



În parteneriat cu



ÎNȚELEGEREA POSIBILITĂȚII INTRODUCERII UNUI MORATORIU PRIVIND PLASAMENTUL COPIILOR CU VÂRSTA 0-6 ANI ÎN ÎNGRIJIREA INSTITUȚIONALĂ

Studiu calitativ

SOCIOPOLIS CONSULTANCY,
Diana Cheianu-Andrei

Chișinău, 2023



MacArthur
Foundation

Inițiativa Changing the Way We Care este implementată de Catholic Relief Services și Maestral International, în colaborare cu alți parteneri globali, naționali și locali, care împreună își unesc eforturile pentru a schimba modul în care îngrijim copiii din întreaga lume. Partenerii noștri principali la nivel global sunt Better Care Network și Faith to Action. CTWWC este cofinanțată de Alianța pentru Dezvoltare Globală a USAID, Fundația MacArthur și Fundația GHR.

©2024 Catholic Relief Services. Toate drepturile sunt rezervate. Acest material nu poate fi reprodus, postat, modificat sau distribuit fără acordul prealabil, exprimat în scris, al deținătorului drepturilor de autor. Obținerea permisiunii poate fi solicitată la adresa info@ctwwc.org.

Fotografiile din această publicație sunt utilizate doar în scopuri ilustrative; ele nu exprimă o anumită stare de sănătate, statut de orfan sau de plasament în îngrijire rezidențială a oricărei persoane care apare în fotografii.

Acest raport a fost elaborat cu sprijinul generos al Poporului American prin intermediul Agenției Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională (USAID). Conținutul acestei publicații este responsabilitatea Changing the Way We Care și nu reprezintă neapărat punctul de vedere al USAID sau a Guvernului SUA.

CUPRINS

ABREVIERI	5
SUMAR EXECUTIV	6
INTRODUCERE	16
I. CADRUL DE CERCETARE	18
1.1. Scopul și obiectivele cercetării calitative.....	18
1.2. Metodologia de cercetare	18
1.3. Îngrijirea de tip rezidențial și îngrijirea alternativă de tip familial: aspecte conceptuale	19
II. TENDINȚE ÎN ÎNGRIJIREA COPIILOR CU VÂRSTA 0-6 ANI ÎN INSTITUȚII DE TIP REZIDENȚIAL ȘI ÎNGRIJIREA ALTERNATIVĂ DE TIP FAMILIAL, ÎN PERIOADA 2018-2022	22
III. PREVENIREA SEPARĂRII DE FAMILIE A COPIILOR CU VÂRSTA 0-6 ANI	31
3.1. Prevenirea riscurilor de abandon și separare în perioada adolescenței și a sarcinii	31
3.2. Asistența acordată în maternități pentru prevenirea abandonului nou-născuților	32
3.3. Identificarea și evaluarea nevoilor copilului și a familiei în situație de risc, la nivel comunitar	33
3.4. Serviciile oferite pentru prevenirea separării copiilor	37
3.5. Implicarea organizațiilor societății civile în prevenirea separării copilului de familie.....	40
IV. PRACTICI DE PLASAMENT AL COPIILOR CU VÂRSTA 0-6 ANI ÎN INSTITUȚIILE REZIDENȚIALE	43
4.1. Cauzele plasamentului.....	43
4.2. Traseul plasamentului.....	46
4.3. Rolul grupului intersectorial	48
4.4. Beneficiile și riscurile plasamentului în instituțiile rezidențiale a copiilor cu vârsta 0-6 ani.....	50
V. ATITUDINI PRIVIND PLASAMENTUL COPIILOR CU VÂRSTA 0-6 ANI ÎN ÎNGRIJIREA ALTERNATIVĂ DE TIP FAMILIAL	54
5.1. Beneficiile plasamentului de îngrijire alternativă și prezența unor riscuri.....	54
5.2. Provocările în dezvoltarea serviciilor de îngrijire alternativă de tip familial.....	55

VI. ATITUDINI FAȚĂ DE INTRODUCEREA MORATORIULUI LA INTRAREA COPIILOR DE 0-6 ANI ÎN INSTITUȚIILE REZIDENȚIALE	56
RECOMANDĂRI / ACȚIUNI NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA MORATORIULUI	59
BIBLIOGRAFIE.....	63
ANEXE.....	65
Anexa 1. Profilul participanților la interviuri.....	65
Anexa 2. Profilul participanților la discuțiile de grup	66
Anexa 3. Date privind copiii în situație de risc, copiii separați de părinți (CER nr.103) și copiii din sistemul rezidențial (CER nr. 103 A)	66

ABREVIERI

ANAS	Agenția Națională Asistență Socială
APP	Asistență Parentală Profesionistă
ATL	Autoritate Tutelară Locală
ATT	Autoritate Tutelară Teritorială
CCF Moldova	Copil, Comunitate, Familie Moldova
CCTF	Casă de copii de tip familial
CP	Centru de Plasament
CPCD	Comisia raională pentru protecția copilului aflat în dificultate
CTWWC Moldova	Inițiativa globală Changing the Way We Care
DFG	Discuție focus grup
EMD	Echipa multidisciplinară comunitară
GIL	Grup intersectorial de lucru
IIA	Interviu individual aprofundat cu asistenți parentali profesioniști
IIE	Interviu individual cu experți
MEC	Ministerul Educației și Cercetării
MMPS	Ministerul Muncii și Protecției Sociale
MS	Ministerul Sănătății
ONU	Organizația Națiunilor Unite
OLSDÎ	Organe Locale de Specialitate în Domeniul Învățământului
OSC	Organizații ale societății civile
STAS	Structuri Teritoriale de Asistență Socială
UAT	Unitate administrativ-teritorială
UE	Uniunea Europeană
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii

SUMAR EXECUTIV

Contextul studiului

Protecția copilului în Republica Moldova este aliniată, în mare parte, cadrului internațional privind drepturile copilului definit prin Convenția ONU cu privire la drepturile copilului, Liniile Directoare pentru îngrijirea alternativă a copiilor.

Programul național pentru protecția copilului pe anii 2022-2026 și Planul de acțiuni pentru implementarea acestuia este orientat pe trei obiective generale: (i) consolidarea sistemului de protecție a copilului, pentru a răspunde prompt și eficient la nevoile fiecărui copil; (ii) asigurarea toleranței zero din partea adulților și a copiilor față de orice formă de violență asupra copiilor; (iii) asigurarea creșterii copiilor într-un mediu familial sigur și protector, care să le garanteze bunăstarea. Printre cele 5 acțiuni din cadrul obiectivului general 3 este și cea de lichidare/reorganizare a instituțiilor de îngrijire a copiilor de tip rezidențial, cu reintegrarea copiilor în familie sau transferul în serviciile alternative de tip familial.

În aceste condiții, organizația nonguvernamentală Copil, Comunitate, Familie Moldova (CCF Moldova), în cadrul Inițiativei Globale Changing the Way We Care (CTWWC), a considerat necesar să realizeze studiul calitativ *Înțelegerea posibilității introducerii unui moratoriu privind plasamentul copiilor cu vârsta 0-6 ani în îngrijirea instituțională*, care să ajute autoritățile din Republica Moldova, în mod special, Ministerul Muncii și Protecției Sociale (MMPS), Ministerul Sănătății (MS) și Ministerul Educației și Cercetării (MEC), în contextul obiectivelor de politici naționale și angajamentelor internaționale asumate. Pentru realizarea studiului, a fost selectată compania Sociopolis Consultancy.

Scopul și obiectivele de cercetare

Scopul studiului calitativ a constat în identificarea provocărilor care nu au permis introducerea unui moratoriu privind plasamentul copiilor cu vârsta de 0-6 ani în instituțiile de tip rezidențial, până în prezent, și a modalităților de înlăturare a barierelor existente.

Obiectivele cercetării au cuprins: (i) analiza datelor statistice privind instituționalizarea copiilor cu vârsta 0-6 ani și plasamentul acestora în îngrijirea alternativă de tip familial; (ii) înțelegerea practicilor existente de identificare, asistență, referire și plasament a copiilor cu vârsta 0-6 ani în instituțiile de tip rezidențial; (iii) evaluarea cunoștințelor și atitudinilor profesioniștilor și actorilor care iau decizii de îngrijire a copiilor cu vârsta 0-6 ani, cu privire la îngrijirea instituțională, versus îngrijirea alternativă de tip familial; (iv) elaborarea de recomandări privind modul de proiectare a eforturilor de advocacy, care să abordeze barierele actuale în calea instituirii unui moratoriu pentru plasamentul copiilor cu vârsta 0-6 ani, precum și acțiuni concrete care urmează a fi realizate și instituțiile responsabile.

Metodologia și limitele studiului calitativ

Pentru atingerea scopului și a obiectivelor de cercetare, s-a propus o abordare calitativă care să permită triangularea datelor. Cercetarea s-a bazat pe surse de date primare și secundare.

Programul de cercetare al studiului a cuprins: (i) analiza datelor statistice privind copiii cu vârsta 0-6 ani în situație de risc și plasamentul copiilor de această vârstă în îngrijirea rezidențială și cea alternativă de tip familial (CER 103 și CER 103A), pentru anii 2018-2022; (ii) realizarea interviurilor individuale aprofundate pe un eșantion de 21 de actori sociali și experți (primari, asistenți sociali comunitari, asistenți sociali din cadrul maternității, asistente medicale, medici, șefi ai Structurilor Teritoriale de Asistență Socială (STAS), specialiști raionali în asistența medicală a mamei și copilului, reprezentanți ai instituțiilor rezidențiale pentru copiii cu vârsta 0-6 ani, etc.); (iii) organizarea a 7 discuții focus grup (DFG) cu membrii echipei multidisciplinare comunitare (EMD), ai Comisiei raionale protecția copilului aflat în dificultate (CPCD), ai grupului intersectorial de lucru (GIL) al Agenției Naționale de Asistență Socială (ANAS), ai organizațiilor societății civile (OSC) implicate în dezvoltarea serviciilor de protecție a copiilor, dar și asistenți sociali comunitari și asistente medicale.

Cercetarea s-a bazat pe eșantionarea orientată spre scopul urmărit. Participanții la interviurile individuale aprofundate (IIA) și discuțiile focus grup au fost selectați, împreună cu echipa CCF Moldova, în baza a două criterii: experiența relevantă și posesia unor cunoștințe și abilități pentru tema studiată.

În realizarea cercetării, s-au luat în considerare principiile și normele etice promovate de Grupul de Evaluare al Națiunilor Unite. Participanții au fost informați atât despre contextul și scopul studiului, cât și despre respectarea principiilor de anonimat și confidențialitate. Pentru colectarea informației, s-a obținut acordul verbal al specialiștilor participanți la cercetare.

Limitele studiului dat țin de particularitățile cercetării calitative, care urmărește înțelegerea posibilității introducerii unui moratoriu, în baza experienței profesionale a participanților la cercetare și nu a unor date cantitative de cartografiere a serviciilor sociale pentru copiii cu vârsta de 0-6 ani.

Constatări-cheie

Copii cu vârsta 0-6 ani aflați în situație de risc în perioada anilor 2018-2022

- În perioada anilor 2018 – 2022, numărul copiilor aflați în situație de risc a crescut de la 7996 de cazuri, la 8862 cazuri. Datele statistice atestă că, aproximativ 1 din 10 copii cu vârsta 0-2 ani și 1 din 4 copii cu vârsta 3-6 ani, erau în situație de risc în anul 2022.
- Situațiile de risc sunt diferite, având anumite particularități în funcție de vârstă. Cauza de bază o constituie neglijarea atât pentru copiii de 0-2 ani (87,6%), cât și pentru cei cu vârsta de 3-6 ani (82,4%). Nu se înregistrează tendințe clare de reducere a cauzelor de risc, excepție constituind abandonul.
- Referitor la numărul copiilor separați de părinți, datele atestă o creștere pentru anii 2018-2019, după care urmărim descreșterea numărului acestora. În anul 2022, 1599 (5,0%) de copii cu vârsta de 0-2 ani și 6465 (20,1%) cu vârsta 3-6 ani au fost separați de părinți, din totalul celor 32242 de copii cu vârsta 0-17 ani.
- Cauza principală a separării a fost plecarea singurului părinte sau ambilor părinți la muncă în străinătate, însă 365 de copii (1,1%) au fost separați de părinți din cauza pericolului iminent pentru viața și sănătatea lor. Din totalul copiilor separați pe motiv de pericol iminent pentru viața și sănătatea lor, copii cu vârsta de 0-2 ani au constituit 15%, iar cei cu vârsta de 3-6 ani – 26%.

- Raportul cu privire la copiii din sistemul rezidențial în anul 2022 (CER nr.103 A) atestă 215 copii cu vârsta 0-6 ani plasați în instituțiile rezidențiale prin plasament de urgență și 146 prin plasament planificat, numărul copiilor cu vârsta de 0-2 ani constituind 175, iar a celor de 3-6 ani – 186.
- Interveniunile realizate cu personalul celor două instituții rezidențiale pentru copii cu vârstă 0-6 ani, aflate în subordinea MS pentru anul 2023, indică faptul că în protecția rezidențială se aflau 80 de copii cu vârsta 0-6 ani, inclusiv 29 cu dizabilități, 27 fiind cu dizabilități severe. În procesul de colectare a datelor, s-au stabilit situații de plasament al copiilor cu vârsta 3-6 ani în Centrul fiziopneumologic de reabilitare pentru copii din Târnova, Dondușeni, care nu se regăsesc în Raportul CER nr.103 A.
- Se înregistrează o tendință clară de reducere a copiilor cu vârsta de 0-2 și 3-6 ani în protecția de tip rezidențial. Această tendință se referă și la copiii cu dizabilități de această vârstă.
- Centrele maternale au un rol semnificativ în prevenirea abandonului și separării copiilor cu vârsta 0-6 ani. În anul 2022, din 217 copii de această vârstă, care au ieșit din aceste instituții rezidențiale, 180 (83%) au rămas în familia biologică. Situația dată este confirmată și de managerul Centrului maternal „În brațele mamei” (Misiunea Socială Diaconia). În cei 12 ani de activitate a centrului, au fost susținute 185 de cupluri mamă-copil și s-au înregistrat doar 9 cazuri de separare.
- Copii cu vârsta de 0-6 ani care au ieșit din instituțiile rezidențiale, în anul 2022, au fost reintegrați în familia biologică (29,9%), în asistența parentală profesionistă (APP) (17,1%), în tutelă (11,8%), în familia extinsă (3,7%), în Casele de Copii de Tip Familial (CCTF) (2,7%), în adopție (2,1%). Pentru 35 de copii (18,7%), nu s-a identificat o formă de protecție de tip familial, aceștia fiind transferați în alte instituții de tip rezidențial.
- Rețeaua serviciilor de îngrijire alternativă de tip familial se dezvoltă atât pe seama prestatorilor de stat, cât și a celor privați, însă este una lentă. Datele statistice arată că, actualmente, mai mulți copii cu vârsta 0-6 ani, inclusiv 0-2 ani și 3-6 ani, se află în servicii alternative de tip familial, în mod special în tutelă, comparativ cu serviciile rezidențiale.

Prevenirea separării de familie a copilului cu vârsta 0-6 ani

- În Republica Moldova, au fost aprobate trei mecanisme de colaborare intersectorială care stipulează necesitatea implicării specialiștilor, inclusiv în scopul de prevenire a separării copilului de familie: (i) prevenirea și reducerea mortalității materne, infantile și a copiilor cu vârsta de până la 5 ani, la domiciliu (HG nr. 1182/2010); (ii) identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor-victime și potențiale victime ale abuzului, neglijării, exploatării și traficului (HG nr. 270/2014); (iii) prevenirea primară a riscurilor în scopul bunăstării copilului (HG nr. 143/2018).
- Asistentele medicale au menționat că nu au beneficiat de instruiri privind aplicarea HG nr.143/2018 pentru aprobarea Instrucțiunii cu privire la mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului. Acestea nu cunosc și nici nu aplică Fișa de observare, Fișa de evaluare și nici Fișa de planificare a acțiunilor de prevenire a riscurilor. Cu toate acestea, unele cazuri de condiții precare de trai, neglijare, violență etc. sunt aduse la cunoștința medicilor de familie, prin intermediul șefilor Centrelor de Sănătate, a specialistului raional în asistența medicală a mamei și a copilului, care sesizează asistenții sociali comunitari.

- Identificarea și prevenirea cazurilor de separare a copiilor cu vârsta 0-6 ani este un proces complicat pentru autoritățile locale. În cadrul interviurilor și discuțiilor focus grup, membrii EMD, asistenții sociali comunitari, dar și membrii CPCD au semnalat că unii copii cu vârsta 0-2 ani sunt identificați mai greu, în comparație cu cei de 3-6 ani, care frecventează instituțiile de învățământ preșcolar.

Evaluarea nevoilor copilului și a familiei în acordarea serviciilor sociale

- Evaluarea nevoilor copilului și a familiei este realizată de către asistentul social comunitar. Acesta realizează evaluarea, alcătuiește Planul Individualizat de Asistență și, ulterior, „colectează semnăturile” de la ceilalți membri ai EMD. Asistenții sociali comunitari identifică nevoile fiecărui copil, conform procedurii managementului de caz și a domeniilor de bunăstare, însă le consideră pe acestea ca fiind birocratice.
- Unele autorități publice locale de nivelul I, acordă suport pentru familiile cu copii cu vârsta 0-6 ani, cu risc de separare, în dependență de necesitățile copilului și familiei. Frecvent, acestea susțin familiile prin înscrierea copiilor la instituția de educație timpurie, scutirea de taxe pentru educația timpurie, acordă, ocazional, îmbrăcăminte, încălțăminte, produse alimentare, mai rar, suport financiar pentru procurarea alimentației copiilor cu vârsta 0-2 ani, servicii de consiliere psihologică mamei/părinților.
- Asistentul social comunitar, împreună cu membrii EMD, în baza evaluării situației copilului și a familiei, ia decizia de a înainta dosarul copilului la CPCD pentru unele servicii suplimentare: sprijin familial secundar, centre de zi, echipe mobile, plasament mamă-copil în Centre maternale etc.
- Familiile cu copii în situație de risc, identificate la nivel de comunitate, inclusiv copii de 0-6 ani, sunt monitorizate la nivel de comunitate. Monitorizarea a fost semnalată de către actorii comunitari ca o modalitate eficientă de prevenire a riscurilor de separare.
- Actualmente, componenta primară a serviciului sprijin familial nu este valorificată pe deplin din diverse motive: (i) asistenții sociali comunitari au o multitudine de sarcini și nu reușesc să ofere suport primar familiei pentru a preveni separarea; (ii) în activitățile ce țin de acordarea sprijinului familial primar trebuie să se implice și alți actori; (iii) lipsesc specialiști în protecția drepturilor copilului, la nivel comunitar.

Implicarea organizațiilor societății civile în protecția copiilor cu vârsta 0-6 ani

- Organizațiile societății civile (OSC) care au drept scop protecția copilului, sunt active și participă atât la elaborarea de politici, cât și la dezvoltarea și implementarea unor servicii sociale noi.
- Printre cele mai importante acțiuni practice, realizate de OSC sunt: (i) acordarea unor servicii de educație parentală, inclusiv promovarea programelor de educație parentală (Mellow Parenting, Panda, etc.) și încercarea de a extinde implementarea acestora, la nivel național; (ii) introducerea a noi modele de APP: APP specializată pentru copiii cu dizabilități, inclusiv severe și APP de urgență; (iii) deschiderea Centrelor maternale și oferirea suportului pentru mamele cu copii în risc de abandon sau separare, prin dezvoltarea abilităților de îngrijire a copilului și de viață auto-

nomă; (iv) dezvoltarea serviciilor pentru prevenirea dizabilității la copii: cabinete de dezvoltare a copilului, la nivel de comunități și centre de intervenție timpurie; (v) dezvoltarea serviciilor de îngrijire pentru copii 0-3 ani: centrelor de zi pentru copii de la 4 luni, la 3 ani, serviciilor alternative de îngrijire a copiilor organizate de angajator la locul de muncă și servicii de îngrijire individualizată; (vi) crearea grupurilor de sprijin, la nivel de comunitate.

- Unele OSC, împreună cu autoritățile publice locale, oferă suport financiar și servicii de consiliere socială și psihologică familiilor unde există risc de separare, în scopul reintegrării în familia biologică sau extinsă, sau în serviciile de îngrijire alternativă de tip familial.

Cauzele instituționalizării copiilor cu vârsta 0-6 ani

- Există mai multe cauze ale instituționalizării copiilor cu vârsta 0-6 ani: (i) cauze determinate de anumite particularități ale mamei/familiei; (ii) cauze determinate de inacțiunea specialiștilor și competențele profesionale limitate ale acestora; (iii) cauze determinate de capacitatea serviciilor medicale și sociale de a răspunde nevoilor copiilor cu dizabilități; (iv) cauze ce țin de funcționalitatea limitată a mecanismelor intersectoriale existente.
- Unele autorități tutelare locale (ATL) și autorități tutelare teritoriale (ATT), practic, nu caută soluții de îngrijire alternativă, în cazul copiilor de până la 2 ani.
- Plasamentul de urgență al copilului din grupa de vârstă 0-6 ani se realizează prin 2 modalități: (i) dispoziția primarului – înștiințarea ATT – instituția rezidențială; (ii) dispoziția primarului – instituția rezidențială. În cazul primei modalități, uneori, se identifică oportunități de îngrijire alternativă de tip familial sau rezidențial, existente la nivel local.
- Reprezentanții unor STAS evită plasamentul în instituțiile rezidențiale al copiilor cu vârsta 0-6 ani, optând pentru: (i) serviciile alternative de tip familial și diversificarea acestora (APP de urgență și APP specializată), (ii) consolidarea serviciilor de prevenire a separării, în mod special, a serviciului de sprijin familial, prin programe parentale, în scopul educării și responsabilizării părinților; (iii) dezvoltarea centrelor de zi pentru copii de la 4 luni, la 3 ani; (iv) instruirea factorilor de decizie la nivel local: primari și alți membri ai EMD cu privire la importanța îngrijirii copiilor în familia biologică sau extinsă, sau altă formă de îngrijire alternativă de tip familial; (v) colaborarea cu OSC, care au ca scop dezvoltarea serviciilor sociale destinate protecției și bunăstării copilului. Eforturile depuse se materializează prin identificarea timpurie a situațiilor de risc și intervenții care previn instituționalizarea.

Rolul grupului intersectorial

- Prin Ordinul Ministrului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 807/A, din 04.09.2020, a fost creat grupul intersectorial de lucru (GIL) privind examinarea solicitărilor de admitere în centrele de plasament temporar pentru copii în Centrul de Plasament și Reabilitare pentru Copiii de Vârstă Fragedă din mun. Chișinău, Centrul de Plasament Temporar și Reabilitare pentru Copii din mun. Bălți și a solicitărilor de dezinstițuționalizare și/sau de transfer.
- Gil are un rol important în prevenirea instituționalizării copiilor prin: (i) responsabilizarea ATL să dezvolte servicii și să caute soluții, la nivel local, pentru plasamentul

copilului în situație de risc; (ii) implicarea și colaborarea specialiștilor din diverse instituții: primari, medici din maternități, specialiști din STAS de la locul de reședință permanent sau provizoriu etc.; (iii) conștientizarea încălcărilor Regulamentului de activitate al instituției rezidențiale de reprezentanții acestora, pentru că autoritățile plasau copiii care nu aveau acte, copii repatriați din alte țări etc.; (iv) determinarea autorităților să lucreze pentru a identifica forme alternative de îngrijire, inclusiv adopția națională și internațională.

Plasamentul copiilor în îngrijirea alternativă de tip familial

- Îngrijirea de tip familial oferă un impact pozitiv semnificativ în dezvoltarea copilului cu vârsta 0-6 ani. Asistenții parentali profesioniști, dar și alți specialiști au semnalat multe schimbări pozitive în dezvoltarea copiilor, starea de sănătate fizică și emoțională a acestora.
- Unii reprezentanți ai CPCD și asistenți sociali comunitari au evidențiat că întâmpină dificultăți în identificarea persoanelor care doresc să devină asistenți parentali profesioniști sau părinți-educatori, din cauza salariilor mici și a multiplelor responsabilități, mai ales, în cazul copiilor cu vârsta 0-2 ani, grupurilor de frați (3 și mai mulți) sau a copiilor cu dizabilități.
- În cazul copiilor cu dizabilități, statul nu asigură tratament medical, servicii de reabilitare și recuperare gratuite și pe durata necesității. Îngrijitorii nu dispun de transport și este complicat să se deplaseze în transportul comun. Este extrem de „defectuoasă” procedura de reevaluare și reconfirmare a gradului de dizabilitate.

Atitudini privind introducerea moratoriului

- Nu există o viziune unică față de introducerea unui moratoriu, deși există o bază legală pentru implementarea acestuia.
- Unii specialiști sunt pentru introducerea moratoriului la plasarea copiilor cu vârsta 0-6 ani în instituțiile rezidențiale, evidențiind acțiunile asumate în unele documente de politici – acțiunea 62 a *Programului național pentru protecția copilului*, subliniind și deschiderea din partea autorităților la nivel central în acest scop. Unii șefi ai STAS au menționat că introducerea moratoriului de la 1 ianuarie 2024 nu ar schimba esențial acțiunile ce trebuie întreprinse la nivel raional, pentru că ei au dezvoltat servicii alternative de îngrijire de tip familial și servicii de prevenire a separării copilului de familie.
- O parte dintre participanții la cercetare au menționat că sistemul rezidențial nu trebuie închis brusc. În opinia acestora, închiderea instituțiilor rezidențiale pentru copiii cu vârsta 0-6 ani trebuie realizată treptat, în paralel cu dezvoltarea serviciilor alternative de îngrijire de tip familial.
- Unii participanți la cercetare consideră că plasamentul de urgență pentru Republica Moldova este necesar pentru cazurile „*exceptionale, extreme*”, pentru ca, în 45 de zile, ATT și ATL să identifice soluții pentru plasamentul în serviciile alternative de îngrijire de tip familial.

Recomandări

Analiza datelor statistice din rapoartele CER 103 și CER 103A pentru perioada anilor 2018-2022, precum și datele colectate în cadrul interviurilor individuale aprofundate, și a discuțiilor focus grup permit înaintarea următoarelor **recomandări** pentru autoritățile publice centrale și locale, OSC, inclusiv mass-media:

Cu privire la instituirea moratorului privind plasamentul copiilor din grupa de vârstă 0-6 ani în instituții rezidențiale:

1. Elaborarea unui Plan de Acțiuni detaliat pentru instituirea moratorului, care să includă etape, termeni-limită și responsabilități bine definite pentru toți actorii cu responsabilități în domeniul protecției copilului cu vârsta 0-6 ani.
2. Stabilirea unui mecanism de intervenție de urgență pentru protecția și reintegrarea copiilor afectați de decizia instituirii moratorului.
3. Monitorizarea și evaluarea continuă a impactului moratorului asupra copiilor și familiilor care se află în situații de risc/vulnerabilitate.

I. Consolidarea acțiunilor de prevenire a separării copiilor la nivel comunitar:

1. Consolidarea activității EMD în comunitate prin: (i) cunoașterea responsabilităților stabilite de cadrul normativ privind identificarea timpurie a factorilor de risc și intervenția promptă a membrilor EMD, pentru a contribui la îmbunătățirea factorilor de bunăstare și asigurarea îngrijirii copiilor cu vârsta 0-6 ani în familia biologică, extinsă, sau într-o formă alternativă de îngrijire de tip familial; (ii) identificarea timpurie și cunoașterea familiilor vulnerabile cu risc de separare, evidența și monitorizarea strictă a acestora.
2. Instruirea primarilor privind responsabilitățile în calitate de ATL cu referire la beneficiile îngrijirii de tip familial, în comparație cu îngrijirea de tip rezidențial.
3. Elaborarea unor explicații metodologice pentru sectorul medical privind implementarea Ordinului comun al MMPS, MS și MEC din 25.11.2022 cu privire la aprobarea Fișei de observare a bunăstării copilului, Fișei de evaluare a bunăstării copilului și a Fișei de planificare a acțiunilor pentru prevenirea primară a riscurilor de bunăstare a copilului.
4. Instruirea asistentelor medicale privind Hotărârea Guvernului nr.143/2018 și aplicarea instrumentelor de observare a bunăstării, evaluarea bunăstării și planificarea acțiunilor de prevenire primară a riscurilor.
5. Instituirea funcției de specialist în protecția drepturilor copilului, la nivel de comunitate, inclusiv elaborarea Fișei de post cu responsabilități clare, diferite de cele ale asistentului social comunitar.
6. Instruirea asistenților sociali comunitari și a specialiștilor în protecția drepturilor copilului privind furnizarea serviciului de sprijin familial, în mod special, a sprijinului familial primar, prin dezvoltarea competențelor profesionale.
7. Organizarea activităților de instruire în comunitate pentru dezvoltarea abilităților parentale prin, Școala părinților.

8. Consolidarea monitorizării și evaluării activității specialiștilor care activează la nivel comunitar.
9. Promovarea și consolidarea legăturilor comunitare pentru acordarea suportului și a ajutorului reciproc (persoane resursă, grupuri de suport, la nivel comunitar etc.).

II. Dezvoltarea serviciilor pentru prevenirea separării copilului de familie și pentru îngrijirea alternativă de tip familial:

1. Consolidarea serviciului sprijin familial pentru familii cu copii, în mod special, a sprijinului familial primar.
2. Dezvoltarea serviciilor la nivel comunitar, raional și național, în scopul prevenirii separării de familie a copiilor cu vârsta 0-6 ani, pornind de la programe de educație pentru viața de familie, de la vârsta adolescenței, continuând cu programe de educație parentală, în perioada sarcinii și după naștere, dar și centre maternale, centre de zi pentru copii de la 4 luni la 3 ani, asistență personală, echipe mobile etc.
3. Dezvoltarea serviciilor care să permită identificarea timpurie a problemelor de sănătate și prevenirea riscurilor de dizabilitate: servicii de intervenție timpurie, centre de reabilitare etc., precum și asigurarea accesului la servicii medicale gratuite pentru examinări, tratament.
4. Consolidarea și dezvoltarea serviciilor alternative de îngrijire a copiilor de tip familial: tutelă, APP/CCTF, adopție.
5. Dezvoltarea APP de urgență și APP specializată pentru anumite categorii de copii: copii cu vârsta 0-2 ani, copii cu dizabilități, cupluri de frați etc.
6. Dezvoltarea serviciilor pentru părinți care îngrijesc copii cu dizabilități: asistența personală, Servicii Respiro, echipa mobilă, centre de zi pentru copii cu dizabilități, centre de reabilitare, tehnologii asistive etc.
7. Îmbunătățirea serviciilor de incluziune educațională în instituțiile de educație timpurie, prin stabilirea unui mecanism de finanțare, a unor standarde de calitate și a instruirii cadrelor didactice.
8. Îmbunătățirea salarizării pentru specialiștii din serviciile de îngrijire de tip familial, în mod special, a celor care au în plasament familial copii cu vârsta 0-2 ani, copii cu dizabilități.
9. Extinderea activității Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor, în mediul rural, prin Clinici mobile și acordarea de servicii medicale și asistență psihosocială adolescenților și tinerilor.

III. Consolidarea resurselor umane și creșterea calității serviciilor sociale:

1. Consolidarea continuă a capacităților îngrijitorilor din serviciul tutelă, APP/CCTF etc.
2. Acordarea asistenței psihologice și supervizare pentru specialiștii din serviciile sociale de îngrijire de tip familial.

3. Promovarea complementarității în acordarea serviciilor sociale pentru familiile cu risc de separare a copilului, dar și în cadrul serviciilor alternative de îngrijire de tip familial.

IV. Organizarea campaniilor de sensibilizare și promovare a serviciilor de îngrijire alternativă de tip familial:

1. Elaborarea unei campanii naționale de sensibilizare a importanței îngrijirii familiale și a consecințelor negative ale îngrijirii în instituții rezidențiale asupra tuturor ariilor de dezvoltare ale copilului din grupa de vârstă 0-6 ani.
2. Promovarea serviciilor APP de urgență, APP specializată pentru copiii cu dizabilități etc. prin exemple pozitive și practici de succes în îngrijirea alternativă de tip familial, dar și în dezvoltarea serviciilor sociale.
3. Elaborarea unei strategii de recrutare a asistenților parentali profesioniști pentru copiii cu vârsta 0-6 ani.



Foto: Schimbator Studio

V. Perfecționarea sistemului de colectare a datelor:

1. Instituirea unui sistem centralizat de evidență și monitorizare a copiilor în situație de risc și a copiilor din sistemul de îngrijire rezidențială, care să cuprindă informațiile din toate unitățile de protecție a copilului și să asigure acuratețea și coerența datelor (rapoartele CER nr.103 și CER nr. 103 A).
2. Instruirea asistenților sociali comunitari și a specialiștilor, la nivel raional, privind evidența, monitorizarea și raportarea corectă a numărului copiilor în situație de risc și a copiilor din sistemul rezidențial (rapoartele CER nr.103 și CER nr. 103 A).

VI. Alte acțiuni:

1. Aplicarea practică a sancțiunilor personalului care nu-și realizează responsabilitățile prevăzute de cadrul normativ sau pentru inacțiune care duce la situații de morbiditate și mortalitate a copiilor cu vârsta 0-6 ani.
2. Dezvoltarea unor servicii de dezalcoolizare mai prietenoase și a unor modalități mai eficiente pentru a asista îngrijitorii care fac abuz de alcool.



INTRODUCERE

Protecția copilului în Republica Moldova este aliniată, în mare parte, cadrului internațional privind drepturile copilului definit prin Convenția ONU cu privire la drepturile copilului, Liniile Directoare pentru îngrijirea alternativă a copiilor. La baza sistemului de protecție a copilului se află Constituția Republicii Moldova, care proclamă dreptul familiei și al copilului la protecție, inclusiv prin garantarea dreptului la viață, integritate fizică și psihică, asigurarea asistenței și protecției sociale, garantarea dreptului la asistență medicală și a dreptului de a locui într-un mediu sigur. *Legea nr. 338/1994 privind drepturile copilului* [1] stabilește drepturile fundamentale ale copilului, inclusiv drepturile copilului care locuiește separat de părinți, precum și modalitățile de protecție a copilului în condiții nefavorabile și extreme, iar *Legea nr. 140/2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți* [2] reglementează cadrul de protecție a copilului și stabilește atribuțiile autorităților tutelare, la nivel local și raional, măsurile de protecție a copilului, precum și modalitățile de cooperare intersectorială privind protecția copilului.

Strategia pentru protecția copilului pentru anii 2014–2020 [3] și *Planul de acțiuni pentru anii 2016–2020 privind implementarea acesteia* [4] au orientat intervențiile statului pe trei obiective generale: 1) asigurarea condițiilor necesare pentru creșterea și educația copiilor în mediul familial; 2) prevenirea și combaterea violenței, neglijării și exploatării copiilor, precum și promovarea practicilor nonviolente în creșterea și educarea copiilor; 3) concilierea vieții de familie cu activitatea profesională pentru asigurarea creșterii și dezvoltării armonioase a copilului. Conform evaluării intermediare a implementării acestor documente, realizate de UNICEF Moldova în anul 2019, progrese semnificative au fost obținute în mai multe domenii-cheie, printre care scăderea semnificativă a numărului de copii plasați în instituții rezidențiale, inclusiv din grupa de vârstă 0–3 ani. Totodată, în evaluarea intermediară, se menționează că implementarea *Strategiei pentru protecția copilului* și a *Planului de acțiuni* a fost puternic influențată de contextul politic care a determinat schimbări la nivel de restructurare a instituțiilor publice, dar și a politicilor publice, care nu au permis actorilor internaționali, inclusiv UNICEF să-și adapteze intervențiile. Astfel, *Planul de acțiuni* a fost realizat parțial, din cauza posibilităților limitate de finanțare a reformelor din sectorul social, fapt ce a avut un impact direct asupra copiilor și familiilor vulnerabile.

Programul național pentru protecția copilului pe anii 2022–2026 și *Planul de acțiuni pentru implementarea acestuia* [5] a fost elaborat în urma unui proces amplu de consultări în vederea identificării domeniilor prioritare de intervenție pe sectorul de protecție a copilului. În acest mod, au fost identificate și stabilite următoarele trei obiective generale: 1) consolidarea sistemului de protecție a copilului, pentru a răspunde prompt și eficient la nevoile fiecărui copil; 2) asigurarea toleranței zero din partea adulților și a copiilor față de orice formă de violență; 3) asigurarea creșterii copiilor într-un mediu familial sigur și protector, care să le garanteze bunăstarea. Evidențiem că obiectivul general nr. 3 al *Programului național pentru protecția copilului pentru anii 2022–2026* cuprinde următoarele cinci obiective specifice: 1) consolidarea capacităților familiilor pentru creșterea și

[1] *Legea nr. 338/1994 privind drepturile copilului*, Monitorul Oficial Nr. 13 din 1995, art. 127. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=136949&lang=ro#; [Accesat 15.09.2023]

[2] *Legea nr. 140/2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți*, Monitorul Oficial Nr. 167–172 din 2013, art. 53 și Monitorul Oficial Nr. 102–104 din 2015 art. 53. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=83908&lang=ro; [Accesat 15.09.2023]

[3] *Hotărârea Guvernului nr. 835/2014 privind aprobarea Strategiei pentru protecția copilului pe anii 2014–2020*, Monitorul Oficial Nr. 160–166 din 2014, art. 481. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=18628&lang=ro; [Accesat 15.09.2023]

[4] *Hotărârea Guvernului nr. 434/2016 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni pentru anii 2016–2020 privind implementarea Strategiei pentru protecția copilului pe anii 2014–2020*, Monitorul Oficial Nr. 204–205 din 2016, art. 905. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=93739&lang=ro; [Accesat 15.09.2023]

[5] *Hotărârea Guvernului nr. 347/2022 cu privire la aprobarea Programului național pentru protecția copilului pe anii 2022–2026 și a Planului de acțiuni pentru implementarea acestuia*, Monitorul Oficial nr. 194–200 din 2022 art. 492. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=131899&lang=ro; [Accesat 15.09.2023]

îngrijirea copilului prin servicii și programe de educație parentală acreditate; 2) acordarea suportului necesar pentru prevenirea separării copiilor de părinți, familiilor cu copii aflați în situație de risc, prin creșterea accesului la serviciul social de sprijin familial și reducerea cazurilor de separare; 3) consolidarea serviciilor de îngrijire alternativă de tip familial și asigurarea disponibilității și accesibilității acestora pentru fiecare copil; 4) lichidarea/reorganizarea instituțiilor de îngrijire a copiilor de tip rezidențial, cu reintegrarea copiilor în familie sau transferul în serviciile sociale tip familial; 5) susținerea comunităților și a copiilor pentru a beneficia de parteneriatul dintre autoritățile publice și societatea civilă. În același timp, acțiunea 62 din Planul de acțiuni prevede instituirea moratoriuului privind plasamentul copiilor de orice vârstă, în special al copiilor cu vârsta până la 3 ani, în instituțiile rezidențiale care intră în proces de reorganizare/lichidare.

În acest context, CCF Moldova, împreună cu Inițiativa Globală CTWWC, au inițiat studiul calitativ *Înțelegerea posibilității introducerii unui moratoriu privind plasamentul copiilor cu vârsta 0-6 ani în îngrijirea rezidențială*, care să ajute autoritățile din Republica Moldova, în mod special, MMPS, MS și MEC, în contextul obiectivelor de politici naționale și angajamentelor internaționale asumate. Pentru realizarea acestui studiu calitativ a fost selectată compania Sociopolis Consultancy.



Foto: CCF Moldova

I. CADRUL DE CERCETARE

1.1. Scopul și obiectivele cercetării calitative

Scopul studiului constă în identificarea provocărilor care nu au permis introducerea unui moratoriu pentru încetarea plasamentului copiilor cu vârsta 0-6 ani în instituțiile de tip rezidențial și a modalităților de înlăturare a barierelor existente.

Scopul propus a fost realizat conform următoarelor **obiective**:

- Analiza datelor statistice privind instituționalizarea copiilor cu vârsta 0-6 ani și plasamentul acestora în îngrijirea alternativă de tip familial;
- Înțelegerea practicilor curente de identificare, asistență, referire și plasament a copiilor cu vârsta 0-6 ani în instituțiile de tip rezidențial;
- Evaluarea cunoștințelor și atitudinilor profesioniștilor, actorilor care iau decizii de îngrijire a copiilor cu vârsta 0-6 ani, cu privire la îngrijirea instituțională, versus îngrijirea alternativă de tip familial;
- Elaborarea de recomandări privind modul de proiectare a eforturilor de advocacy, care să abordeze barierele actuale în calea implementării unui moratoriu pentru plasamentul copiilor cu vârsta 0-6 ani, inclusiv audienți-cheie și acțiuni concrete.

1.2. Metodologia de cercetare

Pentru atingerea scopului și a obiectivelor de cercetare, s-a propus o abordare calitativă, care să permită triangularea datelor [6]. Cercetarea s-a bazat pe surse de date primare și secundare.

Programul de cercetare al studiului a cuprins:

- Analiza datelor statistice privind copiii cu vârsta 0-6 ani în situație de risc și plasamentul copiilor de această vârstă în îngrijirea rezidențială și cea alternativă de tip familial (CER 103 și CER 103A) pentru anii 2018-2022 [7];
- Realizarea a 21 de interviuri individuale aprofundate cu reprezentanții diferitor categorii de actori sociali și experți: primari, asistenți sociali comunitari, asistenți sociali din cadrul maternității, asistente medicale, medici, șefi ai STAS, specialiști raionali în asistența medicală a mamei și copilului, reprezentanți ai instituțiilor rezidențiale pentru copiii cu vârsta 0-6 ani, manageri ai Centrelor maternale și ai Centrelor de zi, reprezentanți ai MMPS, MS, inclusiv asistenți parentali profesioniști care au în îngrijire copii cu vârsta 0-6 ani (Anexa 1).
- Organizarea a 7 discuții focus grup cu membri ai EMD, membri ai CPCD, membri ai GIL al ANAS, ai OSC implicate în dezvoltarea serviciilor de protecție a copiilor, dar și asistenți sociali comunitari și asistente medicale (Anexa 2).

[6] Tehnică de validare prin care se combină mai multe tehnici de culegere a datelor, pentru a diminua distorsiunile inerente fiecăreia dintre ele. Triangularea permite verificarea justeții și stabilității rezultatelor.

[7] Disponibile în secțiunea Rapoarte a paginii web a Ministerului Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova (<https://social.gov.md/informatie-de-interes-public/rapoarte/>)

În realizarea cercetării eșantionarea a fost orientată spre scopul urmărit (*purposeful sampling*). Participanții la interviurile individuale aprofundate și la discuțiile focus grup au fost selectați, împreună cu echipa CCF Moldova, în baza a două criterii: experiența relevantă și posesia unor cunoștințe și abilități pentru tema studiată.

Interviurile individuale aprofundate și discuțiile focus grup au avut loc în baza unor ghiduri de interviuri și ghiduri de moderare semistructurate, specifice grupurilor de persoane și experți implicați. Culegerea datelor în teren s-a desfășurat în perioada 21.08.2023-20.09.2023.

În realizarea cercetării, s-au luat în considerare principiile și normele etice promovate de Grupul de Evaluare al Națiunilor Unite. [8] Participanții au fost informați atât despre contextul și scopul studiului, cât și despre respectarea principiilor de anonimare și confidențialitate. Pentru colectarea informației, s-a obținut acordul verbal al specialiștilor selectați pentru participare la cercetare.

Limitele studiului dat țin de particularitățile cercetării calitative, care a urmărit înțelegerea posibilității introducerii unui moratoriu, în baza experienței profesionale a participanților la cercetare.

1.3. Îngrijirea de tip rezidențial și îngrijirea alternativă de tip familial: aspecte conceptuale

În contextul cercetării, s-a operat cu următoarele definiții-cheie prezente în documentele internaționale și/sau naționale:

- *Protecția copilului*, în accepțiunea art.19 din Convenția ONU cu privire la drepturile copilului, reprezintă protecția copilului împotriva violenței, exploatării, abuzului și neglijenței de orice tip și în toate mediile. UNICEF utilizează termenul de „protecție a copilului” pentru a contura acțiunile de prevenire și răspuns la violență, exploatare și abuz asupra copiilor. Acest termen include atât copiii-victime ale abuzului și neglijării, cât și copiii cu risc de abuz și neglijare.
- *Sistemul de protecție a copilului* este definit de UNICEF (Consiliul Economic și Social al ONU (2008), Strategia UNICEF de protecție a copilului, E/ICEF/2008/5/Rev.1, par. 12-13) drept setul de legi, politici, reglementări și servicii necesare în toate sectoarele sociale (în special, bunăstare socială, educație, sănătate, securitate și justiție) pentru a sprijini prevenirea și reacția la riscurile legate de protecție. Sistemul de protecție a copilului face parte din protecția socială și chiar se extinde dincolo de acesta. La nivel de prevenire, obiectivul sistemului de protecție a copilului include sprijinirea și consolidarea familiilor pentru reducerea excluziunii sociale și a riscului de separare, violență și exploatare. Responsabilitățile sunt deseori împărțite între agențiile guvernamentale, serviciile oferite de către autoritățile locale, furnizorii privați și grupurile comunitare, făcând coordonarea între sectoare și niveluri, inclusiv sistemele de referire de rutină etc., drept componentă necesară a unui sistem eficient de protecție a copilului.
- *Serviciile alternative de îngrijire a copiilor* sunt complementare și discreționare, ele nu substituie instituțiile de educație antepreșcolară și/sau de învățământ preșcolar prevăzute în Codul educației al Republicii Moldova [9] (Codul educației nr.152/2014) și nu reprezintă una dintre formele de asistență socială prevăzute în actele norma-

[8] UNEG Ethical Guidelines, <https://www.unevaluation.org/document/detail/2866>

[9] Codul Educației nr.152/2014, Monitorul Oficial Nr. 319-324 din 2014, art. 634. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=110112&lang=ro; [Accesat 15.09.2023]

tive din domeniu [10]. Potrivit art. 5 din Legea nr. 367/2022 unul din tipurile Serviciilor alternative de îngrijire a copiilor sunt „serviciile alternative de îngrijire a copiilor de tip familial” [11].

- *Îngrijire alternativă de tip familial.* Îngrijirea alternativă de tip familial pentru copii se referă la diferite aranjamente atunci când copiii nu pot locui cu părinții lor biologici. Acestea pot fi împărțite în: (i) îngrijire informală ce presupune îngrijire privată într-un mediu familial, fără implicări de ordin formal; (ii) îngrijire formală mandatată de autorități competente, într-un mediu familial. Îngrijirea alternativă de tip familial poate avea loc (i) în cadrul familiei extinse, a rudelor sau a cercului de prieteni apropiați, (ii) plasamentul într-o altă familie, supervizată de autorități. Acest tip de îngrijire poate fi temporar sau pe termen lung, în funcție de circumstanțe și nevoi [12].
- *Asistență parentală profesionistă (APP)* este un serviciu social specializat, care oferă copiilor îngrijire familială substitutivă în familia unui asistent parental profesionist [13].
- *Casă de copii de tip familial (CCTF)* este un serviciu social specializat, care oferă copiilor îngrijire familială substitutivă în familia unui părinte-educator [14].
- *Custodie* – formă de protecție temporară a copilului separat de părinți din cauza aflării temporare a reprezentanților legali/unicului reprezentant legal al acestuia, pentru o perioadă mai mare de două luni, în altă localitate din țară sau de peste hotare ori a imposibilității realizării obligațiilor privind creșterea, îngrijirea și educația copilului, din motive de sănătate. Custodia oferă protecție temporară copiilor cu statut de copil rămas temporar fără ocrotire părintească sau de copil rămas fără ocrotire părintească, prin plasamentul acestora în familia tutorelui sau a curatorului. *Tutore* – persoană fizică sau un cuplu căsătorit (soț și soție) care asigură la domiciliul său îngrijirea, educarea și reprezentarea legală a copilului cu vârstă de până la 14 ani. *Curator* – persoană fizică sau un cuplu căsătorit (soț și soție) care asigură îngrijirea, educarea și reprezentarea legală a copilului cu vârstă cuprinsă între 14 și 18 ani [15].
- *Adopție* – formă specială de protecție, aplicată în interesul superior al copilului, prin care se stabilește filiația între copilul adoptat și adoptator, precum și legăturile de rudenie între copilul adoptat și rudele adoptatorului [16].
- *Luarea copilului de la părinți* – procedură prin care copilul este separat de părinți sau de persoanele în grija cărora acesta se află [17].

[10] *Legea nr. 367/2022 cu privire la serviciile alternative de îngrijire a copiilor*, Monitorul Oficial nr. 45-48 din 2023, art.85. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=135587&lang=ro; [Accesat 15.09.2023]

[11] *Ibidem*

[12] Guidelines for the Alternative Care of Children: resolution / adopted by the UN General Assembly.

[13] *Hotărârea Guvernului nr. 760/2014 pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de asistență parentală profesionistă și a Standardelor minime de calitate*, Monitorul Oficial Nr. 282-289 din 2014, art. 815. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=110307&lang=ro; [Accesat 15.09.2023]

[14] *Hotărârea Guvernului nr. 51/2018 pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului social „Casă de copii de tip familial” și a Standardelor minime de calitate*, Monitorul Oficial Nr. 18-26 din 2018, art. 57. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=109605&lang=ro; [Accesat 15.09.2023]

[15] *Hotărârea Guvernului nr. 81/2023 pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire a instituirea custodiei și asigurarea organizării și funcționării serviciului de tutelă/curatelă*, Monitorul Oficial Nr. 119-121 din 2023, art. 259. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=136348&lang=ro [Accesat 15.09.2023] și Secțiunea 3, *Parlamentul Republicii Moldova, Cod 1107 din 06.06.2002, Codul Civil al Republicii Moldova*, Monitorul Oficial Nr. 66-75 din 2019, art. 132. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=112573&lang=ro; [Accesat 15.09.2023]

[16] *Legea nr. 99/2010 privind regimul juridic al adopției*, Monitorul Oficial Nr. 131-134 din 2010, art. 441. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=106567&lang=ro; [Accesat 15.09.2023]

[17] *Legea nr.140/2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți*, Monitorul Oficial Nr. 167-172 din 2013, art. 53 și Monitorul Oficial Nr. 102-104 din 2015 art. 53. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=83908&lang=ro; [Accesat 15.09.2023] Art. 71; *Parlamentul Republicii Moldova, Cod 1316 din 26.10.2001, Codul familiei*, Monitorul Oficial Nr. 47-48 din 2001 art. 210. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=122974&lang=ro [Accesat 15.09.2023]

- *Plasament* – măsură de protecție a copilului separat de părinți prin care se asigură condiții pentru creșterea și îngrijirea acestuia prin servicii sociale de plasament [18].
- *Plasament de urgență* – plasamentul copilului al cărui viață sau sănătate sunt în pericol iminent, indiferent de mediul în care acesta se află, pentru o perioadă de până la 72 de ore [19].
- *Plasament planificat* – plasamentul copilului într-un serviciu social, pentru o perioadă determinată de timp, conform prevederilor planului individual de asistență. [20]
- *Îngrijire de tip rezidențial* – îngrijirea alternativă de tip rezidențial pentru copii se referă la diferite aranjamente atunci când copiii nu pot locui cu părinții lor biologici și ia forma unei îngrijiri formale mandatate de autorități competente, într-un mediu rezidențial. Îngrijirea alternativă de tip rezidențial are loc într-un mediu de grup nonfamiliar. Acest tip de îngrijire poate fi temporar sau pe termen lung, în funcție de circumstanțe și nevoi [21].

Important de menționat diferențele în definirea serviciilor alternative de îngrijire a copilului conform Legii nr.367/2022 cu privire la serviciile alternative de îngrijire a copiilor și conform HG nr. 760/2014 pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de asistență parentală profesionistă” și HG nr.51/2018 pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului social „Casă de copii de tip familial”. Deși denumirile acestor servicii sunt aproape identice, scopurile lor sunt diferite și în realitatea practică ele sunt servicii diferite. Acest fapt poate crea confuzii și dificultăți în implementarea acestora. Provocări pot apărea și în măsurarea rezultatelor Programului național pentru protecția copilului pe anii 2022-2026 și a Planului de acțiuni pentru implementarea acestuia.



Foto: Schimbator Studio

[18] *Legea nr.140/2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți*, Monitorul Oficial Nr. 167-172 din 2013, art. 53 și Monitorul Oficial Nr. 102-104 din 2015 art. 53. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=83908&lang=ro; [Accesat 15.09.2023]

[19] Ibidem.

[20] Ibidem.

[21] Guidelines for the Alternative Care of Children: resolution / adopted by the UN General Assembly

II. TENDINȚE ÎN ÎNGRIJIREA COPIILOR CU VÂRSTA 0-6 ANI ÎN INSTITUȚII DE TIP REZIDENȚIAL ȘI ÎNGRIJIREA ALTERNATIVĂ DE TIP FAMILIAL, ÎN PERIOADA 2018-2022

Evoluția de ansamblu a structurii populației, pe vârste, demonstrează o îmbătrânire a populației în Republica Moldova, din cauza scăderii natalității și creșterii fenomenului migrațional. La 1 ianuarie 2023, numărul copiilor în vârstă de până la 18 ani constituia 538,5 mii sau 21,4% din totalul populației cu reședința obișnuită în Republica Moldova. Din numărul total al copiilor, 199,3 mii (37,0%) aveau vârsta cuprinsă între 0-6 ani. [22] Rata natalității continuă să fie în descreștere de la 12,8 născuții-vii, la 1000 locuitori, în 2018, la 10,6 copii, în 2022. [23]

În același timp, numărul copiilor aflați în situație de risc a crescut, în perioada analizată, de la 7996 de cazuri, în 2018, la 8862 cazuri, în anul 2022. De asemenea, **a crescut numărul copiilor cu vârsta 0-2 ani în situație de risc, de la 398 (5%) în 2018, la 798 (9,0%), în 2022, și a copiilor de 3-6 ani în situație de risc, de la 1654 (20,7%), la 2142 (24,2%), respectiv. Situația dată atestă că, aproximativ 1 din 10 copii cu vârsta 0-2 ani și 1 din 4 copii cu vârsta 3-6 ani, erau în situație de risc în anul 2022** (Tabelul 1).

Tabelul 1. Copii cu vârsta 0-6 ani aflați în situație de risc, anii 2018-2022 [24]

	2018	2019	2020	2021	2022
Total copii aflați în situație de risc	7996	10318	10819	9236	8862
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	398	904	946	717	798
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	1654	2346	2514	1905	2142

Situațiile de risc sunt diferite ca număr și ca pondere, având anumite particularități, în funcție de vârstă. Cauza de bază o constituie neglijarea, atât pentru copiii de 0-2 ani (87,6%), cât și pentru cei cu vârsta de 3-6 ani (82,4%) (Tabelul 2).

Tabelul 2. Cauzele situațiilor de risc pentru copii cu vârsta 0-6 ani, anul 2022

	Copii cu vârsta 0-2 ani	Copii cu vârsta 0-2 ani, %	Copii cu vârsta 3-6 ani	Copii cu vârsta 3-6 ani, %
Total copii aflați în situație de risc	798	100	2142	100
Copiii supuși violenței	44	5,5	166	7,7

[22] Datele Biroului Național de Statistică: https://statistica.gov.md/ro/numarul-populatiei-cu-resedinta-obisnuita-pe-sexe-si-grupe-de-varsta-in-profil-t-9578_60448.html

[23] Datele Biroului Național de Statistică: https://statistica.gov.md/ro/situatia-demografica-in-anul-2022-9696_60460.html

[24] Datele Rapoartelor cu privire la copiii aflați în situație de risc și copiii separați de părinți pentru anii 2018-2022: CER nr. 103 și CER nr. 103 A. Disponibile în secțiunea Rapoarte a paginii web a Ministerului Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova (<https://social.gov.md/informatie-de-interes-public/rapoarte/>)

	Copii cu vârsta 0-2 ani	Copii cu vârsta 0-2 ani, %	Copii cu vârsta 3-6 ani	Copii cu vârsta 3-6 ani, %
Copii neglijajați	699	87,6	1764	82,4
Copii care practică vagabondajul, cerșitul, prostituția	1	0,1	1	0,05
Copii lipsiți de îngrijire și supraveghere din partea părinților, din cauza absenței acestora la domiciliu din motive necunoscute	16	2,0	19	0,9
Copii a căror ambii părinți au decedat	18	2,3	97	4,5
Copii care trăiesc în stradă, au fugit sau au fost alungați de acasă	0	0	0	0
Copii a căror ambii părinți (unicul părinte) refuză să-și exercite obligațiunile părintești privind creșterea și îngrijirea copilului	16	2,0	89	4,2
Copii abandonați de către părinți	2	0,3	0	0
Părinți (unicul părinte) a copilului cu o măsură de ocrotire judiciară	2	0,3	6	0,3

Analiza **cauzelor de risc, perioada 2018-2022, pentru copiii cu vârsta de 0-2 și 3-6 ani, nu oferă tendințe clare de reducere a riscului, excepție constituind abandonul** (Tabelul 3).

Tabelul 3. Copii cu vârsta 0-6 ani abandonați de către părinți din totalul copiilor aflați în situație de risc, anii 2018-2022 [25]

	2018	2019	2020	2021	2022
Total copii aflați în situație de risc	7996	10318	10819	9236	8862
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	398	904	946	717	798
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	1654	2346	2514	1905	2142
Total copii abandonați de părinți	74	54	64	56	5
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	7	5	9	5	
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	29	20	15	13	0

Referitor la numărul copiilor separați de părinți, datele atestă o creștere pentru anii 2018-2019, după care urmărim descreșterea numărului acestora. În anul 2022, 1599 (5,0%) de copii cu vârsta de 0-2 ani și 6465 (20,1%) cu vârsta 3-6 ani au fost separați de părinți, din totalul celor 32242 de copii cu vârsta 0-17 ani. Cauza principală a separării a fost plecarea singurului sau ambilor părinți în străinătate. Subliniem însă că **365 de copii (1,1%) au fost separați din cauza pericolului iminent pentru viața și sănătatea lor. Din totalul copiilor separați pe motiv de pericol iminent pentru viața și sănătatea lor, copii cu vârsta de 0-2 ani constituie 15%, iar cei cu vârsta de 3-6 ani – 26%** (Tabelul 4).

[25] Datele Rapoartelor cu privire la copiii aflați în situație de risc și copiii separați de părinți pentru anii 2018-2022.

Tabelul 4. Copii cu vârsta 0-6 ani separați de părinți, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Total copii separați de părinți	38318	42515	41330	32982	32242
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	1582	1997	2187	1682	1599
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	7617	8392	9413	7345	6465
<i>Dintre care</i>					
Copii luați de la părinți din cauza existenței pericolului iminent pentru viața și sănătatea lor	396	440	375	342	365
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	53	62	59	53	55
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	71	90	85	79	95

Raportul cu privire la copiii din sistemul rezidențial, în anul 2022 (CER nr.103 A), [26] indică doar numărul copiilor cu vârsta 0-6 ani aflați în protecția rezidențială pe instituții, fără a oferi date privind numărul copiilor cu vârsta de 0-2 ani și 3-6 ani în centrele de plasament de vârstă fragedă, centrele maternale. Cea mai mare parte a acestor copii sunt în centrele de plasament temporar pentru copii de vârstă fragedă, urmați de cei aflați în centrele maternale, împreună cu mama, nefiind separați de aceasta (Tabelul 5). Interviuurile realizate cu personalul celor două instituții rezidențiale pentru copii cu vârstă fragedă, aflate în subordinea MS, pentru anul 2023, indică faptul că în protecția rezidențială se aflau 80 de copii cu vârsta 0-6 ani, inclusiv 29 cu dizabilități, 27 fiind cu dizabilități severe. [27] De asemenea, evidențiem că, în procesul de colectare a datelor, s-au stabilit situații de plasament a copiilor cu vârsta 3-6 ani în Centrul ftiziopneumologic de reabilitare pentru copii din Târnova, Dondușeni care nu se regăsesc în Raportul CER nr.103 A.

Tabelul 5. Copii cu vârsta 0-6 ani, în forma de protecție de tip rezidențial, pe diferite tipuri de instituții, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Gimnazii de tip internat	3	2	3	0	0
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	0	0	0	0	0
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	3	2	3	0	0
Case internat pentru copii cu deficiențe mintale [28]	0	2	0	0	0
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	0	0	0	0	0
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	0	2	0	0	0
Instituții speciale pentru copii cu deficiențe fizice și senzoriale	6	0	1	1	1
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	3	0	0	0	0
<i>cu vârsta 3-6ani</i>	3	0	1	1	1
Școli internat auxiliare	12	0	0	0	0
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	0	0	0	0	0

[26] Ministerul Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova. *Raportul cu privire la copiii din sistemul rezidențial în anul 2022*, Chișinău, 2023. Disponibil la: <https://social.gov.md/wp-content/uploads/2023/04/Raport-statistic-anual-nr.-103-A-Copii-din-sistemul-rezidential-in-anul-2022.pdf>; [Accesat 15.09.2023]

[27] În Centrul Plasament și Reabilitare pentru Copii de Vârstă Fragedă din mun.Chișinău se aflau 65 de copii, inclusiv 27 cu dizabilități, 25 fiind cu dizabilități severe, iar în Centrul de Plasament Temporar și Reabilitare pentru Copii din mun. Bălți – 15 copii, inclusiv 2 cu dizabilități severe.

[28] Din 2021 Centre de plasament temporar pentru copii cu dizabilități.

	2018	2019	2020	2021	2022
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	12	0	0	0	0
Centre maternale	78	80	55	44	63
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	59	52	44	31	X [29]
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	19	28	11	13	X
Centre de plasament temporar pentru copii de vârstă fragedă	193	167	171	119	109
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	83	85	88	59	X
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	110	82	83	60	X
Centre de plasament temporar pentru copii în vârstă de 7-17 ani	32	56	43	37	42
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	0	0	0	0	0
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	32	56	43	37	X
Case comunitare pentru copii în situație de risc	0	1	0	0	0
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	0	0	0	0	0
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	0	1	0	0	0

Semnificativ este faptul că se înregistrează o tendință clară de reducere a copiilor cu vârsta de 0-2 și 3-6 ani în forma de protecție de tip rezidențial. Această tendință este caracteristică și pentru copiii cu dizabilități de această vârstă (Tabelul 6).

Tabelul 6. Numărul copiilor în forma de protecție rezidențială, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Total copii plasați în forma de protecție rezidențială (0-17 ani), dintre care	1585	1301	1084	914	798
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	145	137	132	90	X [30]
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	179	171	141	111	X
Copii cu dizabilități (0-17 ani), dintre care	389	365	308	244	185
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	6	2	9	5	4
dintre care					
<i>grad mediu</i>	1	0	0	0	0
<i>grad accentuat</i>	4	0	0	1	1
<i>grad sever</i>	1	2	9	4	3
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	26	19	10	13	11
dintre care					
<i>grad mediu</i>	3	1	2	1	0
<i>grad accentuat</i>	4	1	0	0	3
<i>grad sever</i>	19	17	8	12	8

[29] Raportul CER nr.103 A pentru anul 2022 indică doar numărul total al copiilor cu vârsta 0-6 ani în protecția rezidențială, fără a oferi date privind numărul copiilor cu vârsta de 0-2 ani și 3-6 ani. Astfel, simbolul "X" indică că unii copii sunt în plasamentul rezidențial, dar nu se cunoaște numărul, iar simbolul "0" indică că acești copii nu se afla în forma de plasament analizată.

[30] Raportul cu privire la copiii din sistemul rezidențial în anul 2022 (CER nr.103 A) nu indică numărul copiilor cu vârsta de 0-2 ani și 3-6 ani plasați în forma de protecție rezidențială.

Plasarea copiilor în instituțiile rezidențiale, fie prin plasament de urgență, fie prin plasament planificat, nu înregistrează tendințe de reducere clare (Tabelul 7). **În anul 2022, numărul copiilor cu vârsta 0-6 ani plasați în protecția rezidențială prin plasament de urgență a constituit 215 copii, iar prin cel planificat 146.** Datele atestă că unii copii cu vârstele 0-6 ani sunt plasați în forma de protecție de tip rezidențial atât prin dispoziția ATT din UAT în care este amplasată instituția, cât și de ATT din alte UAT ale instituției, inclusiv o parte dintre copii sunt plasați fără dispoziția ATT.

Tabelul 7. Numărul copiilor în forma de protecție rezidențială, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Total copii plasați în forma de protecție rezidențială (0-17 ani)	1125	891	615	788	827
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	233	243	138	195	X [31]
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	261	192	113	173	X
Copii în plasament de urgență, total	396	377	297	436	402
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	66	76	78	129	104
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	112	91	63	102	111
Copii în plasament planificat, total	498	471	318	365	349
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	153	135	60	52	71
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	108	93	50	71	75
Copii plasați prin dispoziția ATT din UAT în care este amplasată instituția, total	522	533	436	478	488
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	71	98	75	58	67
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	121	121	79	97	128
Copii plasați prin dispoziția ATT din altă UAT în care este amplasată instituția, total	234	167	76	149	220
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	120	90	40	76	100
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	67	35	12	33	47
Copii plasați fără dispoziția ATT, total	369	191	103	161	119
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	42	55	23	61	29
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	73	36	22	43	33
Copii cu dizabilități, total	25	39	34	26	42
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	1	8	6	1	13
dintre care					
<i>grad mediu</i>	0	0	0	0	1
<i>grad accentuat</i>	0	0	2	1	3
<i>grad sever</i>	1	8	4	0	9
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	4	1	5	1	8
dintre care					

[31] Raportul cu privire la copiii din sistemul rezidențial în anul 2022 (CER nr.103 A) nu indică numărul copiilor cu vârsta de 0-2 ani și 3-6 ani plasați în forma de protecție rezidențială.

	2018	2019	2020	2021	2022
<i>grad mediu</i>	2	1	1	0	0
<i>grad accentuat</i>	0	0	0	0	1
<i>grad sever</i>	2	0	4	1	7

Analiza comparativă a copiilor cu vârsta de 0-6 ani plasați, dar și ieșiți din forma de protecția de tip rezidențial, atestă un număr mai mare al celor ieșiți, inclusiv cu dizabilități (Tabelul 8).

Tabelul 8. Copii cu vârsta 0-6 ani, plasați în forma de protecție de tip rezidențial, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Total copii plasați în forma de protecție rezidențială (0-17 ani)	1226	1092	803	874	948
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	221	236	171	195	X [32]
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	209	228	144	180	X
Copii în plasament de urgență, total	343	366	339	382	432
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	74	42	97	108	116
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	69	84	65	105	120
Copii în plasament planificat, total	611	664	464	489	427
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	140	166	74	67	52
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	86	129	79	81	70
Copii plasați prin dispoziția ATT din UAT în care este amplasată instituția, total	518	618	487	517	570
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	70	87	67	66	68
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	89	120	102	95	125
Copii plasați prin dispoziția ATT din altă UAT în care este amplasată instituția, total	250	235	142	179	214
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	109	100	75	67	85
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	57	71	20	47	51
Copii plasați fără dispoziția ATT, total	458	239	174	178	164
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	42	49	29	62	36
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	63	37	22	38	44
Copii cu dizabilități, total	76	107	97	75	84
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	2	1	10	3	5
dintre care					
<i>grad mediu</i>	1	0	0	0	0
<i>grad accentuat</i>	0	0	1	1	4
<i>grad sever</i>	1	1	9	2	1

[32] Raportul cu privire la copiii din sistemul rezidențial în anul 2022 (CER nr.103 A) nu indică numărul copiilor cu vârsta de 0-2 ani și 3-6 ani plasați în forma de protecție rezidențială.

	2018	2019	2020	2021	2022
cu vârsta 3-6 ani	8	9	5	5	2
dintre care					
grad mediu	4	0	3	1	0
grad accentuat	0	1	0	0	0
grad sever	4	8	2	4	2

Datele statistice analizate atestă utilitatea Centrelor maternale în prevenirea abandonului și separării copiilor cu vârsta 0-6 ani. În anul 2022, din 217 copii de această vârstă care au ieșit din aceste instituții rezidențiale, 180 (83%) au rămas în familia biologică (Tabelul 9).

În același timp, **copii care au părăsit instituțiile rezidențiale pentru copii de vârstă fragedă, în anul 2022, au fost reintegrați în familia biologică (29,9%), în APP (17,1%), în tutelă (11,8%), în familia extinsă (3,7%), în CCTF (2,7%), în adopție (2,1%). Pentru 35 de copii (18,7%) nu s-a identificat o formă de protecție de tip familial, aceștia fiind transferați în alte instituții de tip rezidențial.**

Tabelul 9. Copii cu vârsta 0-6 ani ieșiți din instituțiile de protecție de tip rezidențial, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Centre maternale					
Total copii ieșiți,	198	238	139	209	217
Din motive de:					
- împlinire a vârstei	37	0	0	0	2
- reintegrare în familia biologică	99	171	86	175	180
- reintegrare în familia extinsă	6	3	3	2	0
- adopție	0	0	0	0	1
- plasați sub tutelă/curatelă	1	12	0	1	4
- plasați în APP	0	0	0	0	1
- plasați în CCTF	2	9	2	0	0
- plasați în alte instituții de tip rezidențial	11	3	2	11	8
- alte motive	42	40	46	20	21
Centre de plasament temporar pentru copii de vârstă fragedă					
Total copii ieșiți,	213	248	158	167	187
Din motive de:					
- împlinire a vârstei	0	0	0	0	0
- reintegrare în familia biologică	77	71	33	38	56
- reintegrare în familia extinsă	4	1	20	4	7
- adopție	11	5	1	14	4
- plasați sub tutelă/curatelă	45	33	30	43	22
- plasați în APP	41	37	25	40	32

	2018	2019	2020	2021	2022
- plasați în CCTP	3	12	10	6	5
- plasați în alte instituții de tip rezidențial	21	41	39	20	35
- alte motive	11	48	0	2	3

Numărul de copii plasați în îngrijirea alternativă de tip familial este în creștere (Tabelul 10). Cei mai mulți copii cu vârsta de 0-2 ani și 3-6 ani sunt plasați în tutelă, fiind urmați de cei plasați în APP și CCTF.

Tabelul 10. Copiii cu vârsta 0-6 ani plasați în servicii de îngrijire de tip familial, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Numărul total al copiilor plasați în servicii de plasament familial	4278	4143	3908	3732	3736
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	121	149	171	172	168
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	602	638	614	619	623
Serviciul de tutelă/curatelă, total copii	3259	3132	2878	2651	2682
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	84	91	112	116	122
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	431	453	417	400	393
Serviciul APP, total copii	761	758	782	816	759
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	36	57	58	52	42
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	147	150	159	179	183
Serviciul CCTF, total copii	258	253	248	265	295
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	1	1	1	4	4
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	24	35	38	40	47

Rețeaua serviciilor de îngrijire alternativă de tip familial se dezvoltă atât pe seama prestatorilor de stat, cât și a celor privați, însă este una lentă (Tabelul 11).

Tabelul 11. Numărul profesioniștilor care acordă servicii de plasament familial, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Numărul asistenților parentali profesioniști	399	397	417	405	382
Numărul CCTF	62	58	53	59	64

Prioritatea autorităților guvernamentale este ca toți copiii să fie îngrijiți în mediul familial, în mod special, copiii cu vârsta de 0-6 ani. Datele statistice analizate ne permit să diferențiem următoarele domenii de intervenție unde protecția copiilor de această vârstă trebuie consolidată:

- (i) Extinderea rețelei de servicii de îngrijire alternativă de tip familial: APP, CCTF, tutelă, adopție etc.
- (ii) Dezvoltarea Centrelor maternale, serviciu de îngrijire rezidențială pentru cuplul mamă-copil.

- (iii) Îmbunătățirea procesului de raportare a datelor statistice privind situația copiilor în situație de risc (CER nr. 103) și situația copiilor din sistemul rezidențial (CER nr. 103 A), prin delimitarea copiilor cu vârsta 0-2 ani și 3-6 ani.
- (iv) Instruirea specialiștilor din STAS privind raportarea statistică „calitatea documentelor pe care le primim cu date statistice lasă de dorit. Pierdem foarte mult timp cu raioanele, pentru a ajunge la un numitor comun” (IIE_2), dar și unii termeni-cheie: transfer, plasament etc.
- (v) Necesitatea unui sistem automatizat care să permită înregistrarea zilnică a datelor privind copiii plasați și ieșiși din îngrijirea de tip rezidențial, precum și a copiilor aflați în formele de îngrijire alternativă de tip familial.



Foto: Schimbator Studio

III. PREVENIREA SEPARĂRII DE FAMILIE A COPIILOR CU VÂRSTA 0-6 ANI

Nu există caracteristici sau trăsături unice care pot ajuta în identificarea familiilor cu risc potențial de abandon sau separare a copilului. Cu toate acestea, există mai multe semne la care trebuie să fie atenți actorii comunitari ca, să determine inițierea, cu celeritate, a unor acțiuni care să prevină abandonul sau separarea. Riscurile menționate sunt mai frecvente în familiile vulnerabile, printre absolventele instituțiilor rezidențiale, mamele minore, mamele solitare, victimele violenței etc.

Acțiunile de prevenire a abandonului și a separării copilului cu vârsta 0-6 ani pot fi directe și indirecte și trebuie întreprinse multisectorial și intersectorial, la diferite etape: (i) adolescență; (ii) etapa sarcinii, nașterii și (iii) după naștere. Este esențial să recunoaștem că acțiunile de prevenire a abandonului și separării copiilor cu vârsta 0-6 ani trebuie să implice activ și bărbații prin abordarea stereotipurilor de gen, educația privind egalitatea de gen și promovarea conștientizării asupra rolului esențial pe care îl au în creșterea și îngrijirea copiilor, inclusiv în prevenirea abandonului și separării.

3.1. Prevenirea riscurilor de abandon și separare în perioada adolescenței și a sarcinii

În Republica Moldova, în ultimii ani, s-au întreprins mai multe schimbări în cadrul normativ și de politici sectoriale și intersectoriale, care au contribuit la dezvoltarea serviciilor sociale, îmbunătățirea intervenției EMD și au determinat consecințe pozitive în domeniul prevenirii abandonului și separării copiilor.

Perioada adolescenței este una dintre cele mai dificile etape de intervenție, dar poate determina rezultate extrem de bune pe termen lung. Este etapa de educare și consiliere într-o serie de domenii privind viitoarea viață de familie și formarea unor deprinderi de viață. În Republica Moldova, se depun eforturi din partea instituțiilor de stat, dar și a OSC pentru a asigura servicii de consiliere pentru adolescenți.

În unele instituții de învățământ, în scopul educării și formării unor deprinderi pentru viața de familie, s-au introdus diverse discipline opționale recomandate în Planul-cadru aprobat de către MEC. Astfel, în anul de studii 2022-2023, printre cele 40 de discipline opționale recomandate pentru clasele X-XI, se regăsesc și discipline care își propun consolidarea instituției familiei și a unor deprinderi de viață: *Relații armonioase în familie, Etica vieții de familie*. [33]

La vârsta adolescenței, medicii și asistenții sociali trebuie să refere adolescenții și tinerii la Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor. Medicii de familie au un rol important în evidența și asistența femeilor în perioada sarcinii, inclusiv depistarea sarcinii, după caz. Pregătirea psihoemoțională pentru naștere, dar și îngrijirile antenatale de rutină sunt esențiale pentru sănătatea nou-născuților și prevenirea unor situații de abandon și separare a copilului.

Rețeaua celor 41 de Centre de Sănătate Prietenoase Tinerilor propun servicii medicale integrate și asistență psihosocială adolescenților și tinerilor, în mod special, din grupurile vulnerabile. Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor au șapte domenii prioritare de sănătate și dezvoltare a adolescenților și tinerilor, unul dintre acestea fiind asistență

[33] Planul-cadru pentru învățământul primar, gimnazial și liceal, anul de studii 2022-2023: https://mecc.gov.md/sites/default/files/ordin_mec_nr_123_din_28.02.2022_plan-cadru_2022-2023.pdf

medicală și psihosocială: Actualmente, în municipiul Chișinău și în raionul Cimișlia sunt pilotate două clinici mobile pentru a ajunge la adolescenții și tinerii din mediu rural, care nu se pot deplasa în centrele raionale „85 la sută din sarcinile la adolescente sunt în mediul rural” (IIE_19). Aceste clinici mobile oferă servicii medicale ginecologice și servicii psihologice. De asemenea, Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor pilotează pe parcursul a 3 ani un program pentru formarea abilităților parentale la adolescenți.

Reprezentanții Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor au dezvoltat parteneriate cu diferite instituții publice și private care oferă instruire și consultații: (i) pentru asistenții parentali profesioniști și părinții-educatori privind, sănătatea mintală și alte subiecte, și (ii) pentru mamele din Centrele maternale. La necesitate, acestea fac referirea adolescenților și tinerilor spre alte servicii existente: Specialiștii Centrului „Neovita” au elaborat recent un *Standard de conduită integrată a sarcinii, nașterii și perioadei postnatale la adolescente*, unde argumentează necesitatea asistenței psihosociale, în perioada sarcinii la adolescente, și necesitatea unei persoane de suport în primele săptămâni de sarcină, împreună cu serviciile care există la nivel de comunitate.

3.2. Asistența acordată în maternități pentru prevenirea abandonului nou-născuților

Medicii și asistentele medicale din maternități, dar și alți profesioniști intervievați, au semnalat reducerea cazurilor de abandon al copiilor în maternități „în cadrul instituțiilor medicale, din 2000, când erau peste 100 de abandonuri, acum sunt unități” (IIE_1), „anterior erau vreo 30 de cazuri pe an, nici nu reușeau să mă informeze, acum numărul s-a redus drastic în instituția noastră...” (IIE_4). Schimbările date au fost determinate de acțiunile întreprinse de autorități prin dezvoltarea serviciilor de consiliere psihologică și asistență socială în cadrul maternităților.

Riscul de abandon este identificat de personalul medical din maternități, până la- sau după nașterea copilului, care solicită intervenția psihologului și asistentului social din maternitate, iar cel din urmă stabilește și menține legătura cu asistentul social comunitar. Medicii și asistentele medicale identifică riscul, în baza unor semne suspecte: lipsa lucrurilor necesare pentru nou-născut și pentru îngrijirea acestuia, lipsa actelor de identitate a mamei, lipsa pregătirii pentru naștere etc., dar și în baza discuțiilor (nu a stat la evidență, a ascuns sarcina etc.). Asistentul social și psihologul lucrează cu femeile însărcinate cu risc de abandon la prevenirea acestuia „mă bucur că în ultimii ani nu avem nici un abandon al copilului în maternitate” (IIE_3).

Asistentul social din maternitate discută cu mama și o informează despre drepturile pe care le are, îi oferă posibilitate acesteia să informeze, personal, familia despre sarcină și nașterea copilului, dar, dacă aceasta nu o face, asistentul social își asumă și această responsabilitate, stabilind legătura cu autoritățile de la locul de trai a acesteia (medic/asistent medical, asistent social comunitar, specialist în asistența medicală a mamei și a copilului etc.). De asemenea, asistentul social informează autoritatea tutelară locală (inițial, de la locul de trai actual, apoi de la viza de reședință permanentă) și solicită suport pentru a ajuta familia, prin intermediul diferiților parteneri (CCF Moldova, Misiunea Socială Diaconia etc.). Asistența acordată este una individualizată, planificată, în baza necesităților identificate.

Specialiștii din maternități au menționat că reducerea cazurilor de abandon și separare a nou-născuților a fost posibilă și grație dezvoltării Centrelor maternale. Astfel, cuplurile mamă-copil cu risc de abandon sunt referite spre serviciile existente și se lucrează în parteneriat pentru a preveni abandonul și separarea.

3.3. Identificarea și evaluarea nevoilor copilului și a familiei în situație de risc, la nivel comunitar

Legea nr.140/2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți [34] a fost adoptată la 14.06.2013. Deși au trecut 10 ani din momentul adoptării, unii primari, participanți la cercetare, au recunoscut că nu cunosc cadrul normativ și responsabilitățile pe care le au „nu știu legea și politica față de copii, dar noi ne străduim și facem ce e în puterea noastră” (IIE_10). Situația dată a fost semnalată frecvent și de alți specialiști, participanți la cercetare „unii primari nici nu vor să intre în esența asistenței sociale și nu-și înțeleg responsabilitățile” (IIE_14).

Atitudinea primarilor față de copiii în situație de risc este diferită. În timp ce unii optează pentru separarea copilului de părinte, alții depun eforturi pentru a păstra copilul în familie „eu categoric sunt împotriva scoaterii copilului din familie... Am avut situații când am fost pe linia roșie pentru a separa copilul, dar am mai dat o șansă și am monitorizat intens familia, de 3 ori pe zi, cu ajutorul sătenilor. Și nu am dat greș...” (IIE_11).

În situațiile când primarii nu vor să întreprindă măsuri de separare a copilului de familie pe motiv că „nu vor să-și facă dușmani în localitate”, deși acestea sunt necesare, asistentul social comunitar, împreună cu reprezentanții STAS, apelează la procuratură.

În Republica Moldova, au fost aprobate și trebuie implementate mai multe mecanisme de colaborare intersectorială, la nivelul autorităților administrației publice locale, al instituțiilor medico-sanitare, de protecție socială, de învățământ (primari, asistente medicale și medici, asistenți sociali comunitari, educatori, polițiști de sector etc.): (i) prevenirea și reducerea mortalității materne, infantile și a copiilor cu vârsta de până la 5 ani la domiciliu [35]; (ii) identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor-victime și potențiale victime ale abuzului, neglijării, exploatării și traficului [36]; (iii) prevenirea primară a riscurilor pentru bunăstarea copilului. [37] Mecanismele intersectoriale stipulează necesitatea implicării specialiștilor din domeniu, inclusiv în prevenirea separării copilului de familie.

În unele comunități, membrii EMD își cunosc responsabilitățile în identificarea timpurie și prevenirea riscurilor și se întâlnesc în mod regulat pentru a discuta cazurile „de cele mai multe ori, ne întrunim în comisii atunci când facem un plan de intervenție cu familia, unde se pun anumii pași pentru a preveni separarea copilului de familie” (DFG_2), în altele însă lucrurile sunt mai complicate, pentru că unii reprezentanți nu-și cunosc responsabilitățile, dar nici nu vor să se implice în procesul de identificare și prevenire a cazurilor de risc, inclusiv cu risc de separare a copilului „unii specialiști, nici nu vor să vină la EMD” (DFG_1).

Gradul de implicare al specialiștilor de la nivelul comunitar în identificarea și prevenirea separării copiilor de familie este diferit, în dependență de mai mulți factori. Astfel, în unele comunități, specialiștii au înțeles importanța implicării intersectoriale „unul singur nu poți face nimic, este necesară abordarea multidisciplinară” (IIE_19), „noi lucrăm în echipă și ne străduim fiecare să-și cunoască atribuțiile, ca să ajungă informația din toate instituțiile la

[34] *Legea nr.140/2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți*, Monitorul Oficial Nr. 167-172 din 2013, art. 53 și Monitorul Oficial Nr. 102-104 din 2015 art. 53. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=83908&lang=ro

[35] *Hotărârea Guvernului nr. 1182/2010 pentru aprobarea Regulamentului privind mecanismul de colaborare intersectorială în domeniul medico-social, în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității materne, infantile și a copiilor cu vârsta de până la 5 ani la domiciliu*, Monitorul Oficial nr. 259-263 din 2010 art. 1317. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=103311&lang=ro; [Accesat 19.09.2023]

[36] *Hotărârea Guvernului nr. 270/2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului*, Monitorul Oficial nr. 92-98 din 2014 art. 297. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=18619&lang=ro; [Accesat 19.09.2023]

[37] *Hotărârea Guvernului nr.143/2014 pentru aprobarea Instrucțiunii cu privire la mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului*, Monitorul Oficial nr. 48-57 din 2018 art. 168. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=102076&lang=ro; [Accesat 19.09.2023]

autoritățile publice locale, să putem lua decizii și să întreprindem toate măsurile pentru a preveni situațiile de risc la copii” (DFG_2), dar astfel de practici sunt totuși rare.

Hotărârea Guvernului nr.143/2014 pentru aprobarea Instrucțiunii cu privire la mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului [38] stabilește că persoana desemnată pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului este în funcție de vârsta copilului. Astfel, pentru copiii de vârstă preșcolară, care nu sunt încadrați în instituții de educație timpurie (creșă, grădiniță), persoana desemnată este asistentul medicului de familie din cadrul instituției medico-sanitare publice, la care se află în evidență, pentru copiii de vârstă preșcolară, care sunt încadrați în instituții de educație timpurie, persoana desemnată este educatorul grupei, iar pentru copiii de vârstă școlară (învățământ primar)– învățătorul-diriginte de clasă. *Ordinul comun al miniștrilor MMPS/MS/MEC privind aprobarea Fișelor de observare, evaluare și planificare/2022* [39] aprobă instrumentele de lucru care trebuie aplicate de persoanele responsabile în prevenirea primară a riscurilor de bunăstare a copilului.

Discuțiile focus grup cu asistentele medicale, în cadrul acestui studiu, atestă că acestea nu au beneficiat de instruire privind aplicarea Hotărârii Guvernului nr.143/2018 [40]. Respectiv, ele nu cunosc și nici nu aplică Fișa de observare, Fișa de evaluare și nici Fișa de planificare a acțiunilor de prevenire a riscurilor de bunăstare. Cu toate acestea, situațiile specifice ale unor familii în cadrul cărora se sesizează lipsa condițiilor de trai, neglijare, violență etc. sunt aduse la cunoștința medicilor de familie și prin intermediul șefilor Centrelor de Sănătate sau specialistului raional în asistența medicală a mamei și a copilului, care semnalează aceste situații asistenților sociali comunitari.

Hotărârea Guvernului nr.143/2014 trebuie să devină documentul „de căpătâi” pentru prevenirea situațiilor de separare a copiilor cu vârsta 0-6 ani, pentru asistentele medicale și educatorii din instituțiile de educație timpurie, care „primii trebuie să bată alarma, în dependență de anumite semne de îngrijorare.” Datele cercetării atestă însă, că prevederile HG nr.143/2014 nu se implementează în practică „din păcate, aceste instrumente sunt puse bine pe hârtie, dar nu sunt implementate” (DFG_7). În acest sens, un impediment îl constituie faptul că *Ordinul comun al MMPS/MS/MEC privind aprobarea Fișelor de observare, evaluare și planificare*, în anul 2022, nu cuprinde niște instrucțiuni explicite privind aplicarea acestor instrumente, iar specialiștii nu au beneficiat de instruire.

Identificarea și prevenirea cazurilor de separare a copiilor cu vârsta 0-6 ani este un proces complicat pentru autoritățile locale. S-a semnalat că unii copii cu vârsta 0-2 ani sunt identificați mai greu, în comparație cu cei din grupa de vârstă 3-6 ani, care frecventează instituțiile de învățământ preșcolar și pot fi identificați și monitorizați mai ușor. Datele colectate în cadrul cercetării atestă că persoana-cheie în identificarea copiilor în situații de risc, inclusiv a celor cu vârsta de 0-2 ani și din grupa de vârstă 3-6 ani, rămâne asistentul social comunitar „fără asistentul social nu se duce nimeni în familie”, „toată povara este pe seama asistentului social.” Frecvent, în ajutorul acestuia, în mod special, când există anumite riscuri, vine primarul, polițistul „noi avem un polițist pentru 5 sate și nu prea poate acum, nu reușește să țină piept la toate” și, mai rar, medicul de familie sau asistenta medicală „asistentele medicale sesizează, uneori”, „sectorul medical doar telefonează, nu vor să scrie sesizări” (DFG_1). Există și situații de risc a copiilor semnalate de membrii comunităților (vecini).

[38] Hotărârea Guvernului nr. 143/2014 pentru aprobarea Instrucțiunii cu privire la mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului, Monitorul Oficial nr. 48-57 din 2018 art. 168. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=102076&lang=ro

[39] Ordinul comun al miniștrilor MMPS, MS și MEC din 25.11.2022 cu privire la aprobarea Fișei de observare a bunăstării copilului, Fișei de evaluare a bunăstării copilului și a Fișei de planificare a acțiunilor pentru prevenirea primară a riscurilor de bunăstare a copilului. https://social.gov.md/wp-content/uploads/2022/12/Ordin-comun-MMPS_MS_MEC_privind-aprobarea-Fiselor-de-observare-evaluare-si-planificare_96_1006_1158-din-25.11.2022.pdf

[40] Hotărârea Guvernului nr.143/2014 pentru aprobarea Instrucțiunii cu privire la mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului, Monitorul Oficial nr. 48-57 din 2018 art. 168. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=102076&lang=ro

OSC încearcă să ajute specialiștii din unele UAT în procesul de observare, evaluare a bunăstării copiilor, inclusiv elaborarea acțiunilor de prevenire primară a riscurilor, dar acestea sunt cazuri unitare, realizate în bază de voluntariat. Se impune necesitatea asigurării instruirilor astfel, încât Hotărârea Guvernului nr.143/2018 și Reperetele metodologice să devină instrumente de bază. Odată aplicate, aceste instrumente pot contribui la prevenirea problemelor de sănătate și apariție a dizabilității „în 70 la sută din cazurile mele și ale colegilor, lucrurile au putut fi prevenite, inclusiv la capitolul diagnoze și dizabilitate, dacă autoritățile interveneau conform responsabilităților, medicul și asistenta medicală la vârsta de 0-2 ani, educatorul, la 3-7 ani etc.” (DFG_7).

În unele comunități, evidența și monitorizarea copiilor nou-născuți este mai bine organizată, deși nu întotdeauna poate asigura prevenirea cazurilor de mortalitate infantilă „familiile cu copii mici sunt monitorizate. Cu mamele se discută mai detaliat despre semnele de pericol, despre cum să alăpteze copilul, cum să îl hrănească... Însă mai sunt și cazuri de deces subit la domiciliu” (DFG_2).

În același timp, s-a subliniat că incluziunea educațională a copiilor cu dizabilități în sistemul de educație timpurie constituie o provocare. În unele grădinițe, grupele sunt numeroase, nu este un cadru didactic de sprijin și educatorii nu reușesc să asigure cu atenție toți copiii. Familiile care au 2-3 copii cu dizabilități se confruntă cu mai multe dificultăți și au nevoie de mai mult suport pentru a preveni riscurile de separare (Studiul de caz 1).

Studiul de caz 1. Prevenirea separării copiilor cu dizabilități

„Noi lucrăm la prevenirea separării a 3 copii, dintre care 2 cu dizabilități. Un copil are 7 ani, este cu autism sever și a mers în clasa I anul acesta, dar este liniștit. Alt copil de 3 ani, tot cu autism sever, l-am încadrat acum în grădiniță, dar copilul este agresiv, se lovește... Instituția preșcolară nu este pregătită să lucreze cu astfel de copii și ei au solicitat ca mama să fie prezentă împreună cu copilul la grădiniță, minută în minută... Se primește că noi o limităm pe mama aceasta în tot. Ea acum nu poate să meargă la lucru. Comisia medicală le-a pus la ambii copii grad de dizabilitate mediu. Mama are nevoie de surse financiare pentru a întreține copiii. Acum ea aleargă de la o instituție la alta, merge la medic cu copiii aceștia, dar nu reușește și nu știm cum să o ajutăm” (FGD_2).

La ședințele EMD comunitare, unde se pune în discuție situația familiilor cu copii în risc, autoritățile locale invită și specialiștii de la STAS. De asemenea, sunt invitați și părinții, cărora li se explică responsabilitățile părintești, dar și riscurile de separare a copiilor, în cazul când nu-și vor îndeplini responsabilitățile.

Evaluarea nevoilor copilului și a familiei este realizată de asistentul social comunitar. Acesta realizează evaluarea, alcătuiește Planul Individualizat de Asistență și, ulterior, „colectează semnăturile” de la ceilalți membri ai EMD. Asistenții sociali comunitari identifică nevoile fiecărui copil, conform procedurii managementului de caz și a domeniilor de bunăstare, însă le consideră pe acestea ca fiind birocratice „să aplici un management de caz la o familie, ia prea mult timp. Și asta e un lucru la nivel de hârtie și atunci noi fizic nu reușim să acoperim necesitățile tuturor copiilor” (DFG_2); „managementul de caz e frumos scris, cu formulare și chestii, dar când e vorba de aplicarea lui, lasă de dorit” (DFG_4). Necesitățile copiilor și a familiilor în care există risc de separare sunt multiple, mai ales când sunt mai mulți copii de vârste diferite.

Acțiunile incluse în Planul Individualizat de Asistență a copiilor cu risc de separare cuprind:

- (i) necesitatea acordării copilului și/sau familiei altor servicii sociale (înscrierea copilului în instituția de educație timpurie, suport material, înaintarea pentru serviciul sprijin familial etc.);

- (ii) dezvoltarea parteneriatelor cu OSC care vin cu: suport material pentru asigurarea unor condiții de trai potrivite; consiliere socială și psihologică; suport în identificarea unui loc de muncă, respectiv consiliere vocațională; referirea către servicii de dezalcoolizare etc.;
- (iii) monitorizarea acestor familii, uneori, și de câteva ori pe zi, cu implicarea diferitor specialiști de la nivel local (asistent social comunitar, lucrător social, primar, asistent medical sau medic de familie etc.), mai rar, alți reprezentanți și membri din comunitate.

La îndeplinirea Planului Individualizat de Asistență, inclusiv revizuirea acestuia, iarăși se implică, frecvent, doar asistentul social comunitar „*partea de implicare a membrilor EMD nu se reușește nici la îndeplinirea Planului Individualizat de Asistență*” (DFG_4). Practici pozitive sunt foarte puține la acest capitolul, fapt care demonstrează necesitatea conștientizării de către membrii EMD a rolului pe care îl au în asigurarea de sprijin pentru soluționarea cazurilor. Actualmente, implicarea este mai mult una formală „*am venit, am stat acolo o oră și m-am dus mai departe. Dar membrii EMD trebuie să contribuie la soluționarea cazurilor, nu să vină să asiste și să pună semnătura*” (DFG_4). De asemenea, trebuie consolidate și capacitățile membrilor EMD în elaborarea și realizarea Planului Individualizat de Asistență „*am văzut Planuri Individualizate completate de asistenții sociali. Majoritatea sunt foarte slab completate pentru că instrumentul este destul de stufos, în cazul copiilor cu dizabilități severe și e mai complicat să identifici nevoile copilului și ei, pur și simplu, bifează*” (DFG_4).

O altă provocare în implementarea Planului Individualizat de Asistență se referă la implicarea și participarea părinților „*lipsa dorinței părinților să conlucreze cu autoritățile și să schimbe ceva pentru binele copilului în familie. Chiar dacă punem niște puncte (acțiuni) părinților, le vine greu să le îndeplinească*” (DFG_2). Există și situații când luarea copiilor de la mamă nu o îngrijorează pe aceasta, din contra, „*o bucură, chiar ne-a spus că abia o să mă odihnesc*” (DFG_1).

La prevenirea riscului de separare, în unele comunități se lucrează cu diverse OSC, care vin cu suport suplimentar (servicii și sprijin material), mai ales atunci când EMD nu mai găsește soluții „*avem acum în monitorizare, 6 familii cu copii de vârsta respectivă. Lucrăm împreună cu CCF Moldova, de obicei. Deja din 2010 suntem împreună anume la vârsta respectivă. Dacă vedem că ne vine mai greu, apelăm și lucrăm împreună și ne vine mult mai ușor în așa situații*” (DFG_2).

Familiiile cu copii în situație de risc, identificate la nivel de comunitate, inclusiv care au copii cu vârsta 0-6 ani, sunt monitorizate la nivel de comunitate. Monitorizarea a fost semnalată de actorii comunitari ca o modalitate eficientă de prevenire a riscurilor de separare.

În opinia reprezentanților OSC, GIL și ai altor participanți la cercetare, implicarea specialiștilor de la nivelul comunitar, la capitolul prevenire, trebuie îmbunătățită substanțial „*din ce vedem noi, la capitolul prevenire nu se lucrează. Se identifică atunci când problema este gravă. Spre exemplu, în ultimul caz, când mama trebuia să nască... La noi ajung mame la 15 ani care nu știu de igienă personală. Vorbim de copii care au devenit mame și pe care nimeni nu i-a întrebat niciodată: cum a fost azi la școală? Dar ce ai mâncat astăzi?*” (DFG_7).

S-a constatat că cadrul normativ care reglementează cooperarea intersectorială nu este respectat, iar persoanele care nu-și îndeplinesc responsabilitățile nu sunt sancționate „*pentru unii sunt legi și ele funcționează, dar pentru alții, nu*” (DFG_7).

3.4. Serviciile oferite pentru prevenirea separării copiilor

Datele cercetării atestă că pentru familiile cu copii în risc de separare, inclusiv cu vârsta 0-6 ani se încearcă a oferi servicii, în dependență de necesitățile copilului și familiei „*propunem toate serviciile care sunt. Cu cât mai multe, cu atât mai bine*” (DFG_1). S-a constatat că unele autorități publice locale, de asemenea, se implică și încearcă să ofere suport. Cel mai frecvent, acestea asigură înscrierea copiilor din aceste familii la instituțiile de educație timpurie, inclusiv prin scutirea de taxă, acordă, conform posibilităților, îmbrăcăminte, încălțăminte, produse alimentare, mai rar, suport pentru procurarea alimentației artificiale a copiilor cu vârsta de 0-2 ani „*primăria alocă, anual, sume financiare pentru procurarea alimentației artificiale. Noi de foarte mulți ani îi asigurăm cu alimentație Nestogen, Nan*” (DFG_2), consiliere psihologică mamei/părinților sau îi direcționează către serviciile de dezalcoolizare. Suplimentar la cele menționate, în baza evaluărilor realizate de asistentul social comunitar, EMD ia decizia de a înainta dosarul copilului la CPCD pentru unele servicii suplimentare: sprijin familial secundar, centre de zi, echipe mobile, plasament mamă-copil în Centre maternale etc. Sunt asistenți sociali comunitari care cunosc și colaborează cu OSC pentru identificarea posibilităților de implicare și acordare de suport „*nouă ne vine foarte mult în ajutor la categoria aceasta de copii, organizația CCF Moldova, fiindcă ei, într-adevăr, ne ajută mult și noi nu avem în ultimii ani separare a copiilor de familie, doar datorită lor*” (DFG_2).

Familiiile cu copii, cel mai frecvent, pot beneficia de serviciul **sprijin familial**, [41] [42] instituit la nivel național, în scopul prevenirii sau depășirii situațiilor de risc și asigurării creșterii și educării copilului în mediul familial. Sprijinul familial primar cuprinde activități oferite familiilor cu copii, la nivel comunitar, pentru prevenirea și înlăturarea factorilor care pot duce la situații de risc. Sprijinul familial secundar este axat pe activități de protecție a familiei și copilului, în scopul prevenirii separării copilului de familie, precum și a pregătirii familiei pentru reintegrarea copilului. Atât asistenții sociali comunitari, cât și șefii STAS au menționat că se acordă mai mult sprijin familial secundar „*mai mult pe componenta financiară lucrăm*” (DFG_1). În acest context, reprezentanții OSC au subliniat că „*e mai ușor să dai bani, decât să lucrezi pe consolidarea rețelei*” (DFG_7), astfel, se denaturează conceptul sprijinului familial și se creează dependență. S-a evidențiat că, în anul 2022, când UNICEF a oferit resurse financiare pentru acordarea serviciului sprijin familial secundar, asistenții sociali comunitari au lucrat la pregătirea actelor pentru acordarea acestuia, dar nu la prevenire și monitorizare „*au beneficiat 160 de familii spre marea nefericire... Am dat sprijin familial tuturor acelor care nu le-a fost lene să vină până la primărie*” (DFG_2); „*noi nu am dispus atunci la moment de timp ca să pregătim dosarele acestea, 2 luni am avut, și atunci familiile, care știu să bată și să vină la primărie, au primit*” (DFG_1).

Cu ajutorul sprijinului familial secundar, asistentul social, împreună cu EMD se orientează spre îmbunătățirea condițiilor de trai „*am schimbat uși, ferestre. Am construit sobe. Am făcut reparație. Am procurat pătucuri, mașini de spălat etc.*” (DFG_1).

Componenta primară a serviciului sprijin familial nu este valorificată din diverse motive:

- (i) asistenții sociali comunitari au o multitudine de sarcini și nu reușesc să ofere suport primar familiei pentru a preveni separarea „*sunt foarte încărcăți*”;
- (ii) în activitățile ce țin de acordarea sprijinului familial primar, trebuie să se implice și

[41] Hotărârea Guvernului nr. 889/2013 pentru aprobarea regulamentului-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului social de sprijin pentru familiile cu copii, Monitorul Oficial nr. 262-267 din 2013, art.1005. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=103106&lang=ro; [Accesat 19.09.2023]

[42] Hotărârea Guvernului nr. 780/2014 cu privire la aprobarea Standardelor minime de calitate privind Serviciul social de sprijin pentru familiile cu copii, Monitorul Oficial nr. 293-296 din 2014, art.826. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=102909&lang=ro; [Accesat 19.09.2023]

alți actori comunitari „dacă fiecare specialist de la nivel local și-ar face lucrul, ar fi foarte bine. Dar s-a creat opinia că persoanele vulnerabile sunt doar clienții asistenței sociale,” (DFG_1);

(iii) lipsesc specialiștii în protecția drepturilor copilului, la nivel comunitar.

Șefii STAS, dar și reprezentanții OSC au subliniat necesitatea instruirii și consolidării abilităților asistenților sociali comunitari în acordarea sprijinului familial primar, care să ajute la prevenirea separării „trebuie de lucrat așa mărunțel, mărunțel de lămurit, de arătat, de învățat o perioadă de 3 luni, dacă nu tot anul” (IIE_14). Ariile de intervenție pentru consolidarea sprijinului familial primar cuprind: sensibilizarea, informarea, ghidarea pentru angajare în câmpul muncii, programe de educație parentală (Mellow Parenting) etc.

Serviciul **Centrul de zi pentru îngrijirea copiilor cu vârsta de 4 luni – 3 ani** [43] este dezvoltat doar în câteva UAT, dar a fost apreciat ca fiind extrem de util pentru prevenirea separării copilului din această categorie de vârstă de familie. În baza Regulamentului-cadru, referirea spre acest serviciu este realizată de către ATT, în baza cererii mamei care beneficiază de sprijin familial secundar (p.23). Încadrarea copiilor în centrul de zi oferă mamelor posibilitatea de a continua studiile, de a se angaja în câmpul muncii și a avea o viață independentă din punct de vedere economic, alături de copii. Serviciul dispune și de standarde minime de calitate. [44]

Prevenirea abandonului nou-născuților și al copiilor de 3-6 luni, în special, în cazul mamelor tinere sau al victimelor violenței și abuzului, care nu sunt acceptate de familie, este realizată prin intermediul serviciilor prestate de **centrele maternale**. [45] Acest serviciu, de asemenea, există doar în unele UAT.

Centrele maternale sunt eficiente în prevenirea abandonului și a separării copilului de mamă (Tabelul 9). Datele pentru anul 2022 atestă că din 217 copii de această vârstă, care au ieșit din aceste instituții rezidențiale, 180 (83%) au rămas în familia biologică. Aceste date au fost confirmate și de către reprezentanții Centrului maternal „În brațele mamei” (Misiunea Socială Diaconia). În cei 12 ani de activitate a acestui Centru, au fost susținute 185 de cupluri mamă-copil și s-au înregistrat doar 9 cazuri de separare. Managerul Centrului maternal din cadrul Centrului de Plasament și Reabilitare pentru Copii de Vârstă Fragedă din mun.Chișinău a semnalat că a crescut numărul de cereri de plasament, dar s-a redus termenul de ședere a cuplului mamă-copil (IIE_7). Aspectele pozitive ale serviciului au fost explicate de participanți prin: (i) crearea atașamentului mamă-copil; (ii) schimbarea atitudinii mamei față de copil, inclusiv a ideii de abandon sau separare; (iii) formarea unor deprinderi elementare de viață, inclusiv de îngrijire a copilului prin organizarea Școlii mamelor, în baza nevoilor acestora; (iv) oferirea posibilității de a obține o profesie „mama de 18 ani a ieșit din Centrul maternal și cu diplomă de bucătar” (DFG_3).

Un serviciu important pentru prevenirea separării copilului de familie îl constituie **intervenția timpurie**. [46] Scopul acestui serviciu constă în identificarea timpurie a copiilor cu tulburări/deficiențe de dezvoltare /sau care prezintă factori de risc și prestarea serviciilor medicale, sociale și psihopedagogice copiilor și familiei.

[43] Hotărârea Guvernului nr. 730/2018 pentru aprobarea regulamentului-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului social Centrul de zi pentru îngrijirea copiilor cu vârsta de 4 luni-la 3 ani, Monitorul Oficial nr. 309-320 din 2018, art.849. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=108874&lang=ro; [Accesat 19.09.2023]

[44] Hotărârea Guvernului nr.48/2023 privind aprobarea Standardelor minime de calitate pentru Serviciul social Centrul de zi pentru îngrijirea copiilor cu vârsta de 4 luni – 3 ani, Monitorul Oficial Nr. 45-48 din 2023, art. 87. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=135594&lang=ro; [Accesat 19.09.2023]

[45] Hotărârea Guvernului nr.1019/2008 pentru aprobarea Standardelor minime de calitate privind serviciile sociale prestate în cadrul centrelor maternale, Monitorul Oficial nr. 171-173 din 2008, art.1028. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=14238&lang=ro; [Accesat 19.09.2023]

[46] Hotărârea Guvernului nr. 816/2016 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea serviciilor de intervenție timpurie și a standardelor minime de calitate pentru serviciile de intervenție timpurie, Monitorul Oficial nr. 193-1203 din 2016, art.880. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=93683&lang=ro; [Accesat 19.09.2023]

Serviciul social **asistență personală**⁴⁷ a fost evidențiat ca un serviciu eficient de prevenire a separării copiilor cu dizabilități severe de mamă/părinți/familie. Ajutorul financiar nu este mare, dar persoanele care îngrijesc astfel de copii sunt angajate, beneficiază de poliță de asigurare medicală și stagiul de cotizare „*funcționează foarte bine și este un ajutor foarte mare pentru familie*” (DFG_1).

Serviciul **echipă mobilă**⁴⁸ este adresat, în primul rând, copiilor cu dizabilități și, totodată, părinților/îngrijitorilor care îi au în creștere și îngrijire. Serviciul a fost implementat în marea majoritate a UAT, dar activitatea acestuia a fost afectată de lipsa resurselor financiare. Din aceste considerente, serviciul este activ, actualmente, doar în câteva UAT.

Centrele de zi pentru copii cu dizabilități [49] oferă asistență în recuperarea și reabilitarea psihomotorie, sprijin și mediere în relațiile cu familia și comunitatea, însă acestea sunt puține.

Părinții copiilor cu dizabilități severe pot accesa cumulativ 45 de zile pe an serviciul **asistență parentală profesionistă de răgaz**. [50] Asistenții sociali au subliniat însă un atașament puternic între mame/părinți și copii, în marea majoritate a cazurilor. Respectiv, părinții „*au frica aceasta să lase copilul cu altcineva, chiar dacă le propunem acest serviciu, nu prea îl acceptă*” (DFG_1).

Participanții la cercetare au subliniat că unii copii cu vârsta 0-6 ani sunt extrem de vulnerabili, iar segmentul de copii cu vârsta de 0-2 ani este cel mai vulnerabil și că trebuie fortificată instituția familiei și abilitățile părinților privind îngrijirea copiilor prin programe de educație parentală. Asistenții sociali comunitari au relatat importanța: (i) **Programului Mellow parenting** destinat părinților cu copii mici din familiile aflate în situație de risc, care pune accentul pe valorificarea punctelor forte ale părinților, motivarea acestora să-și identifice problemele și să-și schimbe comportamentul. Acest program a fost evidențiat ca fiind unul utilizat în unele UAT și cu rezultate foarte bune; (ii) **Programului Portage** pentru părinții cu copii cu dizabilități de 0-6 ani, care nu frecventează grădinița. Programul le formează părinților abilități de comunicare și dezvoltare a relațiilor cu copilul, oferindu-le suport în creșterea și educarea acestuia, astfel, prevenind separarea copilului de părinți.

Un serviciu nou, deschis pe lângă Centrele de Sănătate din câteva UAT, îl constituie **cabinetele de dezvoltare a copilului**. Actualmente, au fost deschise 14 cabinete în raioanele Cahul și Ungheni. Aceste cabinete dotate cu echipament medical, mobilier și jucării sunt pentru copiii cu vârsta 0-6 ani și permit medicilor de familie și asistentelor medicale să înțeleagă mai bine relația dintre mamă-copil și să identifice riscurile de separare, dar și aspecte negative/nepotrivite în interacțiunea cu copilul sau în procesul de îngrijire al acestuia „*când vine mama cu copilul la medicul de familie, îi trimite un pic să se joace și observă cum mama interacționează cu copilul, poate sau nu mama răspunde la necesitățile copilului*” (DFG_7). În opinia unor participanți, acest serviciu poate contribui la identificarea precoce de către reprezentanții sistemului medical a unor probleme de sănătate, dar și a unor curențe de îngrijire.

[47] Hotărârea Guvernului nr. 314/2012 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Asistență personală” și a standardelor minime de calitate, Monitorul Oficial nr. 104-108 din 2012, art.366. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=13457&lang=ro; [Accesat 19.09.2023]

[48] Hotărârea Guvernului nr. 722/2011 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Echipă mobilă” și a standardelor minime de calitate, Monitorul Oficial nr. 160-163 din 2011, art.794. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=22714&lang=ro; [Accesat 19.09.2023]

[49] Hotărârea Guvernului nr. 824/2008 privind aprobarea Standardelor minime de calitate pentru serviciile sociale prestate în centrele de zi pentru copii cu dizabilități, Monitorul Oficial nr. 122-124 din 2008, art.831. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=69597&lang=ro; [Accesat 19.09.2023]

[50] Hotărârea Guvernului nr. 760/2014 pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de asistență parentală profesionistă și a standardelor minime de calitate, Monitorul Oficial nr. 282-289 din 2014, art.815. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=18529&lang=ro; [Accesat 19.09.2023]

Importanța implementării **educației incluzive timpurii** crește în contextul instituirii unui moratoriu la îngrijirea rezidențială pentru copiii cu vârsta 0-6 ani. Participanții la cercetare au evidențiat că, în prezent, nu există finanțare pentru educația incluzivă timpurie și pentru instruirea educatorilor. Drept urmare, copiii cu cerințe educaționale speciale nu frecventează instituțiile de educație timpurie „foarte rar se întâmplă când grădinița îi acceptă” (DFG_1). Dar aceste servicii trebuie să fie incluzive și prietenoase „dacă în cazul școlii, Codul educației expres stipulează incluziunea educațională, în cazul grădinițelor, din păcate, nu avem specificări nici pe partea legată de mecanismul de finanțare” (DFG_7).

Servicii de îngrijire a copiilor pot fi: (i) **servicii alternative de îngrijire a copiilor organizate de angajator la locul de muncă**, (ii) **servicii alternative de îngrijire individualizată** și (iii) **serviciile de îngrijire alternativă a copilului de tip familial**. [51] Scopul serviciilor menționate constă în oferirea serviciilor de îngrijire, creștere, dezvoltare armonioasă, supraveghere și educație a copilului cu vârsta de până la 3 ani, prestate de către îngrijitor/îngrijitoare, care să ajute mamele/părinții în reconcilierea vieții de familie cu cea profesională, sporirea gradului de supraveghere și siguranță a copiilor cu vârsta de până la 3 ani etc. Serviciile menționate sunt în proces de creare, ele sunt complementare și discreționare, nu substituie instituțiile de educație antepreșcolară și/sau de învățământ preșcolar prevăzute în Codul educației nr.152/2014 și nu reprezintă una dintre formele de asistență socială prevăzute în actele normative din domeniu. Serviciile date vor fi achitate de către reprezentanții legali ai copilului și/sau a angajatorului acestora în mod corespunzător și nu cad sub incidența actelor normative care reglementează funcționarea instituțiilor de educație antepreșcolară (creșe) și învățământ preșcolar (grădinițe) sau anumite forme structurale de asistență socială (art.1, art.5). Dezvoltarea acestor servicii alternative, la nivel de comunitate, ar fi un suport pentru familiile cu copii cu vârsta de până la 3 ani.

3.5. Implicarea organizațiilor societății civile în prevenirea separării copilului de familie

OSC care au drept scop protecția copilului sunt active și participă atât la elaborarea de politici, cât și la dezvoltarea și implementarea unor servicii sociale noi. Printre acțiunile recente, la nivel de politici, nominalizăm participarea la elaborarea și adoptarea *Programului național de protecție a copilului și Planului de acțiuni*, elaborarea reperelor metodologice privind nivelul de bunăstare a copiilor (0-6 ani), inclusiv inițiativa de a institui un moratoriu la plasamentul în instituțiile rezidențiale a copiilor cu vârsta 0-6 ani.

Acțiunile practice sunt mai diverse și depind de profilul organizației. Printre cele mai importante acțiuni practice la tema analizată, menționăm: (i) promovarea programelor de educație parentală (Mellow Parenting, Panda, etc.) și încercarea de a extinde implementarea acestora la nivel național; (ii) introducerea unor noi modele de APP: APP specializată pentru copii cu dizabilități, inclusiv cu dizabilități severe și APP de urgență; (iii) deschiderea Centrelor maternale și oferirea suportului pentru mamele cu copii în risc de abandon sau separare, prin dezvoltarea competențelor parentale și a abilităților de viață autonomă; (iv) dezvoltarea serviciilor pentru prevenirea dizabilității la copii: cabinete de dezvoltare a copilului, la nivel de comunitate, și centre de intervenție timpurie; (v) dezvoltarea serviciilor de îngrijire pentru copii cu vârsta 0-3 ani: a centrelor de zi pentru copii cu vârsta de la 4 luni până la 3 ani, serviciilor alternative de îngrijire a copiilor, organizate de către angajator la locul de muncă și servicii de îngrijire individualizată; (vi) crearea grupurilor de sprijin, la nivel de comunitate. Nu în ultimul rând, unele OSC, împreună cu autoritățile publice locale, oferă suport familiilor unde există risc de separare, precum și în procesul de reintegrare al copiilor în familia biologică sau extinsă, sau în serviciile

[51] *Legea nr. 367/2022 cu privire la serviciile alternative de îngrijire a copiilor*, Monitorul Oficial nr. 45-48 din 2023, art.85. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=135587&lang=ro; [Accesat 20.09.2023]

de îngrijire alternativă de tip familial „când sunt situații mai grave, când eu văd că nu mă mai descurc, când văd că mi s-au epuizat resursele, desigur că apelez după suport la OSC” (DFG_1). Pentru a asigura un proces de dezinstituționalizare, axat pe cele mai bune forme de îngrijire, unele OSC, în parteneriat cu autoritățile locale: (i) colaborează cu familia biologică sau extinsă, în scopul (re)integrării; (ii) dezvoltă servicii de îngrijire de tip familial: APP, CCTF; (iii) evaluează, instruiesc și pregătesc solicitanții la adopția națională și le oferă suport în perioada post-adopție etc. Asistenții sociali au subliniat că „colaborarea cu OSC ne ajută foarte mult și aduce rezultate” (DFG_1).

Există mai multe reușite ale OSC în prevenirea instituționalizării copiilor cu vârsta 0-6 ani, inclusiv în procesul de (re)integrare a acestora. Sunt multiple inițiative și multiple servicii sociale dezvoltate, dar interviurile individuale aprofundate și discuțiile focus grup cu diferiți actori sociali atestă că **marea majoritate a acestora sunt doar în unele UAT.**

Un rol extrem de important au OSC în capacitatea resurselor umane, în baza proiectelor, pentru că „resursele umane calificate și bine pregătite, la nivel local, influențează asupra prevenirii riscurilor și favorizează păstrarea copilului în familie” (DFG_7). Rezultatele obținute sunt un efort colectiv „nu reușim singuri, ci împreună cu autoritățile.” Dacă autoritățile sunt deschise și conștientizează consecințele negative ireversibile ale instituționalizării copiilor cu vârsta 0-6 ani, atunci rezultatele se materializează în cadrul acțiunilor de prevenire timpurie întreprinse la nivel local, în serviciile sociale dezvoltate pentru prevenirea separării și serviciile alternative de îngrijire de tip familial. Acolo unde autoritățile nu au pregătirea necesară și/sau nu vor să înțeleagă efectele negative ale instituționalizării „unde trebuie să luptăm cu autoritățile, succesul este minim sau deloc” (DFG_7).

Nu întotdeauna autoritățile publice locale se implică în identificarea și documentarea cazurilor familiilor cu copii în situație de risc „există și cazuri ale copiilor care nu sunt documentați.”

Cele relatate atestă că, pentru a avea un moratoriu, este necesară îmbunătățirea multor aspecte cu referire la prevenirea separării copilului de familie, dar și al suportului oferit familiilor vulnerabile:

- (i) instruirea primarilor atât privind responsabilitățile în calitate de ATL, cât și referitor la beneficiile îngrijirii de tip familial, în comparație cu îngrijirea de tip rezidențial;
- (ii) elaborarea unor instrucțiuni sectoriale (sănătate), în baza Reperelor metodologice, și instruirea asistentelor medicale privind aplicarea acestora,
- (iii) colaborarea OSC cu autoritățile la nivel central și local, pentru îmbunătățirea gradului de pregătire al actorilor comunitari (asistente medicale, educatori, asistenți sociali, primari etc.) în identificarea timpurie și prevenirea riscurilor de separare „nu avem oameni instruiți în domeniu”;
- (iv) comunicarea și colaborarea în cadrul EMD, inclusiv instruirea membrilor acestora, cu accent pe responsabilitățile stabilite de cadrul normativ, privind identificarea timpurie a factorilor de risc și intervenția promptă, care să contribuie la îmbunătățirea factorilor de bunăstare și pentru asigurarea copiilor cu vârsta de 0-6 ani a unei îngrijiri alternative de tip familial „avem mecanisme intersectoriale, dar nu există colaborare, fiecare activează pe dimensiunea lui” (DFG_7);
- (v) consolidarea serviciului sprijin familial pentru familii cu copii, în mod special, a sprijinul familial primar;
- (vi) dezvoltarea serviciilor la nivel comunitar, raional și național, în scopul prevenirii separării de familie a copilului de 0-6 ani, pornind de la programe de educație pentru

viața de familie, de la vârsta adolescenței, continuând cu programe de educație parentală în perioada sarcinii și după naștere, dar și centre maternale, centre de zi, asistență personală, echipe mobile etc.

- (vii) dezvoltarea serviciilor care să permită identificarea timpurie a problemelor de sănătate și prevenirea riscurilor de dizabilitate – servicii de intervenție timpurie, centre de reabilitare/recuperare etc.;
- (viii) îmbunătățirea serviciilor de incluziune educațională în instituțiile de educație timpurie prin stabilirea unui mecanism de finanțare și al unor standarde minime de calitate, prin asigurarea cadrelor didactice de sprijin;
- (ix) introducerea unor sancțiuni pentru cei care nu-și îndeplinesc responsabilitățile profesionale în cadrul EMD „*avem legi foarte bune, dar nu se aplică sancțiuni, nimeni nu este tras la răspundere. De ce un copil, care putea fi recuperat, astăzi este cu dizabilități și în cărucior pe rotile? Cine trebuie să răspundă? Care este persoana din acest traseu care nu a intervenit?*” (DFG_7). Consecințele unor inacțiuni sunt grave (Studiul de caz 2.)



Foto: CCF Moldova

IV. PRACTICI DE PLASAMENT AL COPIILOR CU VÂRSTA 0-6 ANI ÎN INSTITUȚIILE REZIDENȚIALE

4.1. Cauzele plasamentului

Actualmente, sunt foarte rare cazurile de abandon al copiilor în maternități. Cazurile de plasament de urgență, dar și de plasament planificat al copiilor în instituțiile rezidențiale sunt, aproape în totalitate, identificate la nivel de comunități.

În cadrul discuțiilor de grup, s-a constatat că sunt plasați în instituțiile rezidențiale, mai mulți copiii cu vârsta 0-2 ani, decât cei cu vârsta de 3-6 ani, fapt confirmat și de datele CER nr. 103 A [52] (Tabelul 7). Situația dată a fost explicată prin faptul că posibilitatea de a găsi o rudă care să îngrijească copilul cu vârsta 0-2 ani e minimă, iar în cazul copiilor din grupa de vârstă 3-6 ani, astfel de posibilități sunt totuși mai frecvente „*gradul este mediu*” (DFG_3). Situația poate fi explicată și prin mai multe cerințe de îngrijire, imposibilitatea de încadrare a copiilor cu vârsta 0-2 ani în instituțiile de educație timpurie, dar și prin prezența mai multor riscuri pentru viața și sănătatea copilului la vârsta dată „*copiii necesită o îngrijire mai minuțioasă și mai specială pentru că nu se pot autoservi*” (IIE_14). Respectiv, unele ATL și ATT, practic, nu caută soluții de îngrijire alternativă, în cazul copiilor cu vârsta de până la 2 ani „*dacă este un copil de 0-2 ani, nu caut soluții la nivel local, merg direct la centrul de plasament de la Chișinău, dacă are 4-6 ani caut forme de îngrijire de tip familial*” (DFG_3). Mai mult, plasamentul în îngrijire rezidențială este recomandat de către specialiștii unor STAS „*eu recomand asistenților sociali să ducem copiii cu vârsta 0-2 ani în Centrul de Plasament și Reabilitare pentru Copii de Vârstă Fragedă, pentru că acolo îi primesc, copiilor le este bine, iar documentele care trebuie pregătite sunt minime*” (DFG_3).

În același timp, reprezentanții instituțiilor rezidențiale au subliniat că unii copii cu vârsta 0-2 ani, mai repede ies din plasament „*pot să intre și să iasă din plasament în 45 de zile, maxim 6 luni*” (IIE_6), în comparație cu copii cu vârsta 3-6 ani, copiii cu dizabilități sau grupurile de frați.

Nu există o singură cauză a plasamentului copiilor cu vârsta 0-6 ani în instituțiile rezidențiale. Există mai multe cauze, care nesoluționate la timp, determină multiple consecințe. De asemenea, evidențiem că, la nivel local, frecvent, se oferă „*mai multe șanse*” mamei/părinților pentru înlăturarea factorilor de risc care afectează bunăstarea copilului și care, uneori, se încheie tragic (Studiul de caz 2).

Studiul de caz 2. Decesul unui copil în familie din cauza inacțiunii ATL

„Un primar ne-a telefonat și a întrebat: aveți locuri? Este posibil să aducem un copil de 2 săptămâni în plasament de urgență. Îi mai dăm răgaz mamei 7 zile.

Răgazul acesta a fost cea mai mare greșeală a primarului, pentru că, la scurt timp după acest sunet, la 3-4 zile, copilul a decedat. Primarul a ezitat pentru că a vrut să-i mai dea o șansă mamei. Dar mama a avut anterior 3 șanse și a eșuat în îngrijirea copiilor. Al patrulea copil, pur și simplu, a decedat.

[52] Disponibil în secțiunea Rapoarte a paginii web a Ministerului Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova (<https://social.gov.md/informatie-de-interes-public/rapoarte/>)

Îmi pare rău pentru că acea fetiță putea să se bucure de viață și să fie astăzi printre noi. Mai bine să stea copilul 2 – 3 luni în plasament de urgență în instituție rezidențială, decât să moară” (IIE_6)

Datele colectate în cadrul studiului calitativ ne-au permis să diferențiem mai multe cauze și interdependența acestora care au ca efect instituționalizarea copiilor cu vârsta 0-6 ani.

I. Cauzele determinate de anumite particularități ale mamei/familiei:

- **Lipsa accesului la resurse și informații** care afectează dobândirea și dezvoltarea unor abilități parentale, inclusiv lipsa unor deprinderi elementare a mamelor de a îngriji copiii nou-născuți, pentru că acestea nu i-au fost formate în familia de origine „mama, uneori, din necunoaștere ajunge în așa situație. Ea nu știe cum să îngrijească de copil” (IIE_7); „mama nu are abilități să facă curat, bucate și trebuie să fie învățată și lucrurile acestea”, „sunt cazuri când nu a avut cine să le învețe pe tinerele mame” (DFG_3). Situația dată este determinată de lipsa unor programe de pregătire pentru viața de familie în școală, lipsa programelor de educație parentală, la nivel de comunitate. De cele mai multe ori, mamele date sunt absolvente ale instituțiilor rezidențiale sau vin din familii vulnerabile unde nu au beneficiat de îngrijire și educație.
- **Lipsa susținerii mamelor minore de către familia biologică sau familia extinsă**, precum și a unor persoane de încredere, la nivel local, care să le ofere suport informațional și emoțional, crește riscul de abandon și separare al copilului cu vârsta 0-6 ani de mamă/părinte.
- **Neglijarea, inclusiv lăsarea copiilor fără îngrijire și supraveghere**, de asemenea absența unui îngrijitor la domiciliu – copii flămânzi, murdari, neîmbrăcați, în funcție de condițiile meteorologice etc.
- **Consumul excesiv de alcool** este o consecință a unor probleme psihosociale acumulate în timp și a unor modele negative preluate din mediul familial și devine o cauză care favorizează apariția unor situații de o gravitate extremă „mama era în stare de ebrietate avansată. Am chemat salvarea și salvarea ne-a și spus: dacă lăsați copilul până dimineață, nu suntem siguri că va supraviețui... avea pneumonie, oxigenarea era foarte scăzută” (IIE_10).
- **Probleme de sănătate ale mamelor (afecțiuni grave oncologice, boli autoimune, boli infecțioase, grad sever de dizabilitate, inclusiv probleme de sănătate mentală)** determină incapacitatea funcțională a acestora de a îngriji personal copiii, inclusiv lipsa membrilor familiei lărgite care să o ajute.
- **Lipsa condițiilor pentru creșterea copilului** determinată de lipsa oportunităților de angajare sau a dorinței de a se angaja în câmpul muncii. Există și situații când persoanele devin dependente de ajutorul acordat de stat și recomandă acest lucru și altor persoane „faceți copiii că statul dă bani.”
- **Problemele de sănătate ale copiilor** și refuzul mamei de a accepta acest fapt contribuie la agravarea situației copilului „copilul are scabie, dar mama spune că este alergie și lucrurile s-au complicat” (DFG_5).

Menționăm o frecvență mai redusă a cazurilor de abuz sexual, violență în familie și situații în care copilul este abandonat la insistența concubinului.

II. Cauze determinate de inacțiunea specialiștilor și a competențelor profesionale insuficiente (Studiu de caz 3):

- **Inacțiunile autorităților pentru integrarea copilului în situație de risc în familia extinsă** „cunoaștem situații când nu se mai ajunge până la al IV-lea grad de rudenie, pentru că este ușor de plasat în instituție” (DFG_4).
- **Lipsa serviciilor de îngrijire alternativă de tip familial, la nivel raional, sau insuficiența acestora** „nu prea acceptă persoanele, locuitorii raionului să fie angajate în calitate de asistenți parental” (DFG_3).
- **Dificultăți de plasament în formele de îngrijire alternativă de tip familial al copiilor cu vârsta 0-2 ani.** Este mic numărul asistenților parentali profesioniști care acceptă în îngrijire copii din această grupă de vârstă. Spre exemplu, într-o UAT unde activează 12 asistenți parentali profesioniști și încă 4 în rezervă, doar 3 au copii cu vârsta 0-2 ani.
- **Dificultăți privind plasamentul în formele de îngrijire alternativă de tip familial al copiilor din grupa de vârstă 0-6 ani cu dizabilități.** APP specializată este puțin dezvoltată.

Studiul de caz 3. Serviciile sociale existente într-o UAT pentru îngrijirea alternativă a copiilor în situație de risc, inclusiv a copiilor cu vârsta 0-6 ani

„Noi avem următoarele servicii sociale: (i) 20 de tatori care îngrijesc copii cu vârsta mai mare de 7 ani; (ii) 3 asistenți parentali profesioniști care îngrijesc 5 copii, inclusiv 2 sub 7 ani; (iii) un centru de plasament în parteneriat cu Concordia de 9 locuri, în care sunt plasați și 4 copii cu vârsta mai mică de 6 ani; (iv) o casă comunitară, tot cu Concordia de 9 locuri, în care sunt plasați 4 copii cu vârsta mai mică de 6 ani, inclusiv 2 cu dizabilități. Și acum mai avem 7 copii, inclusiv 3 cu dizabilități plasați în Centrul de plasament și reabilitare pentru copii de vârstă fragedă” (DFG_3).

III. Cauze determinate de capacitatea redusă a serviciilor medicale și sociale de a răspunde nevoilor copiilor cu dizabilități:

- **Capacități limitate sau lipsa acestora de a asigura investigații medicale complexe și a tratamentului medical gratuit al copilului** „nu în toate raioanele pot să aibă un tratament amplu definit și îngrijitorii nu au resurse financiare pentru investigații și tratament, care nu este asigurat de stat” (IIE_5).
- **Lipsa unor servicii sociale care să vină în suportul îngrijitorilor** copiilor cu dizabilități: centre de zi, echipe mobile etc.

IV. Cauze determinate de funcționalitatea deficitară a mecanismelor sectoriale și intersectoriale existente:

- **Necunoașterea cadrului normativ de unii primari și posibilitatea plasamentului copiilor în instituțiile rezidențiale.** Unii primari recurg la plasament de urgență pe motiv de: (i) „a scăpa de anumite responsabilități și să poată să doarmă liniștit noaptea” (IIE_11), pentru că reprezentanții instituției de plasament devin responsabili; (ii) procedura de plasament în regim de urgență în instituția rezidențială „este ușoară.”
- **Necunoașterea de către unele asistente medicale a responsabilităților stabilite de Hotărârea Guvernului nr.143/2018.**
- **Puține acțiuni întreprinse de membrii EMD în scopul prevenirii separării copiilor de părinți.** Cooperarea intersectorială a fost apreciată ca fiind „disfuncțională” și „tardivă.” S-au menționat provocări de cooperare cu sectorul medical „aici este gravă problema”, dar și cu sectorul educațional. Nu întotdeauna copiii din familiile

vulnerabile și copiii cu dizabilități din grupa de vârstă 3-6 ani sunt admiși să frecventeze instituțiile de învățământ preșcolar.

Subliniem că unii copii cu vârsta 0-6 ani sunt internați nu doar în instituțiile rezidențiale republicane sau locale, dar și în Centrul ftiziopneumologic de reabilitare pentru copii din Târnova, Dondușeni „am plasat 6 copii la Târnova, Dondușeni (2 copii cu vârsta sub 6 ani) pentru că nu existau locuri în centrele de plasament, iar un copil avea pneumonie... Copiii deja de 2 ani sunt acolo. Vin vara acasă, apoi pleacă iar” (DFG_1).

Cu toate acestea, sunt UAT cu bune practici, inclusiv la componenta de cooperare intersectorială: Fălești, Ungheni care, în final, contribuie la prevenirea instituționalizării. De asemenea, sunt și localități care au subliniat că nu au plasat copii în instituțiile rezidențiale în ultimii 5-10 ani „noi cu instituțiile rezidențiale nu lucrăm din 2010, noi nu plasăm” (IIE_14). ATT au ajuns la aceste rezultate prin dezvoltarea serviciilor de îngrijire alternativă de tip familial (APP/CCTF), fie de plasament în Centre maternale a cuplului mamă-copil sau prin acțiunile întreprinse de ATL, inclusiv o monitorizare regulată.

Reprezentanții instituțiilor rezidențiale au semnalat că au UAT din care, practic, nu ajung copii la ei sau ajung pentru că sunt identificați în Chișinău. Reprezentanții acestor UAT se implică operativ și copiii nu trec din plasamentul de urgență în cel planificat „foarte rapid au lucrat, responsabili, ca la carte, totul pus la punct, conform legii, cu toate actele în regulă. E o plăcere să conlucrezi” (IIE_6). Reprezentanții Centrului de Plasament și Reabilitare pentru Copii de Vârstă Fragedă din mun. Chișinău au evidențiat că există situații când copiii timp de 45 de zile au fost (re)integrați în familia biologică, mamele beneficiind de servicii de dezalcoolizare și suport din partea APL.

Situații similare nu se întâmplă în Centrul de Plasament Temporar și Reabilitare pentru Copii din mun. Bălți „nu a fost încă așa ceva, să nu prelungim plasamentul de urgență” (IIE_8). Procesul de dezinstituționalizare a copiilor din instituția rezidențială merge lent. Managerul centrului a menționat „anul acesta au ieșit numai 3 copii din 15 și, imediat, au fost aduși alți 3” (IIE_9).

4.2. Traseul plasamentului

Actualmente, plasamentul în instituțiile rezidențiale pentru copii cu vârsta 0-6 ani are loc prin solicitarea plasamentului copilului în regim de urgență pentru 45 de zile „sunt cazuri reale de urgență, acolo evident este situație de risc. Uneori, poate fi vorba de viață și de moarte” (IIE_6). Dispozițiile de plasament, în regim de urgență, sunt din partea ATT din UAT în care se află instituția rezidențială, dar și din partea ATT din altă UAT decât cea în care se află instituția sau fără dispoziția ATT. Unii copiii au fost identificați în stradă, fiind lăsați acolo de către mame, dar sunt și cazuri când „mama a întrebat o femeie care trecea pe drum dacă dorește copilul că ea vrea să-l arunce. Femeia a luat copilul și a chemat salvarea” (IIE_16).

Plasamentul de urgență al copilului cu vârsta 0-6 ani se realizează prin 2 modalități/trasee de plasare: (i) dispoziția primarului – înștiințarea ATT – instituția rezidențială sau (ii) dispoziția primarului – instituția rezidențială.

În cazul primei modalități, uneori, se identifică oportunități de îngrijire alternativă de tip familial sau rezidențial, existente la nivel local. Unii șefi ai STAS au introdus recent o directivă la nivel de UAT și au adus la cunoștință tuturor primarilor că orice acțiune de plasament al copilului într-un anumit serviciu trebuie coordonată cu STAS, pentru că „noi putem să-i oferim un serviciu relevant copilului despre care specialiștii de la nivelul comunitar nu cunosc” (IIE_15).

Sunt frecvente și situațiile când traseul de plasament al copilului în regim de urgență este mai scurt (primar – instituția rezidențială), pentru că nu se examinează oportunitățile de plasament în servicii alternative de îngrijire de tip familial sau alte servicii existente la nivel local, CPCD fiind ocolită.

Datele colectate în cadrul acestui studiu atestă că unii primari nu anunță STAS și alte structuri raionale (procuratura) înainte de plasamentul copilului în instituția rezidențială: „*primarii, asistenții sociali comunitari sunt cei care trimit copiii în instituții rezidențiale și instituția națională admite plasamentul. Situațiile date sunt foarte frecvente pentru copiii care au fost identificați pe teritoriul unei localități, raion, dar sunt din altă localitate*” (DFG_4). Această modalitate este considerată una optimă de către primari pentru că acești copii, mai ales, cei cu vârsta 0-2 ani, nu pot fi plasați în instituțiile medicale fără îngrijitor „*copiii sub 3 ani am putea să-i plasăm pe 3 zile în spital, dar au nevoie de însoțitor*” (DFG_3). Astfel, o parte din intervievați au subliniat „*nu se lucrează la nivel de comunitate pentru a găsi alternative, pentru că legea permite plasamentul copiilor în centrele republicane*” (DFG_4), iar ATL le convine să plaseze copilul în instituția rezidențială, pentru că ei nu achită îngrijirea acestuia.

Există însă și situații când primarul contactează administrația instituției rezidențiale și anunță că vrea să aducă un copil, iar a doua zi „*nu mai sună,*” pentru că identifică soluții împreună cu ATT.

În perioada plasamentului de urgență, uneori, se lucrează cu familia biologică în scop de (re)integrare, alteori, se caută forme alternative de îngrijire de tip familial. Puțini copii însă sunt (re)integrați în familia biologică sau familia extinsă pe perioada plasamentului de urgență. Adesea, plasamentul se transformă din cel de urgență, în cel planificat „*ATL s-au obișnuit că numai aduc și aduc, dar nu vin să-și ia copii înapoi*” (IIE_8). Motivele invocate pentru prelungirea plasamentului planificat: (i) lipsa unor schimbări cu referire la condițiile de trai; (ii) lipsa hotărârii instanței de judecată privind decăderea din drepturile părintești, (iii) lipsa dorinței membrilor familiei extinse de a lua copilul în îngrijire; (iv) lipsa serviciilor alternative de îngrijire de tip familial.

STAS sunt calificate ca ATT, care răspund expres de plasamentul planificat al copiilor. Nu există niște prevederi specifice privind plasamentul planificat al copiilor cu vârsta de 0-6 ani. Totuși, marea parte a specialiștilor conștientizează faptul că intervenția timpurie, respectiv identificarea, asistența și protecția copilului în formele de îngrijire de tip familial determină rezultate pozitive pe termen mediu și lung și, acești copii vor avea șansa de a dobândi cunoștințe, aptitudini și vor avea o stare de sănătate fizică și emoțională care le va permite să își realizeze potențialul ca membri productivi ai societății. Cei mai mulți participanți la cercetare au evidențiat că sistemul rezidențial își pune amprenta într-un mod negativ asupra dezvoltării și educării fiecărui copil. De aceea, reprezentanții STAS au menționat că, în ultimii ani, evită plasamentul copiilor cu vârsta de 0-6 ani în instituțiile rezidențiale, optând pentru:

- (i) serviciile alternative de tip familial și diversificarea acestora (de urgență și de răgaz, alături de plasamentul de lungă durată);
- (ii) consolidarea serviciilor de prevenire a separării, în mod special, a serviciului de sprijin familial, prin programe parentale, în scopul educării și responsabilizării părinților „*sunt mame care nu au cunoștințe elementare privind îngrijirea copilului, alimentația acestuia și programele parentale Mellow Parenting, Panda au un impact pozitiv asupra familiei*” (IIE_15);
- (iii) dezvoltarea serviciilor de prevenire a separării – centre de zi pentru copii de la 4 luni până la 3 ani „*foarte util, recent, am referit către serviciile acestuia un cuplu de*

gemeni abandonați de către mama, care se află în custodia bunicilor care voiau să-i ducă într-un centru de plasament, pentru că nu reușeau să-i îngrijească. Buneii se duc la lucru, copiii frecventează serviciu vizat și sunt mulțumiți” (IIE_15);

- (iv) instruirea factorilor de decizie la nivel local: primari, dar și alți membri ai EMD, cu privire la importanța îngrijirii copiilor în familia biologică sau familia extinsă, sau altă formă de îngrijire alternativă de tip familial „când este un risc și un domeniu de bunăstare al copilului este încălcat, să apeleze la asistentul social comunitar și să facă un plan de intervenție pentru a îmbunătăți domeniul de bunăstare afectat” (IIE_15);
- (v) colaborarea cu OSC, care au ca scop protecția copilului și dezvoltarea de servicii sociale.

Eforturile depuse determină rezultate și previn instituționalizarea inutilă. Acolo unde serviciile și colaborarea intersectorială lipsesc, prevenirea instituționalizării nu se realizează.

4.3. Rolul grupului intersectorial

Prin Ordinul Ministrului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale (MSMPS) 807/A din 04.09.2020, a fost creat **grupul intersectorial de lucru (GIL)** privind examinarea solicitărilor de admitere în centrele de plasament temporar pentru copii în Centrul de Plasament și Reabilitare pentru Copiii de Vârstă Fragedă din mun. Chișinău și Centrul de Plasament Temporar și Reabilitare pentru Copii din mun. Bălți și a solicitărilor de dezinstituționalizare și/sau de transfer.

În procesul de examinare a solicitărilor, s-a constatat „*atitudinea incorectă, neprofesionistă sau indiferența față de acele cazuri. O activitate superficială, inclusiv față de dosarul copilului înaintat – lipsa actelor necesare care sunt obligatorii*” (DFG_4).

GIL a activat eficient în perioada septembrie 2020 – septembrie 2021, timp în care domeniile sănătate, muncă și protecție socială au fost atribuite unui singur minister MSMPS. După separarea ministerelor MS și MMPS, există unele provocări în activitatea GIL.

Discutarea cazurilor în ședințele GIL a determinat opinii contradictorii, uneori chiar și amenințări în adresa membrilor acestuia, în situațiile în care ATL și ATT nu erau deschise pentru dezvoltarea de servicii, identificarea de oportunități alternative la îngrijirea rezidențială.

GIL are un rol important în prevenirea instituționalizării copiilor prin:

- (i) Responsabilizarea ATL să dezvolte servicii și să caute soluții, la nivel local „*am înțeles că sunt foarte minuțioși în examinarea cazului*” (DFG_1); „*decât să ajung la GIL, mai bine caut soluții la nivel local*” (DFG_1); „*trebuiau să prezinte detaliat tot ce au întreprins timp de 45 de zile și ce urmează să întreprindă. Acest plasament planificat nu era acceptat nemijlocit de administrația centrului, dar de această comisie în care erau specialiști de la minister și din OSC*” (IIE_6).
- (ii) Implicarea și colaborarea specialiștilor din diverse instituții: primari, medici din maternități, specialiști din STAS de la locul de reședință permanent sau provizoriu etc. „*toți actorii trebuie să facă sesizări și să întreprindă acțiuni, să nu fie situații când copilul a fost dus și plasat în instituția rezidențială și s-a uitat de el.*”
- (iii) Conștientizarea încălcărilor Regulamentului de activitate al instituției rezidențiale de către reprezentanții acestora, pentru că autoritățile plasau copiii fără docu-

mente, copii repatriați etc. „*nu a căutat nimeni ai cui sunt*” și nici forme alternative de îngrijire pentru acești copii.

- (iv) Determinarea autorităților să lucreze pentru a identifica forme alternative de îngrijire: adopția națională și adopția internațională pentru copiii cu dizabilități deoarece acești copii „*odată internați, stăteau aici până la vârsta de 7 ani,*” pentru că Regulamentul instituției permitea acest lucru.
- (v) Înțelegerea cadrului normativ existent în domeniul protecției copilului, prin delimitarea clară a reprezentatului legal și al responsabilului legal, documentele necesare a fi anexate la dosarul copilului, perioada maximă de ședere a copilului în instituția rezidențială, revizuirea Planului Individualizat de Asistență.
- (vi) Cunoașterea unor servicii existente, la nivelul UAT.
- (vii) Dezvoltarea unor parteneriate cu STAS și OSC „*noi cunoșteam necesitățile și puteam să direcționăm resurse financiare spre dezvoltarea unor servicii sociale*” (DFG_4).

GIL nu admite transferurile copiilor cu vârsta 0–6 ani din centrele republicane de plasament în cele existente la nivel raional sau local, dar nici transferul copiilor de la un îngrijitor APP la altul nu este „*încurajat*.”

Membrii GIL au semnalat următoarele situații-problemă cu care s-au confruntat în procesul de activitate:

- Dosare incomplete ale copiilor și prezentarea unor documente în ultimul moment. Lipsa Planurilor Individualizate de Asistență, care permiteau membrilor GIL să vadă clar acțiunile întreprinse, la nivel local, pentru a oferi o formă alternativă de îngrijire la cea rezidențială.
- Necunoașterea situației copilului „*vă aduceți aminte situația când a venit un șef de la STAS și prezenta cazul copilului ca băiețel, dar, de fapt, era fetiță*” (DFG_4).
- Deschiderea Centrelor de plasament de către unele OSC sau misiuni religioase, care nu colaborează cu STAS „*e centru de plasament privat, în care sunt copii și STAS nu a fost interesată să cunoască ce se întâmplă acolo*” (DFG_4).
- În perioada plasamentului copilului în instituția rezidențială, nu se lucrează sau se face foarte puțin pentru reintegrare „*specialiștii de la nivel comunitar se relaxează pentru o perioadă*”, uneori, reproșează că nu au fost informați despre faptul că expiră perioada de plasament:
 - „*din dosarele care sunt prezentate în examinarea GIL, se întreprind cel mult 20% din acțiuni de către ATL și ATT pentru scoaterea copilului din instituția rezidențială după expirarea a 45 de zile de plasament de urgență, 20% cred că e mult (IIE_1)*;
 - „*nu se lucrează și nu se îndeplinesc responsabilitățile de bază din partea unor ATL și ATT, care cer continuarea plasamentului din cel de urgență în planificat*” (DFG_4);
 - „*copilul este plasat în regim de urgență și apoi ATL uită că acesta trebuie scos și plasat în formele alternative de îngrijire*” (IIE_9).

Cele prezentate atestă și necesitatea unei evidențe stricte a copiilor în situație de risc identificați, a evaluării necesităților acestora și a îmbunătățirii Planurilor Individualizate

de Asistență. În unele situații de urgență, CPCD trebuie să analizeze planul de intervenție dezvoltat, la nivelul comunitar, și să decidă dacă au fost luate măsurile de protecție corecte „*uneori, se întâmplă că am văzut un caz de risc, am scos copilul din familie și l-am dus în centrul de plasament. Trebuie însă, mai întâi, să optăm pentru serviciile alternative de îngrijire de tip familial existente la nivel raional*” (IIE_15).

CPDC sunt funcționale și realizează ședințe lunare și, frecvent, ședințe în situații excepționale. Colaborarea intersectorială la nivel raional, prin intermediul CPDC, este una eficientă. Există însă și posibilități de îmbunătățire a activității CPCD. În cadrul studiului, s-a menționat că acestea și-au asumat examinarea cazurilor de reintegrare a copiilor în familia biologică sau în familia extinsă, iar faptul că uneori se întrunesc „*o dată la 2 luni*” îngreunează acest proces.

4.4. Beneficiile și riscurile plasamentului în instituțiile rezidențiale a copiilor cu vârsta 0-6 ani

Plasamentul copiilor cu vârsta de 0-6 ani, în instituțiile rezidențiale, începe cu examinarea medicală. De asemenea, este analizat extrasul de trimitere și alte documente suplimentare prezentate. Medicul recomandă examinările de rutină, la necesitate, altele suplimentare. Inițial, copiii sunt plasați în izolator. [53]

În baza rezultatelor investigațiilor medicale, se stabilește diagnosticul medical preventiv și planul de investigație și de supraveghere, ulterior, se stabilește diagnosticul definitiv și tratamentul necesar, la moment. După o perioadă de 10-15 zile, copii se transferă din izolator în grupă, în dependență de starea de sănătate și de vârstă. În grupele pentru copii cu vârsta mică, lucrează dădaca, asistenta medicală, iar în grupele mai mari este pedagog.

În instituțiile rezidențiale, activează medic pediatru, medic neurolog pediatru, kinetoterapeut, masor și asistenți medicali. Pentru că sunt și copii cu multiple probleme de sănătate care au nevoie de monitorizare medicală zilnică, pentru observarea evoluției stării lui de sănătate și urmărirea modului în care tratamentul este asimilat și tolerat.

Unii copii vin fără investigații, cu diferite dereglări de nutriție, cu întâzieri în dezvoltarea fizică și psihoemoțională. În baza diagnosticului, se stabilește și se realizează tratamentul.

Fiind întrebați care probleme predomină (medicale sau sociale) la copiii care sunt internați în instituțiile rezidențiale, specialiștii au semnalat faptul că, în prim plan, sunt totuși problemele sociale „*mai des sunt problemele sociale, probleme medicale sunt mai puține*” (IIE_8).

Îngrijirea rezidențială are un impact negativ asupra dezvoltării copiilor cu vârsta 0-6 ani. În instituțiile rezidențiale nu se poate asigura dragostea, atașamentul și siguranța emoțională „*când crești într-o familie, ai pe cineva care să te cuprindă și să te aștepte acasă*” (DFG_1), fapt confirmat și de reprezentanții acestor instituții „*noi putem să le dăm mâncare, haine, îmbrăcăminte, căldură, toate condițiile. Nu reușim să le dăm atenție și iubire*” (IIE_8).

S-a subliniat că beneficiile plasamentului copiilor din această grupă de vârstă, în instituțiile rezidențiale, sunt doar temporare și se referă la asigurarea necesităților de bază (adăpost și hrană), iar în cazul copiilor cu dizabilități, acestea vizează realizarea unui control și asigurarea asistenței medicale necesare, a tratamentului sau a unor intervenții

[53] Izolatorul este o cameră sau un spațiu destinat aflării temporare a unui copil, pentru izolarea acestuia de restul grupului de copii sau de mediul comun. Această măsură este aplicată atunci când un copil este nou-admis și este considerat potențial contagios pentru alți copii și adulți din centrul respectiv. Izolarea se aplică pentru o perioadă scurtă de timp, în conformitate cu regulamentul instituției.

chirurgicale „când ies de pe porțile Centrului de plasament de la Chișinău, răsuflu ușurat pentru că știu sigur că acel copil o să mănânce la timp, o să aibă parte de îngrijire, igienă. Copiilor, pe care i-am plasat acolo, li s-au făcut intervenții chirurgicale, ceea ce un asistent parental profesionist nu și-ar fi permis, li s-a stabilit gradul de dizabilitate” (DFG_3).

Marea majoritate a intervievaților, inclusiv specialiștii din centrele de plasament, au subliniat importanța creșterii copilului în cadrul familiei „cât ne-am strădui să facem aici condiții, copiii le e mai bine acasă. E rea mama aceea, e bună mama aceea, dar cu mama e mai bine” (IIE_8).

Specialiștii au semnalat că beneficiile plasamentului în instituția rezidențială sunt pentru o perioadă scurtă, maxim 6 luni, „e mai bine la noi, pe perioada aceasta limitată de ședere,” atunci când autoritățile locale lucrează cu familia sau caută alternative de tip familial. Printre cele mai importante beneficii ale plasamentului copiilor cu vârsta 0-6 ani, în instituțiile rezidențiale, s-a menționat prevenirea mortalității copiilor (Studii de caz 4). A se vedea și Studiul de caz 2 „ar fi putut astăzi să trăiască” (IIE_6).

Studii de caz 4. Beneficiile îngrijirii rezidențiale

„Am avut un copilăș internat la noi cu 2200 kg, dar s-a născut de 1300 kg. Mama consuma abuziv alcool și când a născut copilul, era beată. Când s-a trezit din beție, copilul era deja născut. Cu AviaSan copilul a fost transferat la Centrul Mamei și a Copilului. Specialiștii de la maternitate au lucrat. Mama a scris refuz. Copilul a fost plasat la noi de ATT în regim de urgență și, recent, a fost operat. În aceste 6 luni de zile, copilului i s-a stabilit statutul de copil rămas fără ocrotire părintească și urmează celelalte etape...” (IIE_6).

„Un copil de un an a fost adus la noi de poliție. Mama toată iarna a cerșit cu el în stradă. El a ajuns la noi înghețat, flămând, murdar... Poliția a depistat-o pe mamă în ultimele zile de iarnă și aceasta era în stare de ebrietate. Mama nu a vrut să fie plasată în Centrul maternal, motivând că are concubin” (IIE_9).

„Am fost într-o familie cu 5 copii. Era iarnă, era frig și am intrat în casă unde era un copil de 11 luni și al doilea avea un an și oleacă. Am intrat în casă și era frig. Mama i-a lăsat închiși în casă. Copilul de un an și ceva ședea suit pe o măsuță la bucatărie. Acolo, într-un ceaun, erau niște cartofi mărunți și el ședea cu cuțitul în mână, în pielea goală absolut, și curăța cu cuțitul. Avea degetele tăiate...” (IIE_13).



Foto: Schimbator Studio

Impactul negativ al îngrijirii rezidențiale a fost explicat prin lipsa de atașament, dar și diverse stări emotive ale copilului „copilul când începe a plânge și tu nu te apropii, o dată, de două ori, pe urmă el nu mai plânge, se închide în sine și stă acolo. De ce să mai plângă, când totuna nu îi atrage atenție nimeni” (IIE_7). Consecințele negative ale plasamentului rezidențial se aprofundează când copiii sunt plasați repetat. Deseori aceste situații sunt caracteristice pentru cuplurile de frați, copiii cu dizabilități.

Există situații când copiii cu vârsta 0-6 ani revin în instituția rezidențială din familiile biologice, familiile extinse, dar și din serviciile alternative de tip familial (tutelă, APP), din diverse cauze, inclusiv lipsa unui suport complex și a unei monitorizări regulate, pe termen lung:

- „Avem 2 frați care au revenit de la părinții biologici. Părinții biologici i-au luat acasă, nu s-au descurcat, s-au despărțit și copiii au nimerit în grija bunelor. Bunel fiind bătrâni, s-au adresat autorităților, pentru ai întoarce” (IIE_9);
- „Avem 3 frați, două fete și un băiat. Ei sunt mai mulți copii, dar la noi sunt trei. Una din fete are probleme grave de sănătate cu picioarele. Ea nu merge deja de 3 ani... Acești copii au fost dați în tutelă la părinți străini. Ei i-au întors peste un an de zile. Cauza plasamentului repetat – îngrijitorilor din tutelă le vine foarte greu cu fetița dată și pentru că ea are nevoie de investigații și tratamente care se fac numai la Chișinău. De la Briceni, la Chișinău e departe și aveau nevoie de suport pentru a procura un mijloc de transport, poate avea să le fie mai ușor și nu aveau copii să ajungă înapoi...” (IIE_9);
- „Am avut un caz care ni-a șocat pe toți specialiștii, de la psihologi, la medici și asistenți sociali. Două fetițe care au venit din familia biologică și, la scurt timp, în 2 luni de zile, autoritatea a decis să-i mai dea mamei o șansă. Fetele au venit în stare foarte gravă prima dată. Și a doua oară la fel. Când mama venea în vizită să le vadă, fetițele plângeau, nu voiau. Spuneau: numai nu ne dați la mama, nu vrem acasă. Ceva s-a întâmplat când au plecat acasă. Când auzeau cuvântul acasă, automat începeau să plângă. Când s-a găsit o familie care să le ia în tutelă, a fost foarte greu să le convingem și să lucrăm cu ele. Familia tutelară, la fel, a avut nevoie de multă răbdare ca să se apropie de aceste fetițe, pentru că noi nu știm ce s-a întâmplat în acea familie” (IIE_6).

Exemplele relatate subliniază necesitatea:

- (i) unei evaluări detaliate pentru (re)integrarea copilului în familia biologică, familia extinsă sau într-o formă alternativă de îngrijire de tip familial. Sunt situații când evaluările sunt efectuate superficial;
- (ii) o mai bună pregătire a specialiștilor,
- (iii) unui suport suplimentar pentru cei care iau astfel de copii în îngrijire: consultații medicale gratuite pentru copii, asistență socială și psihologică, asigurarea unui mijloc de transport pentru deplasările de control sau tratament medical etc.

Cele prezentate anterior relevă următoarele domenii de intervenție pentru un moratoriu:

- Înlăturarea/reducerea cauzelor care determină plasamentul rezidențial al copiilor cu vârsta de 0-6 ani, atât la nivel de familie, cât și la nivel de activitate a instituțiilor comunitare;

- Sensibilizarea actorilor comunitari referitor la impactul negativ al instituției rezidențiale asupra tuturor ariilor de dezvoltare a copilului;
- Eficientizarea activității GIL pentru examinarea cazurilor de continuare a plasamentului rezidențial după expirarea plasamentului de urgență;
- Suport complex părinților-biologice și părinților-îngrijitori care decid să ia copii în plasament familial, respectiv, asigurarea cu servicii integrate, servicii medicale gratuite pentru copii, asistență socială și psihologică, asigurarea unui mijloc de transport pentru deplasarea de control sau tratament medical etc.
- Reorganizarea instituțiilor rezidențiale pentru copii cu vârsta de 0-6 ani, prin asigurarea cu servicii sociale: extinderea serviciilor de zi, Centrelor maternale, serviciilor de reabilitare, a echipelor mobile etc.



Foto:CCF Moldova

V. ATITUDINI PRIVIND PLASAMENTUL COPIILOR CU VÂRSTA 0-6 ANI ÎN ÎNGRIJIREA ALTERNATIVĂ DE TIP FAMILIAL

5.1. Beneficiile plasamentului de îngrijire alternativă și prezența unor riscuri

Identificarea timpurie a copiilor cu vârsta 0-6 ani în situație de risc și plasamentul prompt al acestora în îngrijirea de tip familial asigură o dezvoltare armonioasă a acestora „copilul e ca și o floare dacă nu o s-o uzi și să îi dai ceea ce îi trebuie, el (copilul) nu o să se mai desfacă niciodată” (IIA_17), „au nevoie de dragoste” (IIA_18) și previne alte situații de risc pe parcursul vieții „dacă noi, la timpul necesar, o să oferim ajutor acestor copii, atunci cam 80 la sută o să meargă pe cale cea dreaptă” (IIE_11).

Datele prezentei cercetări atestă că unii copii cu vârsta 0-6 ani nu sunt plasați în formele de îngrijire de tip familial din diverse motive: (i) nu se caută aceste alternative, la nivel local, pentru că există posibilitatea plasamentului într-o instituție de tip rezidențial; (ii) serviciile de îngrijire de tip familial (APP/CCTF) nu sunt dezvoltate în toate UAT; (iii) pentru copii cu vârsta de 0-2 ani, copii cu dizabilități, grupuri de frați, copii cu necesități emoționale complexe, sunt necesare modele alternative de APP: APP specializată, APP de urgență etc.; (iv) puțin se lucrează, la nivel de comunitate, cu familia extinsă, cu alte persoane din comunitate, pentru a institui tutela etc.

Îngrijirea de tip familial oferă un impact pozitiv semnificativ în dezvoltarea copilului cu vârsta 0-6 ani. Asistenții parentali profesioniști, dar și alți specialiști au semnalat multe schimbări pozitive în dezvoltarea și starea de sănătate a acestora, (Studii de caz 5).

Studii de caz 5. Impactul îngrijirii de tip familial asupra copiilor cu vârstă 0-6 ani

„Când am ieșit cu el din instituția rezidențială, avea vreo 4 diagnoze. Avea 5 luni, dar arăta doar de 2 luni, nu corespundea vârstei. Când m-am dus la specialiști, medicii nu au confirmat nicio diagnoză din cele scrise pe hârtie. Și eu văd alt copil timp de o lună de zile în față... Dacă ședea acolo, poate vederea o pierdea sau strabismul acesta se dezvoltă. Și musculatura se atrofiază, piciorușele îmi păreau că sunt atârinate. Acum, când am urmat masaj, musculatura s-a format. Dar era firav, molcăluț ca o măliguță” (IIA_17).

„În sat avem două doamne care îngrijesc astfel de copii și au niște condiții de trai foarte bune. Copiii primesc și o educație bună. Aceste femei nu consumă alcool, nu fumează, nu dorm pe la cumătra, la cumătru... Copiii văd alt stil de viață, alt model. Copiii sunt fericiți, sunt mulțumiți. Sunt monitorizați, în orice caz, nouă ne spun că sunt bine” (IIE_20)

„Am avut cazuri când peste un an de zile au revenit și ne-au arătat copilul care l-au luat de la noi sau copiii... Arătau total diferit și asta a fost total pe bază de iubire și atenție” (IIE_14).

Reprezentanții OSC au atras atenția la necesitatea instruirii îngrijitorilor din formele de protecție de tip familial (tutori, asistenți parentali profesioniști, părinți-educatori), precum și a evaluării periodice și monitorizării acestora. Există copii la care plasamentul în formele de îngrijire de tip familial nu au adus mari beneficii, pentru că ei au crescut într-un mediu la fel de vicios „avem mulți tineri care au crescut în familia extinsă, dar în viața lor, practic,

nu s-a schimbat nimic, în sensul că familia extinsă nu este cu nimic mai bună decât familia biologică din care copilul a fost scos. Facem tutelă de dragul tutelei, pentru că nu există alte servicii și nu vrem să plasăm copilul în instituția rezidențială” (DFG_7).

5.2. Provocările în dezvoltarea serviciilor de îngrijire alternativă de tip familial

Unii reprezentanți ai CPCD și asistenți sociali comunitari au evidențiat că întâmpină dificultăți în identificarea persoanelor care doresc să devină asistenți parentali profesioniști sau părinți educatori, din cauza salariilor mici și a multiplelor responsabilități, mai ales, în cazul copiilor cu vârsta 0-2 ani, grupurilor de frați (3 și mai mulți) sau a celor cu dizabilități. Indemnizațiile și alocațiile pentru îngrijitori sunt foarte mici, nu acoperă strictul necesar „cele 30% oferite în cazul îngrijirii copiilor cu dizabilități, nici pe departe nu sunt suficiente” (IIE_2). De asemenea, îngrijitorii nu au pregătirea necesară și au „frică” să ia în plasament copiii cu sindromul de alcoolism fetal, infecția HIV/SIDA.

Plasamentul copiilor cu vârsta de 0-2 ani nu oferă îngrijitorilor posibilitatea de a se angaja în câmpul muncii, iar copiii de această vârstă se îmbolnăvesc frecvent. În plus, copiii de această vârstă au și unele necesități mai specifice: scutece, alimentație artificială etc. „eu trebuie să îi schimb scutecul de 3-4 ori pe zi” (IIA_17). De asemenea, **asistenții parentali profesioniști au evidențiat prezența unor proceduri birocratice** „pentru 4 pachete de Biolact a trebuit să merg în centrul raional, ca să-mi scrie rețeta, că cei din sat nu au permisiune. În centrul raional, a trebuit să merg la director, ca să-mi pună ștampila și toate astea cu un copil de 6 luni în brațe” (IIA_18).

În cazul copiilor cu dizabilități, statul nu asigură un tratament medical gratuit, continuu de reabilitare. Unii copii au probleme grave de sănătate și îngrijitorii sunt nevoiți să se interneze cu ei frecvent în spital. Nu în ultimul rând, **îngrijitorii nu dispun de transport și este extrem de complicat să se deplaseze în transportul comun cu copii cu dizabilități.**

Este extrem de „defectuoasă” procedura de reevaluare și reconfirmare a gradului de dizabilitate „sunt copii fără un rinichi și părintele-îngrijitor trebuie să meargă în fiecare an cu copilul, sunt copii fără o mână sau picior, dar aceste membre nu cresc din nou” (DFG_1).

Instruirile asistenților parentali profesioniști sunt benefice „mult m-au ajutat instruirile, chiar și la noi în raion când ne face lecțiile acestea, ajută” (IIA_18), dar nu sunt suficiente. Pentru aceste familii, actualmente, este semnificativ atât suportul material, cât și cel psihologic „cei de la CCF Moldova nu au venit niciodată cu mâinile goale. Ne-au ajutat mult și cu scutece, și cu terciuri, pătuc au adus” (IIA_18).

Domenii de îmbunătățire:

- Promovarea APP „mulți se tem”;
- Evaluarea situației și stabilirea unei indemnizații mai mari pentru îngrijitorii copiilor cu vârsta de 0-2 ani, a copiilor cu dizabilități și înlăturarea unor proceduri birocratice;
- Dezvoltarea APP de urgență și APP specializată;
- Consilierea asistenților parentali profesioniști, pentru că unii se confruntă cu arderea profesională „suntem puțini, dar unii cedează, nu mai pot...” (IIA_17), „de când eu activez, am văzut numai asistenți parentali care au plecat, nu și care au venit” (IIA_18).

VI. ATITUDINI FAȚĂ DE INTRODUCEREA MORATORIULUI LA INTRAREA COPIILOR DE 0-6 ANI ÎN INSTITUȚIILE REZIDENȚIALE

Datele cercetării nu atestă o viziune unică față de introducerea unui moratoriu, deși există o bază legală pentru implementarea acestuia. Unii specialiști sunt pentru introducerea acestuia „era necesar ieri”, evidențind acțiunile asumate în unele documente de politici precum *Programul național pentru protecția copilului*, art. 62, subliniind și deschiderea din partea autorităților de la nivel central.

Unii șefi ai STAS au subliniat că **introducerea moratoriului de la 1 ianuarie 2024 nu ar schimba cu nimic situația copiilor în situație de risc, care vor fi identificați la nivel raional, pentru că ei au dezvoltat servicii de îngrijire de tip familial și servicii de prevenire a separării copilului de familie** „recomand la toate raioanele să dezvolte APP de urgență și atunci o să soluționăm toate cazurile. Pentru că, până la urmă, categoria vizată de copii nu este mare și nu ar trebui să existe o instituție rezidențială anume pentru copiii vizati, în general pentru toți copiii, excepție cei cu necesități emoționale complexe” (IIE_15). De asemenea, s-a evidențiat cost-eficiența serviciilor de îngrijire de tip familial „noi am analizat și întreținerea unui copil într-un centru. Întreținerea lunară este de 10 mii de lei, da în APP este în jur de 2-3 mii de lei. Noi putem să întreținem 3 copii” (IIE_15).

Unii primari au menționat că introducerea moratoriului îi va determina să dezvolte servicii sociale de îngrijire de tip familial. Deși au resurse financiare insuficiente pentru dezvoltarea acestor servicii, ei înțeleg că problemele trebuie soluționate, la nivel de comunitate, prin implementarea și dezvoltarea de servicii în funcție de necesități.

Reforma RESTART prevede instituirea unui pachet de servicii sociale de bază [54]. În condițiile în care pachetul acesta de servicii sociale va exista, **specialiștii speră ca, în cadrul lui, să se regăsească APP/CCTF, echipa mobilă, asistența personală.** Dacă pachetul serviciilor sociale de bază va acoperi aceste nevoi și va fi unificat pe tot teritoriul țării, atunci închiderea instituțiilor rezidențiale pentru copii de 0-6 ani se va realiza într-un ritm rapid.

Argumentele **pro-moratoriu** „dacă va fi moratoriu, instituțiile vor găsi soluții”:

- Autoritățile guvernamentale sunt deschise pentru a transfera instituțiile rezidențiale pentru copii 0-6 ani, din subordinea MS, în subordinea MMPS și există și indicatorul stabilit în *Planul național de protecție a copilului* ca în 2027, în Republica Moldova, să avem 0 copii de această vârstă în instituții rezidențiale;
- În unele UAT, au fost create servicii sociale și, actualmente, acestea nu au copii în instituțiile rezidențiale și nici nu au realizat, în ultimii ani, plasamente în astfel de instituții. În același timp, în alte UAT, nu se valorifică toate oportunitățile existente, la nivel de comunitate, sau nici nu se caută soluții „atâta timp cât copilul poate fi plasat la Chișinău sau Bălți”;

[54] *Legea 256/2023 pentru modificarea unor acte normative (reforma sistemului de asistență socială „Restart”)*, Monitorul Oficial Nr. 341-372 din 2023 art. 603

- ATT ar simți necesitatea dezvoltării serviciilor de îngrijire de tip familial. Să ne asigurăm că „imediat ce se închide o poartă, se deschide alta” (DFG_7); „putem discuta despre dezvoltarea serviciilor, numai în momentul în care autoritățile nu au alternativa instituționalizării” (DFG_7), alte APL nu caută soluții;
- Există posibilități de plasament a cuplului mamă-copil în Centrele maternale, a copiilor în Centrele de zi, APP, CCTF, tutelă;
- Prevenirea situațiilor de risc pe care acești copii le văd în familii „când vor crește, copii își vor forma familii după modelul celor în care au crescut” (DFG_1).

Introducerea moratorului va determina orientarea activității specialiștilor pe factorii de bunăstare ai copilului în afara instituției rezidențiale; instituțiile rezidențiale pot fi completate cu mai multe locuri pentru cuplul mamă-copil în Centrele maternale, mai multe locuri pentru servicii de zi pentru copiii cu vârsta de la 4 luni, la 3 ani, mai multe locuri pentru servicii de reabilitare etc. Astfel, stoparea intrării copiilor în instituțiile de tip rezidențial va avea consecințe pozitive asupra dezvoltării copiilor de 0-6 ani.

O parte dintre participanți susțin însă că sistemul rezidențial nu trebuie închis brusc „nu trebuie să ne grăbim,” „o să închidem ușa celor care rămân din afară.” În opinia acestora, închiderea instituțiilor rezidențiale pentru copiii de 0-6 ani trebuie realizată treptat, în paralel cu dezvoltarea serviciilor alternative de îngrijire de tip familial. În acest sens, s-a menționat că Programul național de protecție a copilului oferă un termen limită – anul 2027. De asemenea, unii au propus stabilirea unui plan foarte clar de închidere a instituțiilor rezidențiale pentru copii de 0-6 ani: inițial, Centrul de Plasament Temporar și Reabilitare pentru Copii din mun. Bălți, apoi Centrul de Plasament și Reabilitare pentru Copii de Vârstă Fragedă din mun. Chișinău, ca acele UAT, care nu și-au dezvoltat servicii sociale alternative, să le dezvolte în regim prioritar.

Unii participanți la cercetare consideră că plasamentul de urgență pentru Republica Moldova este necesar „nu a depășit încă Moldova acele niveluri, ca să renunțe totalmente la plasamentul de urgență. Plasamentul planificat da, consider că el trebuie să fie monitorizat mai riguros și într-adevăr să fie un filtru prin care să treacă doar cazurile cele mai complexe” (DFG_4). În acest context, s-a evidențiat că plasamentul de urgență trebuie să existe pentru cazurile „excepționale, extreme”, iar în 45 de zile, ATT și ATL trebuie să găsească soluții. Plasamentul de urgență trebuie să fie ca o punte pentru plasamentul în serviciile familiale alternative, pentru că acei copii vin cu probleme grave de sănătate.

Argumentele **contra** pun accent pe:

- Lipsa unor alternative, în cazurile de urgență, când este amenințată viața și sănătatea copilului. Astfel, lipsa unor locuri de plasament rezidențial, va determina creșterea cazurilor de copii „aruncați în vie, aruncați în stradă, prin tomberoane.” Respectiv, plasamentul în instituția rezidențială poate preveni anumite cazuri de deces a copiilor „nu putem vorbi de un moratoriu strict atâta timp cât nu avem suficiente servicii alternative dezvoltate”, „unde să plasăm copiii?”
- Existența unor situații când copiii cu dizabilități, cuplurile de mulți frați nu pot fi plasați în îngrijirea alternativă de tip familial. Acesta ar putea să determine unele autorități să dezvolte servicii rezidențiale, la nivel de UAT, însă de calitate mai proastă.
- Situația din Unitatea Teritorială Autonomă Găgăuzia „la ei nu este un STAS ca în toată țara și este foarte greu să colaborezi cu ei. Ei consideră că acel cadrul normativ din Republica Moldova nu îi privește și nu există pârghii să-i responsabilizezi, dar apelează la serviciile rezidențiale din Moldova” (DFG_4).

Dacă membrii EMD nu își vor îndeplini responsabilitățile de identificare timpurie a situațiilor de risc, intervenție promptă și plasament al copiilor în formele de îngrijire de tip familial, ar putea cauza unele consecințe negative, dacă nu se vor stabili sancțiuni pentru inacțiuni.

Consecințele negative au fost explicate prin faptul că copiii vor rămâne în familiile în situație de risc, fapt care poate contribui la creșterea morbidității copiilor cu vârsta de 0-6 ani, dar și a mortalității infantile și a mortalității copiilor până la 5 ani „*ar muri pe acasă.*” În opinia unor participanți la cercetare, moratoriul ar putea afecta negativ mai mult copii cu vârsta 0-2 ani și copii cu dizabilități. Pentru copiii cu vârsta 3-6 ani, este mai ușor de identificat o formă de îngrijire alternativă de tip familial „*ei sunt mai des acceptați în formă de protecție familială decât micuții*” (DFG_3).



Foto: Schimbator Studio

RECOMANDĂRI / ACȚIUNI NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA MORATORIULUI

Recomandări și acțiuni concrete	Grup țintă	Explicații
Recomandări generale pentru instituirea moratoriului privind plasamentul copiilor cu vârsta 0-6 ani în instituții rezidențiale		
1. Elaborarea unui Plan de acțiuni detaliat pentru instituirea moratoriului care să includă etape, termeni-limită și responsabilități bine definite pentru toți actorii cu responsabilități în domeniul protecției copilului cu vârsta 0-6 ani.	APC, OSC	
2. Stabilirea unui mecanism de intervenție de urgență pentru protecția și reintegrarea copiilor afectați de decizia instituirii moratoriului.	APC, OSC	
3. Monitorizarea și evaluarea continuă a impactului moratoriului asupra copiilor și familiilor	APC, OSC	
1. Consolidarea acțiunilor de prevenire a separării copiilor la nivel comunitar		
1. Consolidarea activității EMD comunitare prin: <ul style="list-style-type: none"> - cunoașterea responsabilităților stabilite de cadrul normativ privind identificarea timpurie a factorilor de risc și intervenția promptă a membrilor EMD, pentru a contribui la îmbunătățirea factorilor de bunăstare și asigurarea îngrijirii copiilor cu vârsta de 0-6 ani în familia biologică, familia extinsă sau într-o formă alternativă de îngrijire de tip familial; - identificarea timpurie și cunoașterea familiilor vulnerabile cu risc de separare, evidența și monitorizarea strictă a acestora de către membrii EMD. 	EMD	„Nu prea lucrează EMD”
2. Instruirea primarilor atât privind responsabilitățile în calitate de ATL, cât și referitor la beneficiile îngrijirii de tip familial, în comparație cu îngrijirea de tip rezidențial	Primari	„Nu trebuie să fie broasca, racul și știuca și ne-am adunat atunci când ne-a chemat primarul de atâta că trebuie ceva de făcut urgent că iată a apărut problema și să-i scoatem durerea de cap”
3. Elaborarea unor explicații metodologice sectoriale (sectorul medical) privind implementarea Ordinului comun al miniștrilor MMPS, MS și MEC din 25.II.2022 cu privire la aprobarea Fișei de observare a bunăstării copilului, Fișei de evaluare a bunăstării copilului și a Fișei de planificare a acțiunilor pentru prevenirea primară a riscurilor de bunăstare a copilului.	Asistenți medicali/ asistente medicale Educatori/ educatoare în educația timpurie	„Ordinul cuprinde 3 anexe și nu e clar cine și ce trebuie să facă cu ele”

Recomandări și acțiuni concrete	Grup țintă	Explicații
4. Instruirea asistentelor medicale privind aplicarea Hotărârii Guvernului nr.143/2018 și a instrumentelor de observare a bunăstării, evaluare a bunăstării și planificarea acțiunilor de prevenire primară a riscurilor	Asistenți medicali/ asistente medicale Educativi/ educatoare în educația timpurie	
5. Instiutirea funcției de specialist în protecția drepturilor copilului, la nivel de comunitate, inclusiv elaborarea Fișei de post cu responsabilități clare, diferite de cele ale asistentului social comunitar	APC	„Un asistent social comunitar nu poate să reușească fizic să facă tot ce e legat de protecția copilului, dar și de protecția întregii comunități”
6. Instruirea asistenților sociali comunitari și specialiștilor în protecția drepturilor copilului privind prestarea serviciului sprijin familial, în mod special, a sprijinului familial primar prin dezvoltarea competențelor profesionale.	STAS, OSC	„Trebuie să ai și o armată de oameni care să poată să instruiască, să îi monitorizeze, să îi ajute ca să consolideze capacitățile”
7. Organizarea activităților de instruire în comunitate pentru dezvoltarea abilităților parentale prin Școala părinților	Medici de familie Asistenți medicali/ asistente medicale Asistent social/ asistentă socială Cadre didactice	„Trebuie de vorbit despre dezvoltarea copilului, despre alimentație, despre îngrijire și, nu în ultimul rând, despre jocuri și comunicare cu copiii, pentru că ei învață prin joc și comunicare”
8. Consolidarea monitorizării și evaluării activității specialiștilor care activează la nivel comunitar de către structurile raionale.	STAS, OSC	
9. Promovarea și consolidarea legăturilor comunitare pentru acordarea suportului și a ajutorului reciproc (persoane resursă, grupuri de suport, la nivel comunitar etc.)	OSC, EMD	
II. Dezvoltarea serviciilor pentru prevenirea separării copilului de familie și pentru îngrijirea alternativă de tip familial		
1. Consolidarea serviciului sprijin familial pentru familia cu copii, în mod special, a sprijinului familial primar	APC, OSC	
2. Dezvoltarea serviciilor la nivel comunitar, raional și național, în scopul prevenirii separării copilului cu vârsta 0-6 ani de familie, pornind de la programe de educație pentru viața de familie, de la vârsta adolescenței, continuând cu programe de educație parentală, în perioada sarcinii și după naștere, dar și centre maternale, Centre de zi pentru copii cu vârsta de la 4 luni, la 3 ani, asistență personală, echipe mobile etc.	APC, STAS, OSC	

Recomandări și acțiuni concrete	Grup țintă	Explicații
3. Dezvoltarea serviciilor care să permită identificarea timpurie a problemelor de sănătate și prevenirea riscurilor de dizabilitate – servicii de intervenție timpurie, centre de reabilitare etc., precum și asigurarea accesului la servicii medicale gratuite pentru examinări, tratament	APC, OSC	
4. Consolidarea și dezvoltarea serviciilor de îngrijire alternativă de tip familial: tutelă, APP/CCTF, adopție	APC, STAS, OSC	
5. Dezvoltarea APP de urgență și APP specializată pentru anumite categorii de copii: copii cu vârsta 0-2 ani, copii cu dizabilități, cupluri de frați, copii cu nevoi emoționale complexe.	APC, STAS, OSC	
6. Dezvoltarea serviciilor pentru părinți care îngrijesc copii cu dizabilități: asistența personală, Serviciul social Respiro, echipa mobilă, centre de zi pentru copii cu dizabilități, centre de reabilitare, tehnologii asistive etc.	APC, STAS, OSC	
7. Îmbunătățirea accesului la educația incluzivă timpurie prin stabilirea unui mecanism de finanțare, a unor standarde de calitate și a instruirii cadrelor didactice.	MEC, OLSDI,	
8. Îmbunătățirea salarizării pentru specialiștii din serviciile de îngrijire de tip familial, în mod special, a celor care au în plasament familial copii de 0-2 ani, copii cu dizabilități	Ministerul Muncii și Protecției Sociale,	„Acesta nu e activitate de voluntariat”
9. Extinderea activității Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor, în mediul rural, prin Clinicile mobile și acordarea de servicii medicale și asistență psihosocială adolescenților și tinerilor.		
III. Consolidarea resurselor umane și creșterea calității serviciilor sociale		
1. Consolidarea continuă a capacităților îngrijitorilor din tutelă, APP/CCTF etc.	APC, STAS, OSC	„Trebuie să ai oamenii care să fie pregătiți, să cunoască particularitățile de vârstă ale copilului etc.” „Domeniul tutelei este uitat de autorități, este lăsat în urmă, avem persoane total nepregătite”
2. Acordarea de asistență psihologică și supervizare pentru îngrijitorii din formele de îngrijire de tip familial	APC, STAS, OSC	„Acești îngrijitori rămân singuri în fața dragostei”

Recomandări și acțiuni concrete	Grup țintă	Explicații
3. Promovarea complementarității în acordarea serviciilor pentru familiile cu risc de separare a copilului, formele alternative de îngrijire de tip familial	APC, STAS, OSC	„Dacă mama accesează serviciul de asistență personală, să poată accesa și echipa mobilă cu același succes și centrele de zi, dacă este nevoie”
IV. Organizarea campaniilor de sensibilizare și promovare a serviciilor de îngrijire alternativă de tip familial		
1. Elaborarea unei campanii naționale de sensibilizare a importanței îngrijirii familiale și a consecințelor negative ale instituționalizării asupra tuturor arilor de dezvoltare ale copilului din grupa de vârstă 0-6 ani	APC, STAS, EMD, OSC, Mass-media	
2. Promovarea serviciilor APP de urgență, APP specializată pentru copii cu dizabilități etc. prin exemple pozitive și practici de succes în îngrijirea alternativă de tip familial, dar și în dezvoltarea serviciilor sociale.	APC, STAS, OSC, Mass-media	„Nu prea sunt acceptați asistenții parentali profesioniști. Unii consideră că aceștia vor să facă bani pe seama copiilor. Nu demult, am avut o ședință într-o localitate, la care am încercat să lămuresc ce înseamnă APP și care e susținerea din partea statului, ca să înțeleagă lumea că nu primesc oameni milioane. Sunt multe atitudini negative din partea populației și de la instituțiile de învățământ”
3. Elaborarea unei strategii de recrutare a asistenților parentali profesioniști pentru copii cu vârsta 0-6 ani.	APC, STAS, OSC, Mass-media	„Să găsim acele persoane care vor să ofere aceste servicii”
V. Perfecționarea sistemului de colectare a datelor		
1. Înstituirea unui sistem centralizat de evidență și monitorizare a copiilor în situație de risc și a copiilor din sistemul rezidențial, care să cuprindă informațiile din toate unitățile de protecție a copilului, dar și să asigure acuratețea și coerența datelor din rapoartele CER nr.103 și CER nr. 103 A.	APC, MMPS, Biroul Național de Statistică, STAS	
2. Instruirea asistenților sociali comunitari și a specialiștilor, la nivel raional, privind evidența, monitorizarea și raportarea corectă a numărului copiilor în situație de risc și a copiilor din sistemul rezidențial (rapoartele CER nr.103 și CER nr. 103 A).	APC	
VI. Alte acțiuni		
1. Sancționarea specialiștilor care nu-și realizează responsabilitățile prevăzute de cadrul normativ și care determină situații de morbiditate și mortalitate a copiilor cu vârsta 0-6 ani.	APC	
2. Dezvoltarea unor servicii de dezalcoolare mai prietenoase și a unor modalități mai eficiente pentru a asista persoanele care fac abuz de alcool.	APC	

BIBLIOGRAFIE

1. *Causes of child abandonment at birth*, EveryChild Moldova, 2007
2. *Guidelines for the Alternative Care of Children: resolution / adopted by the UN General Assembly*
3. *Peer Review on "Furthering quality and accessibility of Foster Care service"*, European Commission, DG Employment, Social Affairs and Inclusion, 2021
4. *UNEG Ethical Guidelines*
5. *Codul Familiei nr.1316 din 26.10.2001*, Monitorul Oficial Nr. 47-48 din 2001 art. 210.
6. *Codul Civil nr.1107 din 06.06.2002*, Monitorul Oficial Nr. 66-75 din 2019 art. 132 *Legea 99 din 28.05.2010 privind regimul juridic al adopției*, Monitorul Oficial Nr. 131-134 din 2010, art. 441.
7. *Codul Educației nr.152 din 17.07.2014*, Monitorul Oficial Nr. 319-324 din 2014, art. 634.
8. *Hotărârea Guvernului nr.1019 din 02.09.2008 pentru aprobarea Standardelor minime de calitate privind serviciile sociale prestate în cadrul centrelor maternale*, Monitorul Oficial nr. 171-173 din 2008, art.1028.
9. *Hotărârea Guvernului nr.1182 din 22.10.2010 pentru aprobarea Regulamentului privind mecanismul de colaborare intersectorială în domeniul medico-social în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității materne, infantile și a copiilor cu vârsta de până la 5 ani la domiciliu*, Monitorul Oficial nr. 259-263 din 2010 art. 1317.
10. *Hotărârea Guvernului nr. 143 din 08.04.2014 pentru aprobarea Instrucțiunii cu privire la mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului*, Monitorul Oficial nr. 48-57 din 2018 art. 168.
11. *Hotărârea Guvernului nr. 270 din 08.04.2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului*, Monitorul Oficial nr. 92-98 din 2014 art. 297.
12. *Hotărârea Guvernului nr. 314 din 23.05.2012 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social "Asistență personală" și a standardelor minime de calitate*, Monitorul Oficial nr. 104-108 din 2012, art.366.
13. *Hotărârea Guvernului nr. 347 din 01.06.2022 cu privire la aprobarea Programului național pentru protecția copilului pe anii 2022-2026 și a Planului de acțiuni pentru implementarea acestuia*, Monitorul Oficial nr. 194-200 din 2022 art. 492.
14. *Hotărârea Guvernului nr. 434 din 10.06.2014 privind aprobarea Strategiei pentru protecția copilului pe anii 2014-2020*, Monitorul Oficial Nr. 160-166 din 2014, art. 481.
15. *Hotărârea Guvernului nr. 51 din 17.01.2018 pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului social „Casă de copii de tip familial” și a Standardelor minime de calitate*, Monitorul Oficial Nr. 18-26 din 2018, art. 57.
16. *Hotărârea Guvernului nr. 722 din 22.09.2011 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social "Echipă mobilă" și a standardelor minime de calitate*, Monitorul Oficial nr. 160-163 din 2011, art.794.
17. *Hotărârea Guvernului nr. 730 din 18.07.2018 pentru aprobarea regulamentului-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului social Centrul de zi pentru îngrijirea copiilor*

cu vârsta de 4 luni-la 3 ani, Monitorul Oficial nr. 309-320 din 2018, art.849.

18. *Hotărârea Guvernului nr. 760 din 17.09.2014 pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de asistență parentală profesionistă și a Standardelor minime de calitate, Monitorul Oficial Nr. 282-289 din 2014, art. 815.*
19. *Hotărârea Guvernului nr. 780 din 25.09.2014 cu privire la aprobarea Standardelor minime de calitate privind Serviciul social de sprijin pentru familiile cu copii, Monitorul Oficial nr. 293-296 din 2014, art.826.*
20. *Hotărârea Guvernului nr. 81 din 22.02.2023 pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire a instituirea custodiei și asigurarea organizării și funcționării serviciului de tutelă/curatelă, Monitorul Oficial Nr. 119-121 din 2023, art. 259.*
21. *Hotărârea Guvernului nr. 816 din 30.06.2016 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea serviciilor de intervenție timpurie și a standardelor minime de calitate pentru serviciile de intervenție timpurie, Monitorul Oficial nr. 193-1203 din 2016, art.880.*
22. *Hotărârea Guvernului nr. 824 din 04.07.2008 privind aprobarea Standardelor minime de calitate pentru serviciile sociale prestate în centrele de zi pentru copii cu dizabilități, Monitorul Oficial nr. 122-124 din 2008, art.831.*
23. *Hotărârea Guvernului nr. 889 din 11.11.2013 pentru aprobarea regulamentului-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului social de sprijin pentru familiile cu copii, Monitorul Oficial nr. 262-267 din 2013, art.1005.*
24. *Hotărârea Guvernului nr. 48 din 01.02.2023 privind aprobarea Standardelor minime de calitate pentru Serviciul social Centrul de zi pentru îngrijirea copiilor cu vârsta de 4 luni – 3 ani, Monitorul Oficial Nr. 45-48 din 2023, art. 87.*
25. *Legea nr. 140 din 14.06.2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți, Monitorul Oficial Nr. 167-172 din 2013, art. 53 și Monitorul Oficial Nr. 102-104 din 2015 art. 53.*
26. *Legea nr. 256 din 17.08.2023 pentru modificarea unor acte normative (reforma sistemului de asistență socială „Restart”), Monitorul Oficial Nr. 341-372 din 2023 art. 603.*
27. *Legea nr. 367 din 29.12.2022 cu privire la serviciile alternative de îngrijire a copiilor, Monitorul Oficial nr. 45-48 din 2023, art.85.*

Legea nr. 338 din 15.12.1994 privind drepturile copilului, Monitorul Oficial Nr. 13 din 1995, art. 127.

28. *Ordinul comun al MMPS, MS și MEC din 25.11.2022 cu privire la aprobarea Fișei de observare a bunăstării copilului, Fișei de evaluare a bunăstării copilului și a Fișei de planificare a acțiunilor pentru prevenirea primară a riscurilor de bunăstare a copilului.*
29. *Rapoartele Ministerului Muncii și Protecției Sociale cu privire la copiii aflați în situație de risc și copiii separați de părinți pentru anii 2018-2022: CER nr. 103 și CER nr. 103 A*
30. *Rapoartele Ministerului Muncii și Protecției Sociale cu privire la copiii aflați în situație de risc și copiii separați de părinți pentru anii 2018-2022.*
31. *Planul-cadru pentru învățământul primar, gimnazial și liceal, anul de studii 2022-2023, Ministerul Educației și Cercetării*

ANEXE

Anexa 1. Profilul participanților la interviuri

Codul	Categoria	Sexul	Experiența de muncă în domeniul dat	Regiunea și mediul de reședință
IIE_1	Specialist principal, Ministerul Sănătății	F	34	Centru, urban
IIE_2	Specialist principal, Ministerul Muncii și Protecției sociale	F	21	Centru, urban
IIE_3	Șef secție consultativă, Instituția medico-sanitară Publică Spitalul Municipal nr.1 „Gheorghe Paladi”	B	32	Centru, urban
IIE_4	Asistent social, Instituția medico-sanitară Publică Spitalul Municipal nr.1 „Gheorghe Paladi”	F	16	Centru, urban
IIE_5	Medic pediatru, Centru de plasament și Reabilitare pentru copii de vârstă fragedă	F	19	Centru, urban
IIE_6	Asistent social, Centru de plasament și Reabilitare pentru copii de vârstă fragedă	F	10	Centru, urban
IIE_7	Șef servicii, Centru Maternal și Centru de zi (creșă socială)	F	18	Centru, urban
IIE_8	Manager, Centru de plasament temporar și reabilitare pentru copii	B	35	Nord, urban
IIE_9	Asistent social, Centru de plasament temporar și reabilitare pentru copii	F	15	Nord, urban
IIE_10	Primar	B	3	Sud, rural
IIE_11	Primar	B	11	Centru, rural
IIE_12	Specialist principal în asistența medicală a mamei și copilului	F	30	Nord, urban
IIE_13	Specialist principal în asistența medicală a mamei și copilului	F	12	Nord, urban
IIE_14	Șef, Structura Teritorială de Asistență Socială	F	5	Nord, urban
IIE_15	Șef, Structura Teritorială de Asistență Socială	F	12	Centru, urban
IIE_16	Șef serviciu, Centru Maternal	F	5	Centru, urban
IIA_17	Asistent parental profesionist care îngrijește copii sub 6 ani (2 copii)	F	2	Centru, rural
IIA_18	Asistent parental profesionist care îngrijește copii sub 6 ani (3 copii)	F	1	Sud, rural
IIE_19	Manager, Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor	F	34	Centru, urban
IIE_20	Asistent social comunitar	F	5	Sud, rural
IIE_21	Asistentă medicală	F	40	Nord, urban

Anexa 2. Profilul participanților la discuțiile de grup

Nr. de discuții de grup	Categoria de participanți	Numărul de participanți
DFG_1	Asistenți sociali comunitari	8
DFG_2	Echipa multidisciplinară comunitară	11
DFG_3	Comisia Protecția Copilului aflat în dificultate	7
DFG_4	Grupul intersectorial de lucru (ANAS)	7
DFG_5	Asistente medicale și medici	7
DFG_6	Asistente medicale și medici	8
DFG_7	Reprezentanții OSC active în domeniul protecției copilului	10
Total	7 DFG	58

Anexa 3. Date privind copiii în situație de risc, copiii separați de părinți (CER nr.103) și copiii din sistemul rezidențial (CER nr. 103 A)

Tabelul 1. Copii cu vârsta 0-6 ani aflați în situație de risc, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Total copii aflați în situație de risc	7996	10318	10819	9236	8862
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	398	904	946	717	798
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	1654	2346	2514	1905	2142
Copiii supuși violenței	660	934	784	870	800
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	41	69	46	32	44
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	113	151	105	150	166
Copii neglijăți	5413	7702	8449	7174	6951
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	288	781	834	642	699
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	1071	1820	2042	1556	1764
Copii care practică vagabondajul, cerșitul, prostituția	106	125	104	82	72
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	0	1	1	1	1
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	2	0	2	1	1
Copii lipsiți de îngrijire și supraveghere din partea părinților, din cauza absenței acestora la domiciliu din motive necunoscute	271	208	205	116	97
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	7	10	12	15	16
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	57	62	71	21	19
Ambii părinți au decedat	853	748	729	533	547
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	24	16	20	11	18
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	222	174	153	76	97
Copii care trăiesc în stradă, au fugit sau au fost alungați de acasă	94	105	87	76	36
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	0	0	0	0	0
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	2	2	2	0	0
Ambii părinți (unicul părinte) refuză să-și exercite obligațiunile părintești privind creșterea și îngrijirea copilului	483	396	349	204	294
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	31	22	27	9	16
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	146	107	108	69	89
Copii abandonați de către părinți	74	54	64	56	5
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	7	5	9	5	2
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	29	20	15	13	0

	2018	2019	2020	2021	2022
Părinții (unicul părinte) al copilului cu o măsură de ocrotire judiciară	42	32	48	101	43
cu vârsta 0-2 ani	0	0	0	2	2
cu vârsta 3-6 ani	12	9	16	17	6

Tabelul 2. Copii cu vârsta 0-6 ani separați de părinți, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Total copii separați de părinți	38318	42515	41330	32982	32242
cu vârsta 0-2 ani	1582	1997	2187	1682	1599
cu vârsta 3-6 ani	7617	8392	9413	7345	6465
<i>Dintre care</i>					
Copii luați de la părinți din cauza existenței pericolului iminent pentru viața și sănătatea lor	396	440	375	342	365
cu vârsta 0-2 ani	53	62	59	53	55
cu vârsta 3-6 ani	71	90	85	79	95

Tabelul 3. Copii cu vârsta 0-6 ani cu formă de protecție de tip rezidențial, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Total copii plasați în forma de protecție rezidențială	1585	1301	1084	914	798
cu vârsta 0-2 ani	145	137	132	90	
cu vârsta 3-6 ani	179	171	141	111	
Copii în plasament de urgență	189	214	222	185	169
cu vârsta 0-2 ani	48	27	63	35	49
cu vârsta 3-6 ani	23	55	62	53	30
Copii în plasament planificat	1137	1071	862	687	575
cu vârsta 0-2 ani	95	105	69	51	41
cu vârsta 3-6 ani	96	111	79	57	52
Copii plasați prin dispoziția ATT din UAT în care este amplasată instituția	713	801	719	618	566
cu vârsta 0-2 ani	44	49	45	44	36
cu vârsta 3-6 ani	61	84	92	61	59
Copii plasați prin dispoziția ATT din altă UAT în care este amplasată instituția	313	223	165	171	147
cu vârsta 0-2 ani	80	75	69	31	45
cu vârsta 3-6 ani	78	72	38	38	21
Copii plasați fără dispoziția ATT	559	277	200	125	85
cu vârsta 0-2 ani	21	13	18	15	13
cu vârsta 3-6 ani	40	15	11	12	17
Copii cu dizabilități	389	365	308	244	185
cu vârsta 0-2 ani	6	2	9	5	4
dintre care					
grad mediu	1	0	0	0	0
grad accentuat	4	0	0	1	1
grad sever	1	2	9	4	3
cu vârsta 3-6 ani	26	19	10	13	11
dintre care					
grad mediu	3	1	2	1	0
grad accentuat	4	1	0	0	3
grad sever	19	17	8	12	8

Tabelul 4. Copii cu vârsta 0-6 ani, plasați în forma de protecție de tip rezidențial, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Total copii plasați în forma de protecție rezidențială	1125	891	615	788	827
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	233	243	138	195	X
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	261	192	113	173	X
Copii în plasament de urgență	396	377	297	436	402
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	66	76	78	129	104
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	112	91	63	102	111
Copii în plasament planificat	498	471	318	365	349
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	153	135	60	52	71
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	108	93	50	71	75
Copii plasați prin dispoziția ATT din UAT în care este amplasată instituția	522	533	436	478	488
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	71	98	75	58	67
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	121	121	79	97	128
Copii plasați prin dispoziția ATT din altă UAT în care este amplasată instituția	234	167	76	149	220
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	120	90	40	76	100
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	67	35	12	33	47
Copii plasați fără dispoziția ATT	369	191	103	161	119
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	42	55	23	61	29
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	73	36	22	43	33
Copii cu dizabilități	25	39	34	26	42
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	1	8	6	1	13
dintre care					
<i>grad mediu</i>	0	0	0	0	1
<i>grad accentuat</i>	0	0	2	1	3
<i>grad sever</i>	1	8	4	0	9
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	4	1	5	1	8
dintre care					
<i>grad mediu</i>	2	1	1	0	0
<i>grad accentuat</i>	0	0	0	0	1
<i>grad sever</i>	2	0	4	1	7

Tabelul 5. Copii cu vârsta 0-6 ani, plasați din forma de protecție de tip rezidențial, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Total copii plasați în forma de protecție rezidențială	1226	1092	803	874	948
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	221	236	171	195	X
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	209	228	144	180	X
Copii în plasament de urgență	343	366	339	382	432
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	74	42	97	108	116
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	69	84	65	105	120
Copii în plasament planificat	611	664	464	489	427
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	140	166	74	67	52
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	86	129	79	81	70
Copii plasați prin dispoziția ATT din UAT în care este amplasată instituția	518	618	487	517	570
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	70	87	67	66	68
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	89	120	102	95	125

	2018	2019	2020	2021	2022
Copii plasați prin dispoziția ATT din altă UAT în care este amplasată instituția	250	235	142	179	214
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	109	100	75	67	85
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	57	71	20	47	51
Copii plasați fără dispoziția ATT	458	239	174	178	164
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	42	49	29	62	36
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	63	37	22	38	44
Copii cu dizabilități	76	107	97	75	84
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	2	1	10	3	5
dintre care					
<i>grad mediu</i>	1	0	0	0	0
<i>grad accentuat</i>	0	0	1	1	4
<i>grad sever</i>	1	1	9	2	1
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	8	9	5	5	2
dintre care					
<i>grad mediu</i>	4	0	3	1	0
<i>grad accentuat</i>	0	1	0	0	0
<i>grad sever</i>	4	8	2	4	2

Tabelul 6. Copii cu vârsta 0-6 ani, în forma de protecție de tip rezidențial, pe diferite tipuri de instituții, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Gimnaziile de tip internat	3	2	3	0	0
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	0	0	0	0	0
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	3	2	3	0	0
Caze internat pentru copii cu deficiențe mintale [55]	0	2	0	0	0
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	0	0	0	0	0
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	0	2	0	0	0
Instituții speciale pentru copii cu deficiențe fizice și senzoriale	6	0	1	1	1
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	3	0	0	0	0
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	3	0	1	1	1
Școli internat auxiliare	12	0	0	0	0
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	0	0	0	0	0
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	12	0	0	0	0
Centre maternale	78	80	55	44	63
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	59	52	44	31	
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	19	28	11	13	
Centre de plasament temporar pentru copii de vârstă fragedă	193	167	171	119	109
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	83	85	88	59	X
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	110	82	83	60	X
Centre de plasament temporar pentru copii în vârstă de 7-17 ani	32	56	43	37	422
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	0	0	0	0	0
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	32	56	43	37	X
Caze comunitare pentru copii în situație de risc	0	1	0	0	0
<i>cu vârsta 0-2 ani</i>	0	0	0	0	0
<i>cu vârsta 3-6 ani</i>	0	1	0	0	0

[55] Din 2021 Centre de plasament temporar pentru copii cu dizabilități

Tabelul 7. Ieșirea copiilor cu vârsta 0-6 ani din instituțiile de protecție de tip rezidențial, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Centre maternale					
Total copii ieșiți,	198	238	139	209	217
Din motive de:					
- împlinire a vârstei	37	0	0	0	2
- reintegrare în familia biologică	99	171	86	175	180
- reintegrare în familia extinsă	6	3	3	2	0
- adopție	0	0	0	0	1
- plasați sub tutelă/curatelă	1	12	0	1	4
- plasați în APP	0	0	0	0	1
- plasați în CCTF	2	9	2	0	0
- plasați în alte instituții de tip rezidențial	11	3	2	11	8
- alte motive	42	40	46	20	21
Centre de plasament temporar pentru copii de vârstă fragedă					
Total copii ieșiți,	213	248	158	167	187
Din motive de:					
- împlinire a vârstei	0	0	0	0	0
- reintegrare în familia biologică	77	71	33	38	56
- reintegrare în familia extinsă	4	1	20	4	7
- adopție	11	5	1	14	4
- plasați sub tutelă/curatelă	45	33	30	43	22
- plasați în APP	41	37	25	40	32
- plasați în CCTF	3	12	10	6	5
- plasați în alte instituții de tip rezidențial	21	41	39	20	35
- alte motive	11	48	0	2	3

Tabelul 8. Copiii cu vârsta 0-6 ani plasați în servicii de tip familial, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Numărul total al copiilor plasați în servicii de plasament familial	4278	4143	3908	3732	3736
cu vârsta 0-2 ani	121	149	171	172	168
cu vârsta 3-6 ani	602	638	614	619	623
Serviciul de tutelă/curatelă, total copii	3259	3132	2878	2651	2682
cu vârsta 0-2 ani	84	91	112	116	122
cu vârsta 3-6 ani	431	453	417	400	393
Serviciul APP, total copii	761	758	782	816	759
cu vârsta 0-2 ani	36	57	58	52	42
cu vârsta 3-6 ani	147	150	159	179	183
Serviciul CCTF, total copii	258	253	248	265	295
cu vârsta 0-2 ani	1	1	1	4	4
cu vârsta 3-6 ani	24	35	38	40	47

Tabelul 9. Numărul profesioniștilor care acordă servicii de plasament familial, anii 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Numărul asistenților parentali profesioniști	399	397	417	405	382
Numărul CCTF	62	58	53	59	64

Changing the Way We CareSM
www.changingthewaywecare.org 
info@ctwwc.org 

Dacă doriți să oferiți feedback cu privire la acest document, vă rugăm să expediți un e-mail la
CTWWCLearning@ctwwc.org