accesului în metrou, trenuri și alte mijloace de transport la suprafață.

Articolul 5 asigură pentru cei cu un venit mediu lunar pe o persoană aflată în întreținere mai mic decât salariul de bază minim brut pe economie indexat, gratuități la medicamente, tratamente medicale și în stațiuni, proteze, orteze, aparate ortopedice, dispozitive de mers, aparate și materiale ajutătoare, compensatorii.

American Disability Act (Legea americană ce sprijină persoanele cu dizabilități) aduce precizări în acest domeniu. Specialiștii au calculat că costul adaptării unei clădiri pentru a deveni accesibilă persoanelor cu dizabilități reprezintă 1% din cheltuielile totale de construcție. De asemenea, A.D.A. prevede și sancțiunile care se aplică celor care nu favorizează accesul arhitectonic al persoanelor cu dizabilități în clădiri și în mijloacele de transport.

Din punct de vedere economic nu este eficient să limităm șansa (deja limitată) de a crește și dezvolta a acestor copii, îngrădindu-le accesul la bunuri și servicii care să le sporească gradul de independență. **Dacă statul va aloca fonduri pentru recuperarea funcțională, acestor copii, de la vârste mici, nu va mai fi nevoit să cheltuiască sume mari pentru asistarea unor adulți dependenți.**

Tratamentele în stațiunile balneo-climaterice nu sunt accesibile unui mare număr de copii care îndeplinesc condițiile impuse de lege, deoarece părinții însoțitori nu-și pot permite cheltuielile de cazare și masă stabilite prin hotărâre guvernamentală. Litera *f* a aceluiași articol se referă la gratuități la transportul urban, interurban, maritim și fluvial pentru cei asimilabili gradului 1 de invaliditate și pentru însoțitor și gratuitatea transportului urban pentru cei cu gradul II de invaliditate. De aceste drepturi nu se pot bucura copiii cu handicap de gradul I sau chiar II, având în vedere: 1) Greutățile de deplasare **până** la mijlocul de transport. 2) Accesul foarte greu **în** mijlocul de transport.

Mijloacele românești de transport în comun nu sunt accesibile copiilor cu dizabilități fizice medii și severe, nu sunt accesibile scaunelor rulante, nici stațiile, nici gările.

Sugerăm stipularea gratuității unui număr de călătorii cu taxiul, lunar atât pentru copil cât și pentru însoțitor. Valoarea călătoriilor ar putea fi acoperită prin contracte de sponsorizare încheiate între inspectoratele teritoriale pentru handicapați și companiile de taxi, așa cum se întâmplă în numeroase țări europene sau chiar în Cluj-Napoca. Astfel s-ar da copilului șansa de a avea acces la multe alte servicii, sporindu-i mobilitatea și gradul de independență.

Articolul 6 curpinde stipulări de care pot beneficia **numai persoanele handicapate, ocrotite prin forme neinstituționalizate.** Ni se pare o limitare fără justificare, având în vedere **„egalizarea șanselor" pe care ar trebui să o promoveze această lege.** Mai corect ne referim la litera *a)* privind accesul liber și egal în orice instituție de învățământ obișnuit, cursuri de zi, serale, fără frecvență, în raport cu restantul funcțional și potențialul recuperator.

Sugerăm următoarea formulare:
Persoanele afectate de un handicap beneficiază de accesul liber și egal în orice instituție de învățământ obișnuit în raport cu potențialul de învățare și cu nevoile individuale.

Articolul 7, aliniatul 1 conține o serie de prevederi menite să dea posibilitatea părinților (mamei sau tatălui), copiilor cu dizabilități să îi îngrijească la domiciliu până la împlinirea vârstei de 3 ani prin acordarea de concedii plătite sau concedii medicale pentru îngrjirea copilului sau tratamente de recuperare, până la împlinirea vârstei de 18 ani.

Persoana care are în îngrijire, supraveghere și acordă ajutor permanent minorului sau adultului handicapat beneficiază de: a) un salariu la nivelul salariului minim brut, lunar, al asistenței sociale cu pregătire medie[5] – debutant pe toată durata handicapului; b) recunoașterea ca vechime a perioadei respective, ce se ia în calcul la pensionarea pentru limită de vârstă, potrivit înscrierii în carnetul de muncă efectuate de inspectoratele teritoriale pentru handicapați, care încheie acestor persoane contracte de muncă în condițiile legislației prevăzute[6] pentru personalul casnic, efectuând periodic anchete sociale.

Art. 7, al. 2, lit. ab.

Articolul 7, aliniatul 2 creează cadrul legal pentru angajarea mamei, tatălui, bunicilor sau a altor persoane în vederea îngrjirii copilului cu dizabilități, permanent. Această prevedere, de care în prezent beneficiază peste 20.000 de copii (la 1 ianuarie 1997) are totuși și **efecte negative:**

- Cel sau cea angajată renunță la serviciu și la un salariu mult mai mare. Salariul pentru îngrijirea la domiciliu era la 1 ianuarie 1997, de 140.000 lei și plata sa poate întârzia și 3-4 luni.
- După angajare familia dispune de venituri mai puține, alunecând în sărăcie.
- Persoana de îngrijire are condiții de muncă dificile, trebuind să lucreze 24 de ore din 24, neputând părăsi domiciliul, fără a avea dreptul la concediu de odihnă.
- Persoana de îngrijire se izolează, nemaiavând contacte sociale.
- Dacă pe timpul zilei copilul frecventează un cetru de zi, nu mai are dreptul la îngrijire conform prezentului articol deși frecventarea centrului de zi este în favoarea copilului.
- Ancheta socială efectuată la domiciliul copilului are un scop pervertit: acela de a verifica dacă persoana angajată își îndeplinește atribuțiile. Scopul anchetei ar trebui să fie evaluarea nevoilor copilului și a familiei în spiritul celor prezentate anterior.

Totuși potențialul articolului ar putea fi sporit deoarece s-ar putea crea **cadrul legal pentru cumpărarea de servicii la domiciliu**, ceea ce în țări de tradiție în asistență socială se numește **brokerage**.

Prin acest „brokerage", asistentul social cumpără servicii în numele familiei și le asigură calitatea. Serviciile cumpărate pot fi: asistență medicală recuperatorie, programe de logopedie, psihoterapie, terapii prin joc, îngrijire și supraveghere zilnică atunci când părinții lucrează, ajutor la menaj, ergoterapie, terapie ocupațională etc.

5. În prezent nu există asistent social cu pregătire medie, ci doar absolvenți de cursuri postliceale sau universitare. Acest lucru crează confuzii cu privire la statutul asistentului social.
6. Contractul de muncă prevede angajarea 8 ore pe zi, 5 zile pe săptămână, dar persoana de îngrijire trebuie să se *afle permanent* la domiciliul copilului

Sugerăm acordarea necondiționată a sumei egală cu salariul minim brut al unui asistent social-debutant (deși este de preferat utilizarea altei denumiri, eventual salariu de îngrijire), familiilor care au în grijă un copil cu dizabilități – handicap de gradul I.

Suma trebuie să fie cheltuită de familie **cumpărând** servicii destinate îngrijirii la domiciliu a copilului, servicii medicale, servicii sociale, care să pregătească copilul pentru un trai cât mai independent.

Avantajele unei astfel de prevederi ar fi următoarele:

- Mama sau tatăl pot să-și mențină locul de muncă și salariul corespunzător (pe care se reține impozit, impozit care ar putea avea același cuantum cu suma de 140.000 lei).
- Se evită alunecarea în sărăcie a familiei și izolarea socială.
- Mamele au timp să se ocupe și de restul familiei.
- Copilul cu dizabilități ar avea șansa mai multor contacte sociale.
- Copilul ar beneficia de mai multe programe de recuperare și dezvoltare a capacităților sporindu-i gradul de independență.
- S-ar putea angaja cu normă parțială persoane afectate de șomaj.
- S-ar preveni instituționalizarea copiilor.

Studii efectuate în Marea Britanie, în 1994[7] au arătat că plata directă a unor sume, părinților copiilor cu dizabilități, pentru cumpărarea de servicii adecvate nevoilor reale, este mai eficientă sub toate aspectele decât oferirea de servicii de bloc în instituții.

În urma prevederii acestui articol, **20.000 de copii au rămas la domiciliu în grija părinților sau bunicilor cu toate acestea numărul copiilor din instituții destinate lor nu a scăzut.** O acordare necondiționată a sumei menționată ar putea preveni abandonul copiilor și ar putea, în sfârșit, iniția procesul dezinstituționalizării copiilor cu dizabilități.

Concluzie: întreaga Lege 53/1992 **contribuie foarte puțin la creșterea bunăstării copiilor cu dizabilități din instituții și consideră integrarea școlară și profesională drept integrare școlară.**

Sugerăm ca legea să cuprindă prevederi cu privire la:

- Sprijinirea copilului în vederea unei integrări complete în viața socială și a unei vieți independente de adult.
- Informarea părinților în mod sistematic cu privire la legislația de care pot beneficia, la metode de recuperare, la unitățile de învățământ special, la stațiuni în care pot merge pentru tratament împreună cu copilul, rețeaua de servicii oferite de organizațiile neguvernamentale.
- Organizarea de cursuri de pregătire teoretică și practică pentru persoanele angajate la domiciliu, pentru îngrijirea copiilor cu dizabilități.
- Accesul copiilor la servicii de socializare, centre de zi, centre de familie pe care să le poată frecventa periodic împreună cu părinții.
- Transport adaptat nevoilor lor.
- Servicii personale de logopedie, psihoterapie.
- Servicii de îngrijire de răgaz[8] temporară și specializată
- Înființarea de servicii personale de sprijin la domiciliu, coordonate de asistenți sociali.

De asemenea, legea ar trebui să conțină mecanisme de evaluare periodică a eficienței aplicării sale.

În vederea sporirii sumelor alocate sprijinirii copiilor cu dizabilități, s-ar putea emite timbre, mai cu seamă timbre necesare scrisorilor trimise în alte țări, sau s-ar putea percepe, în cadrul costului unor publicații de tiraj mare, taxe pentru sprijinirea copiilor cu dizabilități.

7. Findings; Social Policy research, November, 1994, Direct Payments for personal assistance.
8. Îngrijire de răgaz.- Respite care în literatura anglo-saxonă constă în plasarea copilului cu dizabilități pe perioade cuprinse între câteva ore și câteva zile, într-o altă familie sau instituție, timp în care părinții care-l ocrotesc pot să se odihnească, pot îndeplini alte obligații casnice față de alți membri ai familiei etc.

Legea Învățământului 84/1995

Până în anul 1995, situația educației destinate copiilor cu dizabilități era caracterizată prin dificultăți mari. Copiii cu dizabilități severe nu puteau beneficia de educație la domiciliu, cei din școlile speciale erau izolați de comunitate. Potențialul de învățare al copilului era măsurat prin teste de inteligență iar programele școlare erau rigide și insensibile la nevoile copiilor. **Copilul era „teoretizat", se urmărea prin educație adaptarea copilului la programele educative, nu adaptarea, programelor educative la nevoile de creștere și dezvoltare și la capacitățile copilului.**

De asemenea, existau și încă mai există limitări ale accesului copiilor cu dizabilități medii și severe la școlile speciale din mai multe cauze:

- Greutăți legate de transport, școlile speciale fiind în număr redus și situate în orașele mari.
- Lipsa personalului de îngrijire și educație pentru copiii cu probleme legate incontinență, crize de convulsii sau epilepsie.
- Lipsa locurilor disponibile, acestea fiind ocupate de copii a căror capacitate de învățare este ăafectatăă doar de sărăcia în care trăiesc și ai căror părinți cer eliberarea certificatului de handicapat, pe baza căruia se asigură accesul la o școală specială, cazare, masă, haine și rechizite acordate în mod gratuit.
- Convingerea cadrelor didactice că educația specială înseamnă doar însușirea unor ocnținuturi teoretice, ignorând astfel formarea de deprinderi de autoservire, de relaționare, de socializare, de manipulare a banilor, de viață independentă în general.

Până la intrarea în vigoare a legii învățământului, copiii cu dizabilități erau cuprinși în învățământul de masă numai dacă aveau o inteligență neafectată. Mulți copii nevăzători, ambliopi sau afectați de diferite grade de surditate au beneficiat de accesul la școli normale și și-au desăvârșit studiile mergând la universitate. Copiii cu dificultăți de învățare aveau acces redus la învățământul de masă din cauza lipsei de pregătire specială psihopedagogică a cadrelor didactice sau din cauza atitudinii de respingere, cadrelor didactice fiindu-le teamă că un copil handicapat ar încetini ritmul de învățare al întregii clase. De fapt, accesul copiilor cu dizabilități la învățământul de masă depindea în cea mai mare măsură de **bunăvoința cadrelor didactice.**

Legea cuprinde măsuri de reformă a educației speciale și asigură accesul copiilor cu dizabilități la învățământul de masă.

Funcționarea învățământului special este coordonată de Direcția Generală a Învățământului Preuniversitar prin Regulamentul intrat în vigoare în 1996[9].

Conform **articolului 7** al regulamentului, în învățământul special se utilizează terminologiile O.N.U, UNESCO, UNICEF, terminologii care reduc stigmatul asupra copiilor cu dizabilități prin faptul că este mai puțin medicalizată și non-categorială, punând accent pe determinarea predominant socială a „handicapului".

Articolul 13 stipulează faptul că educația specială se realizează atât prin învățământul special, cât și prin asistență psihopedagogică specială și structuri/servicii de sprijin acordate unor elevi care frecventează învățământul obișnuit.

Educația specială trebuie să fie adaptată nevoilor copilulu,i exprimate prin cerințele sale educative speciale. **Regulamentul își propune o abordare globală și individualizată a copilului prin identificarea, valorificarea, stimularea capacităților copilului.** Totuși **nevoile globale ale unui copil nu se reduc la cele educaționale și nu pot fi satisfăcute doar prin servicii educaționale.** Deși regulamentul prevede și asistența socială (art.14, 20) **formele de asistență nu sunt stipulate.** Trebuie păstrat un echilibru între asistența medicală, educațională și socială a copilului și acest echilibru poate fi asigurat de asistentul social care să coordoneze toate serviciile acordate copiului, servicii care să-i satisfacă nevoile în dinamica lor (tabelul 14.2.).

Tabelul 14.2.

Comparație între abordările: medicale, educaționale și sociale ale nevoilor copiilor cu dizabilități

SERVICII MEDICALE	SERVICII EDUCAȚIONALE	SERVICII SOCIALE
Accent pe: • diagnostic • incapacitate • tratament • recuperare	Accent pe: • coeficient de inteligență • dificultăți de învățare • educație • programă școlară • integrare școlară • cerințe educative speciale	Accent pe: • nevoile copilului • capacități • sprijin la domiciliu • accesibilitatea serviciilor • relații sociale • experiențe de viață • integrare în viața socială • pregătirea pentru viața independentă

9. Vezi: Regulamentul de organizare și funcționare a învățământului special, Ministerul Învățământului, 1995.

Spre deosebire de Legea 53/1992, regulamentul menționat stipulează, în articolul 21, principiul cooperării și parteneriatului cu autoritățile în domeniu și cu părinții.

Comisiile de expertiză complexă (C.E.C.)

„Evaluarea, expertiza, orientarea și reorientarea școlară și profesională a copiilor cu cerințe educative speciale, **stabilirea tipului și gradului handicapului** se realizează de către Comisiile de Expertiză Complexă (C.E.C.) interșcolare, județene sau interjudețene, subordonate inspectoratelor școlare.

Art. 27, Regulamentul de funcționare a învățământului special

Comisia de Expertiză complexă se adaugă Comisiilor de Ocrotire a Minorului, Comisiilor de Diagnostic și Triaj, care iau decizii cu privire la copilul cu dizabilități.

Până în 1995, orientarea școlară și profesională era făcută de C.O.M., iar tipul și gradul handicapului era stabilit de C.D.T. punându-se accent sporit pe diagnosticul copilului. **Fără a se abroga articolele de lege** (art. 5, alin. 1, art. 12, cap. II din Legea 53/1970; art.1 alin. 2, 3, 4 Legea 53/1992), încep să funcționeze încă sporadic C.E.C.[10] cu aceleași atribuții ca cele stipulate de articolele legilor menționate.

Decizii cu privire la copilul cu dizabilități

Ministerul Muncii și Protecției Sociale	Inspectoratul Teritorial de Handicapați și Ministerul Sănătății	Ministerul Învățământului
Decizii cu privire la **măsuri de ocrotire**	Decizii cu privire la **tipul și gradul handicapului și tipul instituției de ocrotire**	Decizii cu privire la: **tipul, gradul handicapului din perspectiva dominant psihopedagogică – orientare, reorientare** școlară
Conform **Legii 3/1970** prin: **C.O.M.**	Conform **Legii 53/1992** prin: **C.D.T.**	Conform **Legii 84/1995** prin: **C.E.C.**
organizate de Consiliile, județene și sectoarele Muncipiului București	organizate de Inspectorate sanitare teritoriale	organizate de Inspectoratele școlare teritoriale
* încredințarea minorului unei instituții de ocrotire * leagăne, case de copii * grădinițe, școli generale, licee * școli profesionale, licee de specialitate * cămine-școală, cămine-atelier * cămine-spital.	Copilul beneficiază de prevederile legii cu privire la diferite tipuri de gratuități (medicamente, asistență medicală, protezare, transport etc.), precum și de dreptul la însoțitor permanent.	Măsuri de școlarizare, educație, înscrierea în școli speciale sau obișnuite.

Grupul țintă vizat de aceste comisii este constituit de copii cu deficiențe mintale, fizice, neuromotorii, senzoriale, de limbaj, socioafective, de comportament, copii cu autism și deficiențe asociate care produc dificultăți de învățare.

Conform articolului ui 30, **gradel e de deficiență/h andicap** sunt: **ușor , moderat, sever și profund.** Totus i, conform doc umentelor OMS și ONU , **deficiența nu este similar ă handicapului, handicapul fiind creat de barere le sociale, economice, fizice, atitudinale, care impiedi că copilul cu dizabilități să se dezvolte la întregul potențial , deficien ta fiind o limitare organică și/sau funcțională a organismului copilului de a se adapta la cerințele mediului fizic și/sau social.** De acc ea considerăm că C.E. C. poate stabili tipul nevoilor educaționale (cerințelor speciale, precum și modul diferențiat și indivi dualizat de satisfacere a aces tor cerințe, eventual tipul de handicap educațional. **Insistăm pe ideea că plasarea copiilor într- o categor ie sau alta nu se justifică, decât pentru stabilirea limitei cuantumului de sprijin pe care îl poate prim i din partea statului.**

Copiii trebuie evaluați individual , trebuie evitată categorizarea, ei nu sunt diagnostice, coeficientul de inteligență exprimat cifric dă prea puține detalii cu privire la personalitatea și potențialul copilului. Ei trebuie evaluați și în **mediul lor de viață** (familii sau instituții), **însă nici una din comisiile care iau decizii cu privire la tipul și gradul handicapului – CDT și CEC nu se deplasează la domiciliile copiilor** (transportabili sau netransportabil i).

10. C E.C. nu funcționează încă în toate județele țării și nici în municipiul București

Articolul 33 sugerează că activitatea C.E.C. este **independentă** de cea a C.D.T. și C.O.M, documentația cu privire la situația de handicap a unui copil din punctul de vedere al ocrotirii sociale, iar de la CDT situația dominant medicală. De asemenea se stipulează că deciziile cu privire la tipul și gradul handicapului sunt independente de activitatea COM și CDT.

Aici apar următoarele **probleme**: ***1.*** Informațiile obținute de la C.O.M. nu dau detalii cu referire la situația, la nevoile copilului și ale familiei, decât dacă acesta are nevoie de instituționalizare, adopții sau plasament/încredințare. Nevoile de îngrijire, socializare, ajutor la domiciliu nu sunt evaluate de C.O.M. ***2.*** Prin crearea încă a unei comisii, care stabilește **alt grad de handicap**, se complică traseul copilului prin sistemul birocratic.

Copilul trebuie să fie evaluat de CDT pentru obținerea drepturilor și serviciilor conform Legii 53/1992, trebuie evaluat și de C.E.C. pentru intrarea în sistemul învățământului special conform Legii 84/1995[11].

Astfel să luăm exemplul unui copil cu dizabilități care a fost abandonat de părinți și trebuie să fie încredințat bunicilor. Copilul este în vârstă de 7 ani, prezintă deficiență la membru inferior stâng, necesitând protezare, și o ușoară deficiență mintală. Copilul locuiește la 70 de km de reședința de județ, într-un sat de munte. Să urmărim traseul acestui copil prin sistem.

Bunicii trebuie să se adreseze **Autorității tutelare** din comuna de care aparțin teritorial. Autoritatea Tutelară întocmește o adresă și o anchetă socială de un dosar de încredințare avansat **Comisiei de Ocrotire Minori** din județul respectiv. Comisia soluționează cazul în termen de 30 de zile de la sesizare. ***1)*** *Bunicii se vor deplasa* în orașul reședință de județ pentru a primi decizia de încredințare. C.O.M. poate cere Autorității Tutelare o anchetă mai amănunțită care să conțină informații legate de starea materială a bunicilor, condițiile de locuit, atitudinea lor față de copil. COM ia, în cel mai fericit caz, decizia de încredințare a copilului, conform Legii 3/1970. ***2)*** *Pentru obținerea drepturilor conform Legii 53/1992*, copilul trebuie prezentat la **Comisia de diagnostic și triaj,** care se află în orașul reședință de județ pentru stabilirea gradului de handicap. După 3 deplasări în orașul reședință de județ, copilul primește certificat de handicapat gradul III și poate beneficia de gratuitățile stabilite prin legea 53/1992. ***3)*** *Pentru a merge la școală*, conform Legii 87/1992, copilul trebuie să se deplaseze în reședința de județ și să se prezinte la C.E.C., care va stabili din nou *tipul și gradul handicapului* din perspectivă psihopedagogică, altul decât cel stabilit de C.D.T. și va stabili școala pe care o va frecventa copilul.

Cine ia decizii cu privire la copil? Specialiști ai comisiilor C.O.M. care *îl cunosc pe copil ca dosar*, speicaliști ai comisiei CDT care-l cunosc pe copil ca listă de diagnostice, specialiști CEC care-l cunosc *pe copil ca listă de deficiențe*. Nici una din aceste comisii nu evaluează copilul cu întregul său complex de nevoi și programe de adaptare: nevoia de a păstra contactul cu părinții; nevoia de a crește și se dezvolta alături de părinți/bunici; nevoi de recreere, de contact cu copii de vârsta lui; nevoi de recuperare, nevoi de autoservire, de terapii prin joc, muzică etc.; ajutor la domiciliu acordat bunicilor; nevoi de transport.

Copilul este expertizat de 30 de profesioniști, dar nu putem spune că nivelul bunăstării sale se îmbunătățește. De fapt, acesta este un caz fericit în care bunicii au perseverat, dar mulți părinți renunță pe parcursul acestui traseu care presupune cel puțin 5 deplasări în orașul reședință de județ, care costă mult sub raportul timpului și banilor. (De multe ori este necesară petrecerea unei nopți în orașul reședință de județ, iar puțini părinți își pot permite să plătească șederea într-un hotel).

Acest caz ilustrează problemele ridicate de sistemul actual de protecție a minorilor handicapați/deficienți. Înființarea de **servicii sociale** în orașe și comune, ar fi o întreprindere deosebit de eficientă, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung.

Sugerăm: ca deciziile cu privire la copii ar putea fi luate în cadrul unei **„Comisii Personale"** formate din persoane care **cunosc copilul în mod direct** (medicul pediatru de circă, educatoare/învățători), conduse de o autoritate din primărie sau de directorul serviciilor sociale. **Deciziile cu privire la modificarea statutului juridic al copilului ar putea fi luate în instanță**, caz în care copilul să aibă interesele reprezentate de către un asistent social. În urma evaluărilor asistentului social și a nevoilor stabilite prin observarea directă a copilului, acesta poate

11. C.E.C. nu evaluaeză copilul în mediul lui de viață pe o perioadă mai îndelungată, ci evaluează prin aplicare de teste psihometrice în mediul artifical. Bateriile de teste standard pot cu greu cuprinde imaginea exactă a capacităților intelectuale ale unui copil și a posibilităților de dezvoltare. Uneori dificultățile de învățare se datorează climatului nestimulativ sau insensibil din familie sau instituții. Stimularea adecvată neputând fi precizată de QI în lipsa observării directe a mediului de viață al copilului (vezi: The Psychological Assessment of chental and Physical Hnadicap, Edited by Peter Chittler, Tavestock Publications, 1978). Testele psihometrice sunt începutul evaluării, dar nu sunt suficiente.

cere și, trebuie să ceară, expertiza altor specialiști (psihologi, psihopedagogi, fizio/ergoterapeuți) care să evalueze copilul și modalitățile de satisfacere a lor. Rezultatul ar fi un **plan de sprijin perfect adaptat nevoilor copilului. Asistentul social** ar stabili **gradul** handicapului, **evaluând** după sistemul punctajului **barierele de mediu care împiedică dezvoltarea copiilor, echipa formată din psihopedagogi ar elabora modalitățile de *învingere* a barierelor educaționale, echipa de *medici, fizioterapeuți, ergoterapeuți, logopezi*, modalitățile de învingere a barierelor produse de deficiențe.** Coordonarea adunării tuturor datelor necesare elaborării Planului Personal și întocmirii Planului precum și a coordonării echipei disciplinare ar trebui să revină asistentului social care să păstreze imaginea globală asupra copilului și să vegheze la respectarea de către decizii a interesului copilului și a dorințelor părinților, atunci când acestea nu contravin interesului copilului.

Conform **articolului 38,** CEC fundamentează și emite Recomandarea de orientare școlară a copiilor cu CES (cerințe educative speciale și asigură reevaluarea periodică a situației educaționale (semestrial pentru copii între 4–8 ani, anual pentru copiii în vârstă de 8–12 ani).

De asemenea, CEC recomandă planul individual de studiu pentru școlarizarea la domiciliu a unui copil cu deficiențe, nedeplasabil. Totuși educația specială nu ar trebui să se limiteze la conținuturi teoretice, ci și la deprinderi necesare vieții de zi cu zi.

Trimiterile către CEC pot fi făcute de către CDT, COM, familii, școli, profesori, logopezi și alți specialiști care cunosc viața și mediul copilului, conform articolului 45. Deciziile efective ale formei de învățământ sunt luate pe baza Recomandării de orientare școlară, de către inspectorul școlar responsabil cu educația specială, în funcție de locurile disponibile în unitățile speciale.

Forme de integrare școlară a copiilor cu cerințe educative speciale

- Învățământul special poate îmbrăca mai multe forme: de zi, seral, fără frecvență, prin corespondență, comasat, la distanță sau la domiciliu.
- Învățământul special, gimnazial, seral,.fără frecvență pentru copiii cu deficiențe care au depășit cu 2 ani vârsta corespunzătoare clasei.
- Clase speciale: zi și seral pentru copiii cu deficiențe care nu au absolvit până la 14 ani primele 4 clase.
- Școlile profesionale speciale sau de ucenici pentru tinerii cu deficiențe care nu au absolvit învățământul obligatoriu până la 17 ani.
- Grădinițe speciale cu program săptămânal sau de semiinternat.
- Grupe integrate (cu sau fără servicii de sprijin) în grădinițe de masă.
- Școli speciale, clase I-IV, cămine-școală cu clase I-VIII, clase speciale pe lângă școlile de masă sau programe de integrare (cu cadru didactic de sprijin), grupe sau clase în unități sanitare pentru copii cu boli cronice.
- Școli profesionale speciale, de ucenici, sau licee și școli profesionale.
- Școli și clase postliceale, integrare individuală.

Probleme ridicate de Legea Învățământului:

- Legea nu se aplică copiilor din căminele spitale.
- Nu prevede explicit serviciile de sprijin și pe cei responsabili să le ofere.
- C.E.C. complică traseul birocratic pe care trebuie să-l parcurgă copilul pentru a-și obține drepturile.
- C.E.C., funcționând în reședințele de județ, sunt greu accesibile celor care nu locuiesc în localitate.
- Nu asigură contactul cu părinții pentru copiii școlarizați în alte localități.
- Integrarea școlară nu reprezintă integrarea socială.
- Nu prevede stimularea materială, recompensatorie a cadrelor didactice implicate în integrarea copiilor cu dizabilități în învățământul de masă.

Legea Învățământului servește scopurile propuse. În urma aplicării sale mulți copii cu dizabilități sunt integrați în forme de învățământ. Copiii cu dizabilități multiple pot beneficia pentru prima dată de învățământ la domiciliu. De asemenea, legea promovează ideile de echipe multidisciplinare de evaluare și de asistență socială, stimulând colaborarea între diferite Inspectorate și Autorități locale. Părinții sunt în general mulțumiți de prevederi, prin aceasta, dovedindu-se că au fost consultați la elaborarea ei.

14.3.3 Copilul cu dizabilități de la naștere până la împlinirea vârstei de 3 ani

Majoritatea deficiențelor care pot determina ulterior instalarea unei dizabilități sau a unui handicap se manifestă fie de la naștere, fie în cadrul acestui interval de 0–3 ani. La această vârstă este depistată deficiența și începe sau ar trebui să înceapă intervențiile în vederea stopării sau limitării efectelor determinate de deficiență. De precocitatea depistării și de stimularea și recuperarea adecvată depinde șansa copilului de a trăi ca adult independent. În acest interval se petrec cele mai multe cazuri de abandon, neglijare, instituționalizări ale copiilor cu dizabilități, de aceea familia trebuie susținută adecvat.

0–1 an. Deficiențele prezentate de copii la această vârstă se pot instala: prenatal, intranatal sau postnatal. Deficiențele cu determinare prenatală se datorează infecțiilor virale, microbiene, accidentelor mecanice, ingestiei de substanțe medicamentoase, de alcool expunerii radiațiilor radioactive ale mamei (în primul trimestru de sarcină). De asemenea, vârsta mamei poate prezenta un factor de risc care să favorizeze malformații congenitale, boli genetice.

Deficiențele se pot instala și intranatal (în timpul travaliului și al nașterii propriu-zise), datorită accidentelor determinate de prezentația fătului, cordonul ombilical cu înfășurare în jurul gâtului, manipulării cu forcepsul – prematuritate, greutate scăzută la naștere. De obicei accidentele intranatale au concecințe neuromotorii: epilepsii, paraplegii, tulburări de limbaj, dificultăți de învățare, incontinență datorate insuficentei oxigenări a creierului.

Copilul cu deficiențe în maternitate. Dacă deficiența este evidentă și marcantă, încă de la naștere, poate avea loc întârzierea deliberată a înregistrării legale a copilului[12], părinții de multe ori nu își văd copilul, uneori dacă acesta prezintă malformații, mama este încurajată de personalul medical să se externeze fără copil. Dacă medicul consideră necesar, le sugerează părinților să plaseze copilul într-o instituție, dacă se consideră că nu are șanse de recuperare.

Copilul cu deficiențe poate fi astfel privat de drepturile garantate prin convenția ONU: dreptul la identitate, dreptul de a avea părinți, dreptul de a nu fi despărțit de părinți împotriva voinței acestora.

Pericolul instituționalizării este deosebit de mare căci atașamentul mamă-copil nu se formează, mamei fiindu-i relativ ușor să renunțe la copil.

O altă posibilă cauză a deficienței sunt nașterea prematură sau greutatea redusă la naștere. În acest caz, copilul este supravegheat în incubator până la greutatea de 2.500 g. În acest timp mamele, au foarte puține ocazii de contact direct cu copilul, de teama infecțiilor. Atașamentul mamă-copil poate fi afectat sub toate aspectele.

> În prezent există servicii de prevenire a abandonului prin diferite mijloace, astfel în spitale, la inițiativa UNICEF, se creează condiții pentru ca mama să nu fie despărțită de copil imediat după naștere. Metoda se numește „rooming-in" iar spitalele în care se folosește se numesc în literatura de specialitate „baby friendly hospital". Aplicarea acestei metode însă întâmpină greutăți la noi în țară. Copilul este dat după naștere în grija completă a mamei, fără ca aceasta să fie sprijinită adecvat de personalul medical.

De asemenea, prin serviciile sociale de tip: Centre de sprijin familial și ocrotire a copilului, înființate pe lângă consiliile județene din 10 județe sau prin servicii similare oferite de organizații non-guvernamentale, cum ar fi Holt-International, World Vision, se previne abandonul prin discuții cu asistentul social, cu viitoarele mame prezintă risc de abandon sau cu mamele din maternități care: nu-și declină adevărata identitate, au sub 16 ani, mai au copii dintre care unul sau mai mulți deja instituționalizați, serviciile au ca obiectiv prevenirea abandonului prin consiliere, sprijin material și financiar acordat familiilor, iar atunci când abandonul este iminent, se încearcă convingerea mamelor să declare copilul (prevenindu-se abandonul fără acte) și să păstreze legătura cu el și după instituționalizare. Din păcate, acest gen de servicii nu conțin și o componentă de prevenire a abandonului copiilor care se nasc sau dobândesc la naștere deficiențe.

> Un astfel de serviciu ar trebui să fie asigurat de un asistent social specializat angajat al maternității. Se poate apela și la un asistent care să lucreze în două maternități în funcție de nevoi). Asistentul social ar trebui să ia în evidență copiii depistați cu deficiențe și părinții acestora și să vegheze la respectarea drepturilor acelui copil, astfel:
> - Să încurajeze și să mențină legătura pozitivă mamă-copil, indiferent de gravitatea deficienței.
> - Să consilieze părinții pentru a-i ajuta să treacă de momentul dificil al aflării veștii că au un copil cu deficiențe.
> - Să ofere o gamă largă de informații în colaborare cu personalul medical în legătură cu deficiența și nevoile specifice ale copilului și modalitățile de satisfacere.

12. Această practică, rămasă din regimul comunist, diminua artificial rata mortalității infantile declarate oficial.

- Să creeze la domiciliul copilului condiții optime de viață în conformitate cu nevoile speciale.
- Să pună în legătură părinții copilului cu alți părinți care au copii cu același tip de deficiență.
- Dacă nou-născutul necesită o perioadă mai mare de spitalizare, asistentul social trebuie să încurajeze mama să îl viziteze zilnic sau măcar săptămânal, deși perioadele de spitalizare trebuie să fie reduse, copilului asigurându-i-se asistență medicală la domiciliu. În timpul acestor vizite, mama trebuie încurajată să participe la momentele formării atașamentului mamă-copil: trezirea copilului, masa, baia, somnul.

Astfel, la părăsirea spitalului părinții ar trebui să dețină un pachet de informații întocmit de asistentul social în colaborare cu personalul medical, care să conțină următoarele informații oferite într-un limbaj simplu:

- Precizarea diagnosticului în termeni de nevoi specifice, fiecare caracteristică a deficienței trebuie tradusă în termeni de nevoi.

„Copilul s-a născut cu Sindrom Down, ar trebui să știți că pielea copilului va avea nevoie de îngrjiri deosebite, copilul trebuie schimbat des, pielea trebuie păstrată curată și trebuie să preveniți uscarea prin aplicarea de unguente..."

„Copilul va prezenta în viitor crize convulsive. Sunteți sfătuiți să-l supravegheați tot timpul și să aveți grijă ca pătuțul să nu aibă elemente metalice, muchii ascuțite, toate acestea pot fi învelite cu materiale textile, prevenindu-se lovirea copilului în timpul crizei".

- Precizarea nevoilor de recuperare prin gimnastică și stimulare timpurie.
- Precizarea legilor de care pot beneficia.
- O listă de adrese și numere de telefon utile ale: medicului de circă, salvării, spitalului de pediatrie, asistentului social, centrelor de recuperare, asociațiilor nonguvernamentale de sprijin a copiilor cu dizabilități, inspectoratului de stat pentru handicapați din raza de docmiciliu.
- Numele și numărul de telefon ale unor familii care au copii mai mari, cu aceeași tip de dizabilitate pentru consultări.

Asistentul social de maternitate trebuie să urmărească evoluția copilului până la vârsta de 3 luni, să urmărească modul în care îi sunt satisfăcute nevoile și să evolueze împreună cu părinții, tipurile de servicii de sprijin necesare. **Ar fi de dorit ca după vârsta de 3 luni familia să intre în evidența altor servicii sociale locale care să urmărească evoluția copilului și care să ofere servicii de sprijin familiei prevenind astfel instituționalizarea.**

În cazul în care copilul cu deficiențe este abandonat în maternitate sau atunci când starea sănătății sale nu permite externarea în familie (în caz de prematuritate, greutate scăzută la naștere, deficiențe grave) el este transferat fie în leagănul de copii fie în clinica de distrofici.

Clinica de distrofici este de obicei o secție a unui spital de pediatrie destinată îngrjirii copiilor afectați de distrofii, boli cronice, malformații congenitale, diferite tipuri de deficiențe. Trimiterile către clinicile de distrofici pot veni și din partea părinților, medicilor pediatri, autorităților locale. De multe ori, copiii născuți prematur sunt plasați prin decizia medicului pediatru în asemenea clinici pe temeiul greutății scăzute.

Clinica de distrofici are organizarea unei secții spitalicești în care copiii sunt plasați în pătuțuri metalice într-un mediu nestimulativ. Părinților nu li se permit vizite zilnice și aducerea de obiecte personale ale copilului de teama infecțiilor. Personalul acestor instituții este prin excelență medical, ocrotirea acordată răspunzând numai nevoilor medicale, Nevoile de stimulare, de dezvoltare psihosomatică, de afecțiune nu sunt luate în considerare din lipsa personalului în general și a celui calificat în special.

Hrănirea copiilor se face fără contact direct, astfel nevoia de contact fizic este ignorată, copii dezvoltând comportamente de autostimulare (legănare, lovire de pereți, de pătuț).

În aceste unități ar trebui creat un serviciu social care să aibă ca scop satisfacerea tuturor nevoilor copilului și menținerea contactului copii-părinți, asigurarea condițiilor la domiciliul copilului, pentru ca acesta să se poată întoarce în familie. Hotărârea de externare o ia medicul pediatru. Externarea se face către familii sau către leagănul de copil dacă familia nu dorește copilul sau dacă mediul consideră că nu are pobilități de a îngjiri copilul.

Între 60–75% din copii cu deficiențe din clinicile de distrofici sunt externați spre leagăne.

14.3.4. Copilul 3–18 ani

Căminele spital, aflate în surbordinea Secretariatului de Stat pentru Handicapați sunt instituții destinate ocrotirii copiilor cu dizabilități severe și/sau multiple. În aceste instituții copiii se află permanent. **Contactul cu părinții al acestor copii este foarte redus, practic 80% fiind abandonați.** Unii copii beneficiază de programe de educație specială, conform Legii Învățământului, dar din păcate nu sunt pregătiți pentru viața de adult fiind considerați (mai mult sau mai puțin explicit) irecuperabili.

Ar trebui ca fiecărui copil să i se stabilească potențialul de învățare a unor deprinderi de autoservire, de relaționare și să se stabilească modalități de educare prin implicarea mai accentuată a fizioterapeuților, ergoterapeuților, logopezilor și asistenților sociali. Viața în aceste cămine spital ar trebui să încerce să se apropie de ritmul vieții unui copil care trăiește în familie, copiii ar trebui să păstreze contactul cu părinții și cu comunitatea. Din păcate, căminele spital se află în localități mici, relativ izolate.

După 1989, condițiile de viață în căminele-spital s-au îmbunătățit simțitor prin contribuția statului, dar mai ales datorită contribuției organizațiilor nonguvernamentale din afara țării.

Aceste instituții ar trebui să ofere nu numai îngrijire rezidențială permanentă, ci și temporară, sau mai ales temporară, ca alternativă la îngrijirea în familii, ceea ce în literatura anglosaxonă de specialitate se numește respite-care, în traducere – îngrijire de răgaz. Acest tip de servicu este destinat oferirii unui răgaz familiilor care au în îngrijire un copil cu dizabilități, pe timp de o zi, un sfârșit de săptămână sau maximum o lună.

De asemenea, copiii din căminul-spital ar trebui să fie beneficiarii serviciilor de plasament familial specializat. Acest tip de plasament se face la familiile care au cunoștințe și deprinderi necesare îngrijirii copiilor cu dizabilități.

Contactul copiilor cu propriii lor părinți ar trebui păstrat direct prin vizite (chiar vizite ale copiilor la părinți) sau indirect, prin telefoane, scrisori, fotografii. Contactul cu părinții este deosebit de important pentru dezvoltarea copilului, asigurându-i o identitate și sentimentul apartenenței la o familie.

În timp, căminele spital ar trebui să ofere îngjirire rezidențială doar pe perioade scurte și doar acelor copii care nu pot fi efectiv îngrijiți în familii.

Copiii cu dizabilități în familie

O dată cu externarea din maternitate, pentru familia copilului cu deficiențe începe o perioadă deosebit de dificilă din punct de vedere emoțional-afectiv dar și relațional și material. **La ora actuală nu există servicii sociale de sprijin pentru acest tip de familie, doar asistentele medicale de la dispensarul de cartier vizitează familia periodic.** Nu există un sistem de informare a părinților cu privire la deficiența copilului, serviciile de recuperare existente, legislația de protecție, centre de zi etc. De aceea, părinții încearcă să se informeze singuri. De asemenea, părinții nu primesc sprijin afectiv pentru a putea depăși perioada de adaptare la deficiența copilului. De multe ori tații părăsesc temporar familia fiind depășiți de situație. Părinții se izolează unii de alții și de familia extinsă sau prieteni. Ei creează un zid în jurul copilului, încercând să păstreze problemele sale în cadrul familiei pentru a evita marginalizarea și stigmatizarea copilului. Părinții încep să caute pe cont propriu specialiști, metode de tratament și recuperare care să le ăvindece copilulă. Ca sisteme de sprijin de care pot beneficia unii părinți în condițiile actuale, menționăm: familia extinsă, mai ales bunicii; profesioniști, fizioterapeuți, logopezi, ergoterapeuți; centre de zi (înființate prin organizații non-guvernamentale sau pe lângă policlinici[13]; grădinițe speciale sau alte forme de educație specială, conform legii 87/1995; gratuități la bunuri și servicii, prin Legea 53/1992.

Părinții intervievați în vederea întocmirii acestui raport au menționat că s-au confruntat și se confruntă cu următoarele **probleme**: lipsa de informații legate de legislație, recuperare, tratament; accesul fizic redus la servicii; greutăți financiare legate de costurile crescute ale îngrijirii; sistemul birocratic complex de luare în evidență și sprijinire a copiilor cu deficiențe (vezi COM, CDT, CEC); izolarea față de familii și comunitate; lipsa serviciilor de ajutor la domiciliu (menaj, supraveghere a copilului, servicii de recuperare, logopedie); lipsa contactului cu părinții care au același tip de probleme; lipsa de forme de îngrijire pe timpul zilei, când sunt la serviciu (centre de zi).

Toți părinții au fost de acord și au susținut ideea înființării de servicii sociale specializate pe sprijinirea familiilor cu copii care prezintă dizabilități. Copii cu dizabilități din familii se pot afla în două situații: integrați în viața familiei sau izolați în cadrul familiei. Copiii izolați pot fi supuși unor forme de abuz: fizic, psihic, sexual, neglijare. Datorită izolării familiei și a lipsei mecanismelor juridice de intervenție, abuzurile nu pot fi depistate și înlăturate, afectând dezvoltarea copilului.

Un servicu de asistență socială ar putea asigura calitatea îngrjirii părintești acordate copilului, prin vizite periodice.

13. Există un staționar de zi pentru copiii cu deficiențe mintale, inclusiv autiști, pe lângă Policlinica Universitară Titan.

Cauzele abuzului copilului cu dizabilități în familii pot fi: – legătura afectivă slabă mamă/copil, lipsa de deprinderi necesare îngrijirii copilului, dizabilitățile severe, numărul mare de copii, relații tensionate între soți, lipsa mijloacelor de trai, lipsa serviciilor de sprijin.

Nevoile copilului cu dizabilități în familie sunt complexe, dar sunt mai întâi de toate **nevoi similare cu ale oricărui copil de vârsta respectivă.** Aceste nevoi complexe și satisfacerea lor creează condiții optime de dezvoltare a copilului.

Pe lângă **nevoile de bază** (de hrană, adăpost, odihnă, îngrijire a sănătății) copilul are **nevoie de a se exprima** și de a i se lua în considerare nevoile exprimate. Exprimarea nu este neapărat verbală. Copiii își exprimă nevoile încă de la naștere, trebuie doar ca mediul (părinții și specialiștii) să fie suficient de sensibil și de receptiv la nevoile exprimate.

Nevoia de stimulare este o altă nevoie de a cărei satisfacere depinde dezvoltarea copilului. Părinții trebuie încurajați să vorbească copilului de timpuriu, să se joace cu copilul indiferent de severitatea dizabilității și de capacitatea copilului de a răspunde imediat stimulărilor.

Nevoile psihosociale ale copilului cu dizabilități sunt de multe ori ignorate (fie că se află în familie, fie că se află în instituții). Acestea sunt:

– nevoia de dragoste, afecțiune și un mediu stabil de viață
– nevoia de noi experiențe de viață, de contact cu copii de aceeași vârstă
– nevoia de a fi lăudat, aprobat, încurajat pentru progresele făcute
– nevoia de disciplină pentru formarea unui comportament moral adecvat (fără a se apela la pedepse abuzive)
– nevoia de a-și asuma responsabilități și de a lua decizii cu privire la propria viață.

Îngrijorarea cea mai mare a părinților de copii cu dizabilități medii sau severe este legată de viitorul acestor copii, majoritatea fiind dependenți de părinții lor. De aceea, **putem adăuga la lista nevoilor și pe aceea de a căpăta deprinderi necesare unei vieți independente de adult, și de a avea acces la servicii personale de sprijin în acest scop.**

Copiii cu probleme de sănătate mintală

O categorie aparte de copii cu dizabilități o reprezintă copiii cu probleme de sănătate mintală. Pentru aceștia nu există specificări legislative de protecție sau sprijin, ei fiind încorporați în categoria copiilor handicapați. La unii copii se asociază la deficiențe neuromotorii și tulburări de sănătate mintală.

Totuși acești copii au nevoie de o abordare distinctă, datorată particularităților formei de dizabilitate. Copiii sunt depistați de părinți sau specialiști și sunt internați pentru precizare de diagnostic în clinici de neuropsihiatrie infantilă unde pot sta până la 1 lună. Tratamentul tulburărilor de acest gen este predominant medicamentos și cu efecte secundare imediate și de durată, efecte care de cele mai multe ori nu se comunică părinților, aceștia neputându-se opune la tratament[15]. Pentru tratarea adolescenților se face apel la șocuri electrice aplicate cu sau fără anestezie. Aplicarea șocurilor efective fără anestezie a fost interzisă de OMS în 1987, dar se mai folosec, în România în special, din lipsa anestezicelor sau a disponibilității medicilor anesteziști.

Copiii cu probleme de sănătate mintală sunt spitalizați pe termen lung și uneori transferați în cămine spital pentru restul vieții.

Răspunsul la problemele acestor copii este mai puțin tratamentul instituționalizat predominant medicamentos, cât mai ales psihoterapiile de grup și individuale, frecventarea centrelor de zi și integrarea copilului în viața școlară și socială prin servicii de sprijin.

Familiile trebuie sprijinite prin consiliere și informare cu privire la drepturile conform legii.

În 1990, în Craiova a demarat proiectul pilot Helios, rod la colaborării dintre Inspectoratul de Stat Teritorial pentru Handicapați, Direcția Muncii și organizația daneză Red Barnet, care avea ca obiectiv închiderea secției de neuropsihiatrie infantilă a Spitalului Poiana Mare. Copiii în vârstă majoritatea de peste 15 ani au fost plasați în instituții mai mici, de tip familial: case de bună vecinătate, au fost pregătiți profesional în ateliere protejate.

14. În legislațiile multor țări: Ungaria, Suedia, Olanda, Anglia, SUA etc. părinții pot refuza tratamentul psihiatric și trebuiesc informați în legătură cu efectele secundare ale tratamentului.

14.3.5.Contribuția organizațiilor nonguvernamentale la bunăstarea copilului cu dizabilități

Putem spune fără a greși că fără contribuția O.N.G.-urilor, după 1989, situația copiilor cu dizabilități nu s-ar fi îmbunătățit foarte mult. Inițierea acestui proces a avut loc odată cu pătrunderea în țară a convoaielor de ajutoare destinate **instituțiilor pentru copii**. Această formă primară de sprijin acordat de O.N.G. din alte țări a fost urmată de dezvoltarea unor programe coerente și de perspectivă menite să schimbe în bine viața copiilor din instituții, începând cu repararea și dotarea instituțiilor și terminând cu munca directă cu copiii a voluntarilor cu experiență în domeniu. Aceste acțiuni au schimbat atât viața copiilor din instituții, cât și atitudinea personalului față de copii. **Personalul instituțiilor a avut modelul îngrijirii instituționale din perspectiva nevoilor copilului, nu a supraviețuirii copilului.**

O categorie aparte de organizații nonguvernamentale sunt **formele de asociere ale părinților ai căror copii prezintă diferite tipuri de deficiențe**. Și aceste organizații au avut un model occidental, dar s-au înființat din solidaritate și din dorința părinților de a ieși din apatia impusă de atitudinea regimului comunist față de copiii cu dizabilități, promovând drepturile copiilor și servicii care să răspundă acestor nevoi:

> În alte țări europene, asociațiile pentru părinți au influență mare asupra politicilor sociale destinate copiilor cu dizabilități. Prima lege destinată acestor copii a fost elaborată în 1957 în Suedia, la presiunea exercitată de organizația de părinți F.U.B., organizație care în prezent are și reprezentare parlamentară.

Aceste organizații au câteva caracteristici comune:

- Sunt inițiate și conduse de părinți ai căror copii prezintă deficiențe.
- Se bazează pe experiența de părinte în formularea scopurilor și modalităților de operare[15].
- Promovează servicii care nu existau sau nu există.
- Se adresează copiilor care trăiesc în familii.

> Asemenea organizații pot fi întâlnite în toată țara:
>
> - Fundația „Casa Speranței" din Iași oferă centre de zi pentru copiii cu handicap sever neuropsihomotor și sprijină integrarea copiilor în societate.
> - Societatea Română „Speranța" din Timișoara oferă centre de abilitare, servicii pentru copiii cu autism, servicii de înlocuire temporară a familiei, servicii de recuperare și ajutor la domiciliu, grupuri de discuții și informare pentru pacienți.
> - Organizația „Trebuie" din București cu filiale în mai multe județe ale țării oferă centru de zi pentru copii cu handicap mintal asociat; școli pentru părinți, programe educative, recreaționare și sprijin material pentru familii.
> - Asociația de sprijin a copiilor cu handicap neuromotor – Bacău asigură ajutoare materiale, școli pentru părinți, prin centrul de recuperare neuromotorie „Daniel".
> - Asociația de sprijin a copiilor handicapați fizic din România care organizează activități de informare, culturale, concursuri, servicii de sprijin și integrare.
> - Asociația „Sfânta Maria" din Cluj Napoca – centre de zi, locuri de muncă protejate.
> - Centrul de Recuperare a Copilului cu Deficiențe Neuromotorii și Asociate – Tecuci, înființat de organizația „Salvați copiii", oferă tratament cu accent pe gimnastica medicală recuperatorie.

Organizațiile de părinți nu și-au redus activitatea la oferirea de servicii și informarea părinților, ci au devenit parteneri de discuții cu factorii de decizie de pe plan local și național, participând la elaborarea legislației în domeniu și la evaluarea aplicării acestei legislații (ASCHFR, evaluarea legii 53/1992).

- Multe din organizații deși la început și-au bazat activitatea doar pe experiența părinților inițiatori, acum au un mod de funcționare profesionist (dezvoltat cu sprijin din partea specialiștilor din străinătate). Oferirea de servicii se face pe baza unor studii a nevoilor copiilor și familiilor, studii de fezabilitate, analize cost/beneficii. Ele oferă un model sectorului guvernamental a cărui ofertă de servicii sociale destinate copiilor cu dizabilități este destul de redusă, model bazat pe evaluarea nevoilor și capacităților copiilor. ONG-urile din acest câmp de interes al copilului cu dizabilități oferă și modele de colaborare ale sectoarelor guvernamental și nonguvernamental. Un astfel de exemplu este acțiunea la scară națională RENINCO: rețeaua națională de informare și cooperare pentru promovarea integrării în comunitate a copiilor cu cerințe speciale.

15. Multe organizații oferă familiilor un sprijin pentru a păstra copilul acasă. Mergând pe principiul „nimeni nu cunoaște mai bine nevoile copilului decât mama sau tata".

CONTRIBUȚIA ORGANISMELOR INTERNAȚIONALE LA BUNĂSTAREA COPIILOR CU DIZABILITĂȚI

După 1989 și după deschiderea politică spre țările occidentale, România a beneficiat de multe programe sociale destinate sporirii bunăstării copiilor, creării unei societăți civile care să respecte drepturile lor fundamentale.

Reprezentanta UNICEF din România are mai multe programe destinate în mod direct sau indirect copiilor cu dizabilități, programe de prevenție a instalării dizabilităților, programelor desfășurate în maternități pentru facilitarea realizării atașamentului mamă-copil prin metoda „rooming-in" și prin încurajarea hrănirii naturale a copilului.

De asemenea, prin programul de educație timpurie pe arii de stimulare, copiii cu dizabilități de până la 7 ani pot avea șansa unei dezvoltări armonioase alături de alți copii de vârsta lor.

Din punctul de vedere al problematicii studiate este important de precizat proiectele de integrare a copiilor cu dizabilități care se desfășoară cu sprijinul UNICEF și al Ministerului Învățământului în Cluj și Timișoara. Acest proiect face parte din Programul Național de Promovare a integrării școlare și sociale în comunitate a copiilor cu cerințe educative speciale, fiind lansat în 1992 în colaborare cu UNESCO și UNICEF având două scopuri: *1) la nivel local* – promovarea integrării școlare și sociale a copiilor și tinerilor cu cerințe educative speciale; *2) la nivel național* – demonstrarea unei strategii eficiente de integrare comunitară în vederea unei ulterioare generalizări.

Reprezentanta specială UNICEF a oferit sprijin moral, financiar și tehnic pentru demararea proiectului în două orașe, Cluj și Timișoara.

În Timișoara, 281 de elevi și părinții lor beneficiază de proiect fiind asistați de cadre didactice itinerante. Proiectul implică 4 școli obișnuite, 3 școli speciale, centrele Speranța și Grupul Școlar de Industrie Ușoară în colaborare cu Inspectoratul Școlar, Universitatea de Vest, Centrul de Asistență Psihopedagogică, ONG-uri.

În Cluj Napoca, 244 de copii de vârstă preșcolară și școlară sunt integrați în grădinițe obișnuite, grădinițe speciale, clase speciale, grupe de sprijin sau în școli profesionale. Alături de acești copii, proiectul a inclus și școlarizarea unor elevi cu deficiențe mintale severe din cămin spital și 19 copiii ai străzii cu intelect liminar[16].

Reprezentanța specială UNICEF contribuie semnificativ la schimbarea situației copiilor defavorizați inițiind programe care aduc în România concepții moderne și metode moderne de sprijin. Specialiștii străini pe care UNICEF îi implică în gândirea proiectelor concrete sunt permanent preocupați la crearea unui *model specific românesc* de abordare a problemelor copiilor.

Cu sprijinul UNICEF au fost publicate lucrări care modifică peisajul atitudinal față de copiii cu dizabilități. Pachetul de resurse UNESCO „cerințele speciale de clasă", „Declarația de la Salamanca", „Regulile standard privind egalizarea șanselor pentru persoanele cu handicap" și „Integrarea în comunitate a copiilor cu cerințe educative speciale".

UNICEF organizează de asemenea întâlniri ale reprezentanților ONG cu ministerele de resort pentru a sprijini sectorul nonguvernamental să influențeze politica copilului.

Prin cursurile de vară organizate în colaborare cu Universitatea East Anglia – Norwich Marea Britanie, UNICEF contribuie la formarea asistenților sociali specializați în lucrul direct cu copilul, în general, și cu familiile.

PHARE

În 1993, Parlamentul Europei a inițiat un proiect destinat protecției copilului în România. acest program este unul de asistență tehnică pe lângă guvernul României, respectiv Comitetul Național pentru Protecția Copilului CNPC în vederea elaborării unei noi politici de protecție a copilului.

PHARE COMPONENTA 3 propune noi tipuri de servicii sociale mai apropiate de nevoile familiilor copiilor cu dizabilități care să prevină instituționalizarea și să stimuleze dezinstituționalizarea :

- Centre pentru educația părinților și consiliere familială.
- Servicii medico-social-educative de ajutor la domiciliu pentru copiii cu handicap de care beneficiază 50 de copii din sectorul 3 al Municipiului București.

PHARE COMPONENTA 4 are ca scop redefinirea mandatului instituțiilor și adecvarea lor la nevoile copiilor, făcând propuneri de restructurare a instituțiilor și Comisiilor responsabile de traiectoria copiilor prin instituții.

Această componentă desfășoară patru proiecte:

- Redefinirea misiunilor și reorganizarea CDT, COM.
- Restructurarea tipologiilor și criteriilor de acreditare a instituțiilor.
- Adaptarea structurilor rezidențiale la nevoile copilului.
- Dezvoltarea acțiunii de luare în îngrijire a copiilor în relație cu mediile de socializare existente.

Concluzie:

Indiferent unde s-ar afla, copiii cu dizabilități trebuie să se adapteze unui mediu care ridică în fața lor nenumărate bariere. Accesul la viața comunității le este limitat de obstacole legislative, procedurale, administrative, atitudinale și nu în ultimul rând economice.

Copiii cu dizabilități trebuie percepuți ca și copii, trebuie să vedem, dincolo de diagnostice, copilul cu capacitățile sale, cu nevoile sale. În acest scop, trebuie create servicii comprehensive care să asigure copilului condiții bune de creștere și dezvoltare.

16. Vezi *Integrarea în comunitate a copiilor cu cerințe speciale*, Traian Vrășmaș, Patrick Daunt, Ionel Merșu, 1996.

Cap.15. Delincvența juvenilă

Asistăm pe plan internațional la o tendință ascendentă a infracționalității în rândul minorilor, însoțită de agravarea pericolului social și creșterea violenței faptelor săvârșite de către aceștia. Atât țările occidentale, dar mai ales țările din centrul și estul Europei se confruntă în ultimii ani cu o creștere constantă a numărului infracțiunilor comise de minori, simultan cu scăderea respectului și a încrederii față de instituțiile de control social.

Fenomenul delincvenței juvenile nu este nou, el are doar trăsături specifice epocii contemporane, conține particularitățile proprii diferitelor modele culturale, ale mediului economic, politic, social ale ariei de desfășurare. Este caracteristic societăților tulburate de mari schimbări sociale, societăților în criză sau în tranziție să se confrunte cu o anume amplificare a fenomenului, ca urmare a creșterii manifestărilor de devianță socială.

În România, devianța juvenilă a cunoscut o intensificare, calificată cel mai adesea ca „explozivă", în perioada care a urmat Revoluției din decembrie 1989. Perioada tranziției a însemnat o scădere a solidarității sociale, diminuarea controlului comunitar, afectarea unor instituții cu rol de socializare, accentuarea sărăciei, mărirea decalajului dintre aspirațiile individuale și lipsa oportunităților de a le realiza, creșterea numărului de familii și copii defavorizați. Toate acestea au dus la crearea unor condiții favorizante pentru un comportament delincvent, ca rezultantă conjugată a unor motivații individuale , familiale și a unor cauze de ordin social.

15.1 Câteva caracteristici ale fenomenului infracționalității juvenile în România.

Analiza datelor statistice din ultimii ani arată clar tendința constantă de creștere a ponderii infracționalității minorilor comparativ cu adulții, față de totalul persoanelor condamnate definitiv (tabelul 15.1).

Tabelul 15.1

Persoane condamnate definitiv de instanțele judecătorești, din care majori și minori, în perioada 1989–1996

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Total condamnați definitiv, din care:	59 075 (100,0%)	37 112 (62,8%)	60 883 (103,1%)	69 143 (117,0%)	83 247 (140,9%)	95 795 (162,2%)	101 705 (172,2%)	104 029 (176,5%)
Majori	56 286 (100,0%)	35 129 (62,4%)	57 099 (101,4%)	64 553 (114,7%)	76 307 (135,6%)	86 674 (153,9%)	91 922 (163,3%)	93 652 (166,4%)
Minori	2 789 (100,0%)	1 983 (71,1%)	3 784 (135,7%)	4 590 (164,6%)	6 940 (148,8%)	9 121 (327,0%)	9 783 (350,8%)	10 377 (372,1%)

Sursa: Ministerul Justiției

Creșterea numărului minorilor delincvenți este însoțită și de alte tendințe negative: vârsta tot mai joasă a făptuitorilor, creșterea gradului de pericol social, prin agresivitatea crescută și asocierea în grup pentru comiterea faptelor penale.

În anul 1995 se remarcă o creștere de 138% a participanților minori sub 14 ani la comiterea de fapte penale comparativ cu anul 1993, față de o creștere de numai 120,7% în cazul minorilor peste 14 ani, raportat la același an (tabelul 15.2).

Tabelul 15.2.

Minori participanți la comiterea de infracțiuni, pe grupe de vârstă, în perioada 1993–1995

Grupa de vârstă	Anul 1993	Anul 1994	Anul 1995
Minori total	16.560 100,0%	18.612 112,4%	20.401 123,2%
Minori sub 14 ani	2.281 100,0%	2.381 104,4%	3.167 138,8%
Minori între 14-18 ani	14.279 100,0%	16.231 113,7%	17.234 120,7%

Sursa : Ministerul de Interne

Luând în considerare infracțiunea comisă, pentru categoria de minori cu răspundere penală (între 14–18 ani), se remarcă aceeași tendință ascendentă a numărului minorilor implicați în comiterea unor fapte penale la toate categoriile de infracțiuni (tabelul 15.3):

Tabelul 15.3.

Numărul minorilor condamnați definitiv, pe categorii de infracțiuni, comise în perioada 1989–1996

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Număr minori condamnați definitiv din care:	2 789 100,0%	1 983 71,0%	3 784 100,0%	4 590 100,0%	6 940 100,0%	9 121 100,0%	9 783 100,0%	10 377 100,0%
Condamnați pentru infracțiuni cu violență	231 100,0%	193 83,5%	330 142,8%	324 140,3%	246 106,5%	231 100,0%	254 110,0%	257 111,3%
Condamnați pentru infracțiuni contra avutului personal, particular și public	2 235 100,0%	1 699 728,0%	3 329 148,9%	4 099 183,4%	6 248 279,6%	7 203 322,3%	8 538 382,0%	9 011 403,2%
Condamnați pentru alte fapte penale*	323 100,0%	91 28,2%	125 38,7%	167 51,7%	446 138,1%	1 687 522,3%	991 306,8%	1 109 343,3%

* Cele mai multe infracțiuni din această categorie se referă, în ordinea frecvenței, la: infracțiuni contra siguranței pe drumuri publice, infracțiuni privind convieţuirea socială, infracțiuni la codul silvic

Sursa:Ministerul Justiției

Majoritatea infracțiunilor comise de minori sunt din categoria furturilor din avutul privat și public, cu mențiunea că în ultima perioadă se semnalează o diversificare a modului de acțiune.

Organizarea în grup a minorilor ca formă de acțiune pentru comiterea de fapte penale, dar și atragerea minorilor în acțiuni organizate de adulți se intensifică, cu tendința creșterii participării copiilor din grupa de vârstă de până la 14 ani. Este o situație în care copilul este el însuși o victimă a abuzului exercitat de adult și nu trebuie tratată ca o complicitate la delict.

Se mai semnalează: acționarea sub influența alcoolului, diversificarea modurilor de operare, creșterea numărului cazurilor de minori cu antecedente penale, implicarea minorilor în infracțiuni cu drog și prostituție, creșterea fenomenului de abandon școlar legat de cauze ce țin de comportamentul infracțional și numărul foarte mare al infractorilor minori proveniți din comunitatea rromilor.

15.2. Sistemul de măsuri educative și pedepse

Potrivit Codului Penal Român în vigoare, minorilor cu răspundere penală (între 14-18 ani) li se pot aplica măsuri educative și pedepse. Acestea se stabilesc de către instanța de judecată în principal după vârsta și gravitatea faptei la care, pentru individualizarea pedepsei, trebuie să se mai țină cont de o serie de factori : gradul de pericol social al faptei, starea fizică și dezvoltarea intelectuală a minorului, dacă a mai săvârșit alte fapte, de ținuta morală, situația sa familială și orice alte date privind minorul și posibilitățile lui de îndreptare.

Instituțiile investite cu responsabilități în domeniul delincvenței juvenile sunt: Poliția, Parchetele, Instanțele Judecătorești, Direcția Generală a Penitenciarelor din cadrul Ministerului Justiției, Ministerul Învățământului, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Tineretului și Sportului, Comisiile pentru Ocrotirea Minorilor, Administrația Publică Locală (decurgând din sarcina de autoritate tutelară care se exercită prin Serviciul Autorității Tutelare).

Principalele acte normative din sistemul legislativ actual cu privire la minorul delincvent sunt: Codul Familiei, Legea nr. 3/1970 pentru Ocrotirea Unor Categorii de Minori și Codul Penal.

De menționat că în perioada 1977 – 1991, minorilor delincvenți care răspund penal li s-a aplicat Decretul 218/1977. Apariția acestui decret a anulat aplicarea prevederilor Codului Penal referitoare la minori, înlocuindu-o cu măsuri educative cu caracter penal, respectiv încredințarea colectivului de muncă și trimiterea la o Școală Specială de Muncă și Reeducare. Calificate ca adevărate „pepiniere de infractori", locuri de detenție complet închise, în aceste școli speciale de reeducare, se internau minorii delincvenți de toate categoriile pentru o perioadă cuprinsă între 2 și 5 ani. Această situație nu a permis folosirea mai largă a măsurilor educative și nici aplicarea pedepsei corespunzător gravității faptelor. Prin reintrarea în vigoare a prevederilor Codului Penal în anul 1992 s-a urmărit intrarea într-o situație de normalitate prin diferențierea și diversificarea deciziei. În felul acesta s-a urmărit stabilirea corectă a vinovăției și aplicarea în mod corespunzător a unei măsuri educative sau a unei pedepse, de la caz la caz, corelat cu o serie de alte criterii menite să conducă la luarea deciziei celei mai potrivite.

Vârsta răspunderii penale

Minorul răspunde penal după împlinirea vârstei de 16 ani și între 14 – 16 ani, numai dacă se stabilește că a comis o faptă penală cu discernământ.

Se poate afirma că **din punct de vedere al vârstei, legislația noastră se înscrie în concepția modernă** cu privire la discernământul minorului care săvârșește o infracțiune. În țări unde vârsta răspunderii penale este mai mică de 16 ani, cum este de pildă cazul Suediei (15 ani), Scoției (8 ani), Angliei (10 ani), se fac demersuri pentru modificări, în sensul creșterii pragului de vârstă pentru aplicarea răspunderii penale.

Față de minorii sub 16 ani „care au săvârșit fapte prevăzute de legea penală, dar nu răspund penal sau sunt expuși să săvârșească asemenea fapte ori ale căror purtări contribuie la răspândirea de vicii sau deprinderi imorale în rândul altor minori", conform Legii nr.3/1970 pentru Ocrotirea Unor Categorii de Minori, se poate lua o măsură educativă, sub forma supravegherii deosebite în familie sau internării în școli speciale care aparțin Ministerului Învățământului.

Măsuri educative :

- *Mustrarea*, care înseamnă dojenirea minorului, semnalarea pericolului social al faptei și recomandari de îndreptare a comportamentului, avertismentul cu privire la înăsprirea pedepsei în caz de repetare a comportamentului delincvent.

- *Libertatea supravegheată*, când minorul este lăsat în libertate, încredințat familiei, pe timp de un an, sub supravegherea deosebită a părinților, tutorelui sau celor care l-au înfiat ori unei persoane de încredere sau unei instituții, prilej cu care instanța stabilește obligațiile, restricțiile ce revin minorului, precum și persoanelor desemnate să exercite supravegherea minorului. Totodată, este anunțată școala sau unitatea unde acesta lucrează pentru realizarea unei colaborări cu privire la îndreptarea minorului.

- *Internarea într-un centru de reeducare pentru minori* care este măsura educativă de instituționalizare pentru minorii care au comis fapte mai grave, cu comportamente delincvente structurate, care au comis delicte în grup organizat ori în cazul în care aplicarea celorlalte măsuri educative nu au fost considerate ca eficiente. Centrele de reeducare pentru minori asigură pregătirea școlară și/sau profesională a celor internați. Această măsură se ia pe un timp nedeterminat, dar nu mai mult decât până la împlinirea vârstei de 18 ani a minorului. De asemenea, în cazul unui comportament corespunzător și dacă minorul a dat dovezi de îndreptare, după trecerea a cel puțin un an de la data internării, se poate dispune liberarea înainte de majorat sau, dacă în perioada liberării acordate, minorul are o purtare necorespunzătoare, se poate revoca liberarea. Cele 4 centre de reeducare pentru minori existente în prezent au fost înființate în anul 1992, după abrogarea Decretului 218/1977, în locul vechilor școli speciale de muncă și reeducare. Deși actualele centre de reeducare minori oferă condiții mult ameliorate din punct de vedere al condițiilor de viață, al programelor educative și de învățământ școlar și profesional, ele nu se ridică la nivelul exigențelor mai ales din punct de vedere al educației și pegătirii minorilor pentru viața de după îndeplinirea termenului de instituționalizare.

- *Internarea într-un institut medical-educativ* este prevăzută în Codul Penal ca măsură educativă cu privire la **minorii delincvenți** cu deficiențe fizice, psihice, senzoriale cu nevoi speciale. Inexistența unor asemenea instituții specializate cu privire la minorii delincvenți face ca măsura să se ia extrem de rar și, atunci cînd trebuie luată, se recurge la centre de reeducare pentru minori, cu aplicarea unui regim special de educație și învățământ.

Pedepsele:

Aplicarea unei decizii punitive se justifică, în principal, prin necesitatea pedepsirii celui care comite o faptă penală considerată de o anumită gravitate, pe de o parte, și apărarea societății de comportamente periculoase, pe de altă parte. Pedeapsa se justifică în unele cazuri ca modalitate de izolare a unui element periculos, are valoare de exemplu pentru descurajarea potențialilor infractori și un mijloc de compensare față de victimă.

Pedeapsa este de cele mai multe ori precedată de arestul preventiv. Cu privire la **starea de arest preventiv**, așa cum se aplică în prezent minorilor are o serie de neajunsuri: poate dura o perioadă foarte mare de timp până la lămurirea cazului și epuizarea tuturor căilor de atac, condițiile arestului sunt prea aspre, nu se ține seama sau se acceptă greu prezumția nevinovăției. Mandatele de arestare emise de către Parchet se prelungesc prea mult de către judecători, apoi tergiversarea în instanță poate prelungi nejustificat arestul.

Pedepsele care se aplică minorilor delincvenți sunt: **amenda** sau **închisoarea** .

Pedeapsa închisorii se reduce în cazul minorilor la jumătate din ceea ce se aplică adulților pentru aceeași faptă, dar minimul pedepsei nu poate depăși 5 ani, iar pentru pedeapsa detențiunii pe viață, minorului i se aplică închisoarea de la 5 la 20 ani. Legea prevede că pedepsele se pronunță de către instanță bine motivat, și numai dacă se consideră că măsurile educative nu sunt suficiente pentru reeducarea minorului.

Din acest punct de vedere se înregistrează o tendință îngrijorătoare: dacă pe plan internațional poli-

tica penală, în general, și față de minori, în special, are în vedere reducerea sancțiunii privative de libertate, în România se constată înăsprirea sancțiunilor prin creșterea aplicării pedepsei închisorii atât ca număr de pedepse, cât și ca durată. Astfel, în anul 1994, pedeapsa cu închisoarea a fost aplicată în proporție de 45,7% din totalul minorilor condamnați definitiv și la circa 49% în anul 1995, în timp ce față de condamnații peste 18 ani, majori, aplicarea pedepsei cu închisoarea nu a depășit 35,0% pentru aceeași perioadă.

Acest lucru nu se explică prin faptul că minorii ar comite fapte mult mai grave decât adulții. Cele mai multe din infracțiunile comise de minori sunt din categoria furtului din avutul privat și public (87,3% și 86,8% pentru anii 1995 și respectiv 1996). Suntem mai degrabă în prezența unui efect pervers, rezultat din mecanismele de aplicare a legii decât ca urmare a aplicării pedepselor după criteriul gravității infracțiunilor.

Aplicarea măsurii punitive cu privare de libertate a minorilor se face fără încercarea, în prealabil, de a epuiza celelalte posibilități și, totodată, cel mai adesea, fără a acorda atenția necesară, cerută în textul de lege, de **motivare temeinică** a pedepsei. Pe de altă parte, deși prin abrogarea decretului mai sus amintit au fost desființate școlile speciale de muncă și reeducare, se păstrează mentalitatea că actualele centre de reeducare sunt în realitate aceleași „pușcării de minori". Nu sunt suficient cunoscute de către judecători sau nu sunt luate în seamă avantajele unui program de educație și învățământ școlar și profesional pentru minori, pe care aceste centre îl asigură în prezent.

Se adaugă la aceasta faptul că pedepsele privative de libertate pot avea termene mai scurte, oferă posibilitatea ca minorii să fie instituționalizați mai aproape de locul de reședință al familiei minorului și deci să poată fi mai ușor vizitați. Din aceste motive se obișnuiește ca avocații să solicite judecătorilor aplicarea cu preferință a unei pedepse cu închisoarea, în defavoarea măsurii educative de instituționalizare. Și într-adevăr, există la nivel național un număr de 33 de închisori, răspândite pe întreg teritoriul țării, și numai 4 centre de reeducare cu capacitate foarte mare de locuri (cca. 500). Efectul este că în timp ce secțiile pentru minori din penitenciare sunt supraaglomerate, funcționează în condiții și cu programe insuficient adecvate minorilor, centrele de reeducare, incomparabil mai bine pregătite din aceste puncte de vedere, sunt ocupate la jumătate din capacitate.

Pe de altă parte, cauzele minorilor sunt judecate în tribunale pentru adulți, iar judecătorilor numiți să judece cauze penale pentru minori nu li se pun la dispoziție suficiente date pentru cunoașterea situației familiale, școlare, sociale a delincvenților minori, încât adesea nu au posibilitatea clarificării condițiilor, factorilor, cauzelor care au dus la situația de infracționalitate. Singurele evaluări care se fac sunt anchetele sociale efectuate de reprezentanți ai Autorității Tutelare. Aceste anchete sociale, mai degrabă formale, sunt de slabă calitate profesională, neabordând toate elementele necesare unei evaluări corecte a cazului referitor la starea psihică și fizică, dezvoltarea intelectuală și morală, condițiile în care a fost crescut minorul. Lipsesc, de asemenea, o serie de alte elemente necesare, de natură să caracterizeze persoana minorului, încât să se poată lua o decizie individualizată și mai ales corectă, în sensul cerut în mod expres de legea penală. Am întâlnit în evaluările efectuate pentru cunoașterea situației familiale a minorului și împrejurărilor comiterii faptei, întocmite de Autoritatea Tutelară, așa numitele „anchete sociale", formulări cum ar fi: „...familie bine organizată, părinții sunt în divorț." Sau, în unele Servicii de Autoritate Tutelară s-au elaborat ăformulareă pentru înregistrarea situației minorului în familie, ca și cum individualizarea fiecărei situații ar putea fi cuprinsă în limitele unui chestionar dinainte prestabilit.

Suspendarea condiționată a executării închisorii este un mod de individualizare a sancțiunii cu închisoarea care se aplică minorilor delincvenți și nu se înscrie în categoria pedepselor; termenul de încercare include durata pedepsei închisorii, la care se adaugă un interval de 6 luni până la doi ani, stabilit de instanță. În cazul suspendării condiționate, instanța poate dispune aplicarea măsurii libertății supravegheate până la împlinirea vârstei de 18 ani a minorului. Ca și în cazul supravegherii deosebite, în situația suspendării condiționate, familia, tutorii și, în general, persoanele care au obligații cu privire la minor nu sunt sprijinite de servicii sociale specializate în sarcina de supraveghere și îndreptare a comportamentului acestuia.

Codul Penal modificat și completat prin Legea 140/1996, deși caracterizat ca fiind mai sever, înscrie printre măsurile privind minorul delincvent posibilitatea prestării unei munci benevole, în folosul societății, în comunitate, într-un număr anumit de ore, în cadrul măsurii educative a libertății supravegheate. Este un prim pas de asigurare a unei baze legale pentru un tratament mai apropiat condiției minorului în proces de formare, a cărui personalitate este în curs de constituire, cu nevoi educative și care nu poate fi tratat ca un adult în miniatură. Astfel, în cadrul măsurii libertății supravegheate, cât și în acela al suspendării condiționate a executării pedepsei, conform noilor reglementări înscrise în actualul Cod Penal – Legea 140/1996 – instanța poate să impună minorului una sau mai multe din obligațiile: a) să nu frecventeze aumite locuri stabilite; b)să nu intre în legătură cu anumite persoane; c) să presteze o activitate neremunerată într-o instituțe (unitate) publică, cu o durată între 50–200 de ore, de minimum 3 ore pe zi.

Ministerul Justiției, Reprezentanța Specială UNICEF în România, cu sprijinul metodologic al Asociației Internaționale a Magistraților pentru Minori și Probleme de Familie și organizații specializate din Federația Echipelor Mandatate pentru Mediu Deschis din Belgia, desfășurat un program de cercetare–acțiune pus în aplicare de **ECARS (Echipa de Cercetare – Acțiune – Recuperare Socială)**, o echipă pluridisciplinară de specialiști. Programul a avut ca scop realizarea adaptării la condițiile din România, după un model belgian, a unei alternative la pedeapsa închisorii. Este vorba despre desfășurarea de către minorul delincvent a unei activități benevole în folosul societății, într-o unitate publică socială sau culturală (școală, cantină, spital, grădiniță, bibliotecă etc.), în timpul liber, la sfârșitul săptămânii sau în vacanțe. Echipa de specialiști: asistent social, psiholog, juriști, sociologi, s-a ocupat în această perioadă de minor și familia sa, fiind antrenată colectivitatea de la locul de muncă, colectivitatea școlară, vecinătatea. S-a avut în vedere, prin mijloace specifice de educare, responsabilizarea și îndreptarea comportamentului minorului. Ca principii de bază în această activitate s-au aplicat principii de confidențialitate, evitarea stigmatizării, a etichetării, dezvoltarea personalității tânărului pentru îndreptarea comportamentului.

Deși nu putem încă vorbi de introducerea unei alternative la pedeapsa cu privare de libertate, s-a realizat un prim pas către aceasta prin introducerea în textul noii legi pentru modificarea și completarea Codului Penal a prevederii cu privire la posibilitatea aplicării executării unei munci benevole, în profitul societății. Dar, crearea unei asemenea posibilități pentru judecător și chiar poate introducerea ei ca măsură alternativă la pedeapsa cu închisoarea, prin forma muncii în folos comunitar, va fi sortită eșecului dacă nu se va realiza o rețea a serviciilor sociale pentru această categorie de copii cu nevoi speciale, formate din asistent social, psiholog, jurist, specialiști în domeniul problemelor copilului de toate vârstele.

Un asemenea serviciu trebuie să se sprijine pe o serie de alte servicii sociale generale sau specifice, cum ar fi serviciile de asistență socială cu activitate complexă (generală) de tip comunitar și, respectiv, serviciile specializate pentru arii teritoriale mai mari. Aceasta, pentru realizarea unei abordări profilactice, cât mai complexă, concertată, de prevenire și soluționare a cazurilor, care să aibă în vedere nevoile multiple ale copilului: de educație școlară, profesională, de sănătate, de situație materială, de locuire, de relații intra- și extra-familiale, cu privire la petrecerea timpului liber ale minorului și/sau ale familiei sale.

Din anul 1990 încoace, s-au mai emis unele măsuri legislative și s-au întreprins câteva acțiuni care au avut în vedere ameliorarea condițiilor de viață, aplicarea unui tratament mai umanizat din instituțiile care lucrează cu delincvenți (centre de primire minori, centre de reeducare, secții de minori din închisori) și pentru reducerea ratei crescute a fenomenului delincvenței juvenile.

Prin Hotărârea Guvernului României privind Planul Național de acțiune în favoarea copilului, din decembrie 1995, sunt trasate jaloanele pentru protecția juridică și prevenirea delincvenței minorilor, pe principii moderne, după priorități și în concordanță cu recomandările internaționale. Neprecizarea responsabilităților însă, a căilor și mijloacelor pentru realizarea infrastructurii necesare punerii în aplicare directivelor și a principiilor general acceptate poate amâna nepermis de mult realizarea direcțiilor stipulate în plan.

Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul de Interne, Administrația Publică Locală au întreprins unele măsuri privind „copiii străzii", în câteva penitenciare (Jilava, Târgșor, Arad) s-au înființat posturi și s-au angajat asistenți sociali pentru a lucra cu minorii din penitenciare, s-a încercat realizarea unor cercetări și studii pentru cunoașterea situației cu privire la fenomene relativ nou apărute, mai puțin cunoscute, cum ar fi cel al traficului și folosirii stupefiantelor de către tineri (în special elevi de liceu) sau constituirea unor grupuri cu comportamente antisociale (cum sunt grupurile satanice).

Nu există o strategie coerentă adoptată de către guvern pentru abordarea articulată a fenomenului delincvenței. Deși au existat inițiative, există o cunoaștere asupra realității de către diferitele departamente, ea este sectorială, la nivelul restrâns al domeniului fiecăruia, fără o cuprindere de ansamblu. Acesta este și unul din motivele pentru care rezultatele diferitelor acțiuni întreprinse nu au dat rezultatele scontate.

O atenție aparte se cuvine a se acorda diferitelor activități desfășurate de organizații guvernamentale care au realizat proiecte independente sau în parteneriat cu alte organizații neguvernamentale și instituții publice.

„Europa pentru Europa", „Grupul Român pentru Europa" – GRADO sunt numai două din asociațiile neguvernamentale care s-au implicat în domeniul delincvenței juvenile, demne a fi menționate pentru unele rezultate bune înregistrate.

Asociația „Europa pentru Europa" în colaborare cu Direcția Penitenciarelor a lucrat în Penitenciarul din Arad unde, în perioada 1994-1996, au realizat o serie de lucrări de reparații, construcții, amenajări, programe educative în case de copii, școli și secția de minori din Penitenciarul din Arad. În prezent se fac demersuri pentru înființarea la Arad a unei instituții de învățământ superior pentru pregătirea specialiștilor, viitori ofițeri de probațiune care să lucreze cu delincvenții în penitenciar, dar și în afara lui.

Asociația GRADO a acordat asistență în vederea reintegrării femeilor eliberate din penitenciare. Activitatea s-a desfășurat în perioada septembrie 1995 – august 1996, în Penitenciarul din Târgșor și a avut în vedere sprijinirea nu numai a femeilor din penitenciar ci și a copiilor lor. Au mai fost desfășurate, în colaborare cu UNITER și Direcția Penitenciarelor, activități educative (terapie prin dramă) în penitenciare și centre de reeducare minori. Sub denumirea ăteatrul ca reabilitareă s-a montat piesa „Robinson și oaspeții săi", spectacol special destinat celor din penitenciare. În prezent continuă să se lucreze cu minorii și adulții din închisoare, în cadrul grupurilor de terapie prin dramă. Mai menționăm traducerea și publicarea primului manual de practică penitenciară. Menționăm traducerea și publicarea în limba română a primului manual de practică penitenciară **„A face regulile să funcționeze"**, în cadrul unui program inițiat de Comitetul Helsinki olandez pentru predarea normelor de practică în penitenciare. Scopul acestei acțiuni a fost de a introduce în România criteriile și standardele internaționale și un model particular de a le pune în practică.

15.3 Reforma pentru ținerea sub control a fenomenului delincvenței juvenile

Promovarea unei reforme este absolut necesară. Având în vedere amploarea și complexitatea fenomenului, precum și gravitatea problemelor, cu implicațiile negative pe care le are asupra tinerei generații, se impune intervenția concertată a tuturor instituțiilor implicate, în sensul reevaluării sistemului legislativ, juridic și de protecție socială, reevaluarea organizării și funcționării instituțiilor implicate în domeniu, crearea unor servicii și instituții noi, a structurilor operative necesare, pe principii și norme moderne, în acord cu orientările politicii penale la nivel internațional și cu necesitățile actuale ale societății românești.

Măsurile de politică socială și penală trebuie să fie centrate pe minor și să aibă ca obiective prioritare prevenirea situației de delincvență și preîntâmpinarea situației de repetare a faptei.

Câteva principii generale trebuie avute în vedere:

- **Domeniul criminalității juvenile este o problemă a întregii societăți,** el subsumând în mod necesar preocupări juridice, pedagogice, medicale și de protecție socială. În același timp, el implică existența unui mediu deschis, prietenos, adecvat care să se articuleze pe ideea prevenirii, asistării, sprijinirii, educării și supravegherii minorului delincvent în toate momentele: imediat după săvârșirea faptei, judecării, luării deciziei și încă mult timp după aceea. Coordonarea activității diferitelor autorități cu responsabilități în domeniu este un imperativ de maximă urgență.

- Pentru o bună și mai ales corectă abordare a problemei, reforma trebuie să se bazeze pe **cunoașterea temeinică a fenomenului.** Luarea deciziilor este necesar a fi precedată de analiza evoluției, incidenței, naturii și cauzelor reale a delincvenței juvenile pe baza datelor oficiale existente la toate nivelurile implicate. Cunoașterea la timp a proporției unor fenomene relativ noi, prea puțin răspândite până în prezent, cum ar fi consumul de drog în rândul minorilor sau dezvoltarea unor grupuri cu comportamente deviante pentru a preveni propagarea lor.

- **Prevenția delincvenței și a situației de repetare** a faptei trebuie să stea în centrul politicii de control a delincvenței juvenile, în mod special prevenirea prin educație la toate nivelele (familial, școlar, instituțional, mediu social) și chiar în toate etapele (înainte de comitere, ca suport în perioada de aplicare a sancțiunii și a executării ei, cât și după această perioadă).

- Intervenția activă asupra **cauzelor fenomenului**, cum ar fi rezolvarea unor probleme la nivel familial (prin măsuri de protecție familială, suport financiar, suport juridic, consiliere), la nivelul școlii (programe mai bune de educație, chiar școli mai bune în zonele cu probleme), organizarea timpului liber al tinerilor prin activități atractive și accesibile la nivelul școlii sau al cartierului.

- **Întărirea cadrului legislativ**, prevederea în Codul Penal a unei game mai largi de sancțiuni alternative, aplicabile minorilor care au săvârșit fapte penale, stabilirea clară, concretă a modalităților de executare și stabilirea responsabilităților. Identificarea și adaptarea la sistemul judiciar penal românesc a unor modalități educative și de îndreptare existente în alte legislații.

- **Reconsiderarea rolului Serviciului Autorității Tutelare** cu privire la contribuția pe care trebuie să o aducă în cauzele cu minori.

- **Reinstituirea sistemului de însoțire a minorului în instanță**, la solicitarea acesteia, ca martor, de către asistentul social din serviciul de asistență socială din comunitate sau din cadrul unui serviciu specializat, care să cunoască bine situația, capabil să furnizeze instanței informațiile necesare unei adevărate individualizări în judecarea cauzei minorilor, pentru cazurile care reclamă acest fapt .

- Instituirea **arestului preventiv în condiții speciale**, adecvate pentru minori, numai în cazurile în care se justifică și pe termene cât mai scurte.

- **Restructurarea modelului actual al instituționalizării**, demilitarizarea lui, construirea unui mediu mai prietenos și îmbunătățirea programelor educative.

- Elaborarea unor **programe speciale pentru formarea/dezvoltarea profesională a personalului** implicat în soluționarea cauzelor cu minori, creșterea exigențelor cu privire la pregătirea personalului angajat în judecarea, supravegherea, educarea, recuperarea și reintegrarea minorului.

- **Implicarea autorităților locale** pentru a oferi o alternativă posibilităților de custodie. Aplicarea unor măsuri educative în cadrul comunității acționează, pe de o parte, în sensul reducerii substanțiale a cheltuielii publice, prin scăderea numărului celor aflați în închisori în favoarea menținerii lor în familie, pe de altă parte, reduce suprapopularea închisorilor, problemă cu care se confruntă acut penitenciarele din România. Totodată, se oferă cadrul unui proces de schimbare a atitudinii și mentalității în raporturile dintre victimă și agresor, în dublu sens.

- **Evitarea urmăririi minorului în justiție**, ca măsură preventiv-educativă, pe baza creării unui sistem în care servicii specializate, prin puteri de decizie lăr-

gite, să poată dispune de posibilitatea legală de a da hotărâri în acest sens. Un exemplu ar putea fi recurgerea la medierea cu victima și despăgubirea acesteia pentru stingerea conflictului social.

- **Delincventul minor privit ca entitate umană în sine** trebuie să beneficieze de un tratament adecvat. Dacă, în prezent, beneficiază de judecători special desemnați, de un sistem deosebit al măsurilor educative și pedepselor, de condiții speciale pentru punerea lor în aplicare, totuși, reglementările normative ale Codului Penal actual cât și modalitățile de aplicare a diferitelor sancțiuni și măsuri educative față de minorii delincvenți nu reflectă încă în suficientă măsură schimbările intervenite în politicile penale internaționale cu privire la respectarea drepturilor copilului: acționarea în sensul interesului acestuia, tratarea individualizată, evitarea etichetării, instituirea unor măsuri de „descarcerizare" și, în general, de reducere a sistemului de constrângeri în favoarea dezvoltării unui sistem de măsuri educative, abordarea mai prietenoasă prin limitarea constrângerii.

- **Minorii proveniți din medii cu comportamente delincvente** au nevoie de o atenție deosebită; este necesar instituirea unor măsuri pentru sprijinirea acestor copii ai căror părinți sunt în detenție și prevenirea adoptării unor atitudini deprinse în familie.

- Actualizarea măsurilor legislative cu privire la adulții care instigă sau atrag copii în comiterea de acte penale, prin **înăsprirea drastică a pedepselor contra celor care asociază copiii** în comiterea delictelor.

- **Instituționalizarea unor organisme speciale** cu funcții de supraveghere a modului în care minorul lăsat în libertate își îndeplinește obligațiile impuse de instanță – ceea ce în alte legislații se numește „ofițer de probațiune" – și totodată să sprijine reinserția socială a minorilor liberați din centrele de reeducare. Aceste organisme ar putea funcționa sub forma unor compartimente auxiliare formate din asistenți sociali, psihologi, sociologi, pedagogi, în instanțe de judecată, centre de reeducare, în penitenciare și în afara lor, în comunitate, ca servicii de sprijin și îndrumare a minorului și familiei sale.

- **Constituirea unor complete permanente sau secții specializate** în judecarea minorilor în cadrul instanțelor existente sau în viitor, eventual înființarea chiar a unor instanțe specializate în judecarea cauzelor cu minori, indiferent de natura cauzei (civilă,penală,etc.) sau numai a cauzelor penale . Judecătorii care ar urma să facă parte din acest complete, secții sau instanțe trebuie să aibă pe lângă pregătirea și calificarea juridică necesară unui judecător și o pregătire corespunzătoare în domeniul psihologiei și sociologiei familiei, sociologiei vârstelor (adolescența) și asistența socială a familiei.

- **Abordarea de pe principii noi a situației victimei și a raportului dintre aceasta și agresor** poate fi realizată prin acordarea despăgubirii materiale, dar și a unei reparații morale, cum ar fi cererea de scuze și recunoașterea vinovăției de către făptuitor. Din punct de vedere al victimei, este important a avea în vedere acordarea sprijinului necesar și, mai ales, reducerea sentimentului de teamă care declanșează ostilitate.

- Față de existența unui comportament intolerant al opiniei publice, în rândul căreia se adoptă în continuare o atitudine mai curând ostilă, lipsită de înțelegerea corectă a fenomenului este necesară **intervenția pentru sensibilizarea, responsabilizarea și conștientizarea societății românești**, în general, și a instituțiilor specializate de control social, în special, pentru o percepere corectă a utilității diversificării măsurilor educative și extinderea pedepselor fără privațiune de libertate. Presa, care urmărește elementul de senzație în abordarea subiectelor cu privire la delincvență, poate întări temerile și nu face decât să crească ostilitatea populației. Funcționarea societății civile într-un sens corect, se poate realiza numai pe baza unui răspuns adecvat al celorlalți factori de autoritate a societății românești.

- În colectivitățile sau comunitățile expuse riscului, se poate recurge la o serie de măsuri pentru **reducerea condițiilor de a comite un delict,** prin instituirea unor elemente de descurajare, cum ar fi: instalarea unor sisteme de securitate în locuințe și instituții, iluminatul mai bun în zonele publice și în zone de parcare, patrularea preventivă pe străzi.

INSTITUTUL DE CERCETARE A CALITĂȚII VIEȚII
CENTRUL DE INFORMARE ȘI DOCUMENTARE
PENTRU POLITICI SOCIALE ȘI CALITATEA VIEȚII
Calea 13 Septembrie nr. 13, sector V București