UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ” DIN CHISINĂU

FACULTATEA PSIHOLOGIE ȘI PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ

CATEDRA ASISTENȚĂ SOCIALĂ

LAPOȘINA EMILIA

ASISTENȚA SOCIALĂ
A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI

Curs universitar
(pentru studenții programului de studiu Asistență Socială, ciclul I, licență)

Chișinău, 2018

„Aprobat” catedra Asistență Socială,
proces-verbal nr.1 din septembrie 2017

Consiliul facultății Psihologie și psihopedagogie specială,
proces-verbal nr. 7 din 19.06.2018

Recenzenți:

1. Vîrlan Maria, dr., conf. univ., șef catedră,
   Universitatea Pedagogică de Stat „I.Creangă”
2. Frunze Olesea, dr., conf. univ.,
   Universitatea Pedagogică de Stat „I.Creangă

Lapoşina, Emilia.

Asistenţa socială a persoanelor cu dizabilități : curs universitar (pentru studenţii programului de studiu Asistenţă Socială, ciclu 1, licenţă) / Lapoşina Emilia ; Univ. Ped. de Stat "Ion Creangă" din Chişinău, Fac. Psihologie şi Psihopedagogie Spec., Catedra Asistenţă Soc. – Chişinău : S. n., 2018 (Tipogr. UPS "Ion Creangă"). – 167 p. 100 ex.

ISBN 978-9975-46-384-3.

364.42/.44-54(075.8)
E-67

CUPRINS

INTRODUCERE 4

TEMA 1. CONCEPTE – CHEIE PENTRU ÎNŢELEGEREA DIZABILITĂŢII 6

TEMA 2. STEREOTIPURI ŞI PREJUDECĂŢI PRIVIND PERSOANE DIZABILITĂȚI. TIPURI DE DIZABILITĂŢI 25

TEMA 3. CADRUL LEGAL AL PROTECŢIEI SOCIALE A PERSOANELOR CU DIZABILITĂŢI 30

TEMA 4. PROBLEMATICA ȘI REINSERȚIA SOCIALĂ A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI 46

TEMA 5.: DISCRIMINAREA ȘI MODALITĂȚI DE COMBATERE A FENOMENULUI DISCRIMINARE 64

TEMA 6. ROLUL ASISTENŢEI SOCIALE ÎN RECUPERAREA ŞI INTEGRAREA PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI 72

TEMA 7. PREMISE ALE DEZINSTITUŢIONALIZĂRII ÎN CAZUL PERSOANELOR CU DISABILITĂŢI 77

TEMA 8: EVOLUŢII ÎN SISTEMUL DE PROTECŢIE SOCIALĂ A PERSOANELOR CU DISABILITĂŢ I 86

TEMA 9. ASISTENȚA SOCIALĂ A FAMILIILOR CU COPII CU DIZABILITĂȚI 101

TEMA 10.RESPECTAREA CERINȚELOR DEONTOLOGICE DE CĂTRE PROFESIONISTUL ÎN SERVICIUL PERSOANEI CU DIZABILITĂȚI 133

BIBLIOGRAFIE 136

ANEXE 139

INTRODUCERE

Politicile şi strategiile naţionale adresate persoanelor cu dizabilităţi au la bază o serie de principii care vizează protecţia, integrarea şi incluziunea socială a acestora în vederea eliminării barierelor care ar putea exista între acestea şi ceilalţi membri ai comunităţii. Astfel, la nivelul ţării noastre, au fost propuse o serie de măsuri de natură socială, psihologică şi psihopedagogică care vizează intervenţia timpurie, facilitarea accesului la servicii educaţionale, medicale şi sociale, integrarea profesională şi socială a persoanelor cu dizabilităţi. Toate aceste măsuri iau în calcul şi implicarea membrilor familiei persoanelor cu dizabilităţi în acest proces, familia jucând un rol extrem de important în viaţa acestor persoane. Dar totuşi, în afara familiei, măsurile de asistenţă socială deţin un rol primordial în menţinerea stabilităţii la nivel individual şi societal.

Obiectivul principal al intervenţiilor în domeniu îl constituie protejarea persoanelor care, datorită unor motive de natură economică, fizică, psihică sau socială, nu au posibilitatea să îşi asigure nevoile sociale, să îşi dezvolte propriile capacităţi şi competenţe pentru participarea activă la viaţa socială. Conform datelor statistice, în Republica Moldova sînt înregistrate circa 181 mii de persoane cu dizabilități, inclusiv 12 mii de copii. Persoanele cu dizabilităţi reprezintă 5,2% din populaţia totală a ţării, iar copiii cu dizabilităţi constituie aproape 2% din numărul total al copiilor din Republica Moldova.[1] Ratificarea Convenţiei ONU de către Republica Moldova a marcat o schimbare importantă în abordarea dizabilității, nu doar prin prisma protecţiei sociale și a stării de sănătate, dar și din punctul de vedere al promovării și respectării drepturilor omului, al incluziunii sociale, al valorii umane și al egalității de șanse.

În acest context, asistenţa socială ca şi parte componentă a sistemului de protecţie socială este văzută ca reprezentând serviciile sociale şi prestaţiile sociale acordate în vederea dezvoltării capacităţilor individuale sau colective pentru asigurarea nevoilor sociale, creşterea calităţii vieţii şi promovarea principiilor de coeziune şi incluziune socială.

Instituțiile responsabile de promovarea și realizarea politicii în domeniu au întreprins măsuri pentru a asigura implementarea Convenției ONU, precum: elaborarea și aprobarea strategiilor sectoriale, care vizează inclusiv persoanele cu dizabilități; reglementarea și pilotarea serviciilor comunitare alternative celor rezidențiale; aplicarea unor noi mecanisme de protecţie socială a populaţiei cu venituri mici; crearea grupurilor de lucru multisectoriale în vederea ajustării legislației naționale la prevederile Convenției ONU.

Cu toate acestea, Raportorul Special al ONU pentru drepturile persoanelor cu dizabilități, ca urmare a vizitei de monitorizare întreprinse în septembrie 2015 în Republica Moldova, a atestat o serie de provocări, care stagnează incluziunea socială, precum: stigmatizarea și excluderea persoanelor cu dizabilități, provocări economice și financiare, certificarea ineficientă și inechitabilă a dizabilității, lipsa de accesibilitate, accesul limitat al copiilor și tinerilor cu dizabilități în instituții educaționale incluzive, bariere în accesul la justiție, existența instituțiilor rezidențiale și disponibilitatea redusă de servicii sociale comunitare. [2]

De asemenea, la 4 noiembrie 2016, în cadrul Sesiunii a 26-a a Consiliului ONU pentru Drepturile Omului (Evaluarea periodică universală 2016) și la 21-22 martie 2017, în cadrul Sesiunii a 17-a a Comitetului ONU pentru drepturile persoanelor cu dizabilități, la care a fost audiat Raportul de țară privind implementarea Convenției ONU, Republica Moldova a primit mai multe recomandări specifice domeniului de dizabilitate. Astfel, se relevă necesitatea întreprinderii în continuare a măsurilor care au ca scop îmbunătățirea situației persoanelor cu dizabilități și consolidarea, în acest sens, a eforturilor tuturor autorităților administrației publice, societății civile și ale altor actori sociali relevanți.

---

[1] Programul național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2017-2022. Aprobat prin HOTĂRÎRE a Guvernului RM Nr. 723 din 08.09.2017.

[2] http://md.one.un.org/content/unct/moldova/ro/home/publications/joint-publications/report-of-the-special-rapporteur-on-the-rights-of-persons-with-d.html

În urma analizei situației au fost constatate o serie de aspecte particulare, care influențează incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi în Republica Moldova, printre care:

- insuficiența măsurilor de protecție socială a persoanelor cu dizabilități în comunitate;
- educarea unui număr semnificativ de copii cu dizabilități în medii școlare segregative (școli speciale, școli auxiliare), la domiciliu sau plasarea în instituții rezidențiale sociale;
- accesul redus al persoanelor cu dizabilități la servicii medicale, de abilitare și reabilitare de calitate;
- rata scăzută de angajare în cîmpul muncii a persoanelor cu dizabilități ca rezultat al pregătirii profesionale deficitare, lipsei serviciilor de reabilitare profesională, lipsei locurilor de muncă acomodate rezonabil la necesitățile persoanelor cu dizabilități;
- participarea redusă a persoanelor cu dizabilități la viața politică, publică și culturală;
- inaccesibilitatea infrastructurii, transporturilor, informației și comunicațiilor pentru persoanele cu dizabilități;
- accesul redus la justiție a persoanelor cu dizabilități și la măsurile de ocrotire/suport în exercitarea capacității juridice;
- capacități instituționale insuficiente pentru implementarea Convenției ONU;
- nivelul scăzut de cunoaștere a drepturilor omului de către populație, în general, și, respectiv, a drepturilor persoanelor cu dizabilități,
- mecanisme ineficiente de aplicare a legislației în vigoare și lipsa măsurilor active, care ar asigura obligativitatea respectării acesteia.

Astfel, autorităţile administraţiei publice centrale şi locale, în parteneriat cu societatea civilă s-au angajat în realizarea unor măsuri axate pe racordarea cadrului legislativ-normativ naţional la standardele internaţionale în domeniul drepturilor persoanelor cu dizabilităţi, modificarea metodologiei de determinare a dizabilității, diversificarea serviciilor sociale comunitare destinate persoanelor cu dizabilităţi, adaptarea programelor educaţionale la necesităţile copiilor cu dizabilităţi, dezvoltarea serviciilor de orientare, formare şi reabilitare profesională a persoanelor cu dizabilităţi, adaptarea infrastructurii sociale la necesităţile persoanelor cu dizabilităţi.

Ca rezultat al implementării Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010-2013), în ultimii ani în domeniul protecției sociale a persoanelor cu dizabilități a fost îmbunătățit cadrul legislativ-normativ în domeniu, a fost reformată instituția responsabilă de determinarea dizabilității, au fost fortificate capacitățile Agenției Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă și a structurilor sale teritoriale, au fost majorate cuantumurile unor prestații adresate persoanelor cu dizabilități și a fost revizuit modul de stabilire și plată, au fost diversificate și dezvoltate mai multe tipuri de servicii sociale comunitare (locuință protejată, casă comunitară, echipă mobilă, asistență personală, Serviciul social „Respiro”, plasament familial pentru adulți), inclusiv în scop de prevenire a instituționalizării şi dezinstituționalizării persoanelor cu dizabilități.

Potrivit Rapoartelor sociale anuale se constată creșterea numărului de persoane cu dizabilități care beneficiază de servicii sociale comunitare și descreșterea numărului de beneficiari instituționalizați în servicii de plasament rezidențial din subordinea Ministerului Sănătăţii, Muncii şi Protecției Sociale. Cu toate acestea, serviciile sociale comunitare nu sînt suficiente pentru a răspunde necesităților persoanelor cu dizabilități.

A fost aprobat Programul național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2017-2022 care prevede o abordare intersectorială în incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități și asigurarea respectării drepturilor fundamentale ale acestora în egală măsură cu ceilalți cetățeni în toate domeniile vieții sociale. Implementarea prezentului Program va asigura respectarea drepturilor și participarea persoanelor cu dizabilități în societate, va crea oportunități mai bune de incluziune socială, contribuind astfel la realizarea de către Republica Moldova a angajamentelor naţionale şi internaţionale asumate în contextul obiectivelor strategice în domeniul asigurării drepturilor omului.

Tema 1: CONCEPTE – CHEIE PENTRU ÎNŢELEGEREA DIZABILITĂŢII

1. Definiţia dizabilităţii
2. Principii fundamentale de protecţie social a persoanelor cu dizabilități
3. Modele de abordare a dizabilităţii
4. Concepte şi principii care fundamentează protecţia persoanelor cu dizabilităţi
5. Repere privind dizabilitatea în Uniunea Europeană

Referințe:

1. Albu Adriana, Albu Constantin. Asistenţa psihopedagogică şi medicală a copilului deficient fizic, Ed. Polirom, Iaşi, 2000, p.28.
2. Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova/ Maria Bulgaru, Nicolae Sali, Tatiana Gribincea. – Chișinău, 2008. p. 406-440
3. Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, aprobată 19 decembrie 2001;
4. Drepturile omului și problema dizabilităților. Ghid. Reglementări internaționale ți naționale pentru drepturile omului, destinat persoanelor cu dizabilități și familiilor acestora. Chișinău, 2011. 280 p.
5. Ghid teoretico-practic pentru asistența socială multifuncțională comunitară/ Agapii Eugenia, Botnari Valentina, Bulgaru Maria et. al; coord. șt.: Aurelia Racu; APDI NUMANITAS. – Chișinău: Pontos, 2018. 432 p.
6. Formare în domeniul antidiscriminării și al drepturilor persoanelor cu dizabilități http://antidiscriminare.egalitate.md/wp-content/uploads/2016/01/suport_de_curs_Formare-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati.pdf
7. Parteneriat în educaţia integrată a copiilor cu cerinţe educative special, coord. Stela Coman, Ed. „Spiru Haret", Iaşi, 2001, p.13.
8. Racu Aurelia, Popovici Doru Vlad, Crețu Verginia, Racu Sergiu, Bucinschi Cătălin. Asistența social a persoanelor cu dizabilități. – Chișinău, Ed. Pontos, 2007. 300 p.
9. http://www.distonie.ro/index.php/dizabilitate

1. Definiţia dizabilităţii

Conform Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (aprobată 19 decembrie 2001), „persoanele cu dizabilităţi includ acele persoane care au deficienţe fizice, mentale, intelectuale sau senzoriale de durată, deficienţe care, în interacţiune cu diverse bariere, pot îngrădi participarea deplină şi efectivă a persoanelor în societate, în condiţii de egalitate cu ceilalţi" (art. 1 din Convenţia ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi)[3].

Conform legii nr. 60/2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități din Republica Moldova, *dizabilitatea este un termen generic pentru afectări/deficienţe, limitări de activitate şi restricţii de participare, care denotă aspectele negative ale interacţiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) şi factorii contextuali în care se regăseşte (factorii de mediu şi cei personali) iar persoana cu dizabilităţi este o persoană cu deficienţe fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale, deficienţe care, în interacţiune cu diverse bariere/obstacole, pot îngrădi participarea ei deplină şi eficientă la viaţa societăţii în condiţii de egalitate cu celelalte persoane*;

În legislaţia actuală coexistă sintagmele de persoană cu dizabilităţi și cea de „persoană cu dizabilități". Se defineşte, că persoanele cu dizabilități sunt acele persoane cărora, datorită unor afecţiuni fizice, mentale sau senzoriale, le lipsesc abilităţile de a desfăşura în mod normal activităţi cotidiene, necesitând măsuri de protecţie în sprijinul recuperării, integrării și incluziunii sociale. Terminologia din legislație utilizează în prezent ambele concepte – de dizabilitate și de handicap. Totodată, urmând ca după adoptarea noului Program național de incluziune socială a

[3] Convenția privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități

persoanelor cu dizabilități pentru anii 2017-2022, care este orientat spre crearea societății fără bariere, să se treacă treptat doar la termenul de dizabilitate[4].

2. Principii fundamentale de protecţie social a persoanelor cu dizabilități[5]

I) Principiul drepturilor egale:

Convenţia cu privire la drepturile copilului, Programul mondial de acţiune în favoarea persoanelor cu dizabilități, Regulile standard privind egalizarea şanselor pentru persoanele cu dizabilități, prevăd drepturile copiilor cu dizabilități la:

- îngrijire;
- educaţie şi instruire specială pentru a putea duce o viaţă plină şi decentă, în condiţii care să le garanteze demnitatea, să le promoveze autonomia şi să le faciliteze participarea activă la viaţa colectivităţii;
- asigurarea accesului efectiv la educaţie al acestor copii, la formarea lor;
- la servicii de sănătate şi recuperare;
- la pregătirea pentru angajare în muncă şi mijloace de recreere;
- dezvoltarea sa culturală şi spirituală.

II) Principiul egalizării şanselor:

Egalizarea şanselor este procesul prin care toţi cetăţenii şi în particular persoanele cu dizabilități pot avea acces la diversele sisteme ale societăţii: cadrul material, serviciile, informaţiile etc..[6].

Egalizarea şanselor este o recomandare specială inclusă de ONU în cadrul Programului mondial de acţiune în favoarea persoanelor cu dizabilități. În cadrul acestui program, măsurile luate trebuie să cuprindă următoarele aspecte:

- mediul fizic;
- educaţia;
- munca şi angajarea în muncă;
- asistenţa în domeniul veniturilor şi protecţia socială;
- viaţa de familie şi integritatea personală;
- îngrijirea medicală şi reabilitarea;
- servicii de sprijin;
- religia;
- recreerea, sporturile şi cultura;
- creşterea gradului de conştientizare prin informaţie;
- legislaţie;
- implicare guvernamentală.

Egalizarea şanselor în domeniul educaţiei impune ca şcolarizarea copiilor cu dizabilități să se facă în cadrul sistemului general de învăţământ obligatoriu, să includă copiii cu toate tipurile şi nivelurile de handicap, inclusiv pe cele mai severe.

III) Principiul intervenției educaționale precoce:

Intervenţia educaţională precoce este o condiţie esenţială care permite creşterea eficienţei procesului de reabilitare a copiilor cu nevoi speciale.

---

[4] http://www.distonie.ro/index.php/dizabilitate

[5] Formare în domeniul antidiscriminării și al drepturilor persoanelor cu dizabilități http://antidiscriminare.egalitate.md/wp-content/uploads/2016/01/suport_de_curs_Formare-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati.pdf

[6] Parteneriat în educaţia integrată a copiilor cu cerinţe educative special, coord. Stela Coman, Ed. „Spiru Haret", Iaşi, 2001, p.13.

Evaluarea potenţialului psihomotor constituie punctul de plecare pentru aprecierea, în fiecare etapă, a nivelului de creştere şi dezvoltare a copilului[7].

Principiul intervenţiei timpurii indică gradul sporit de eficienţă a intervenţiei de recuperare şi integrare în comunitate la vârstele mici,căci:

- diferenţa dintre copiii obişnuiţi şi cei cu deficienţe la vârste mici este mai puţin observabilă, ea crescând pe măsura înaintării în vârstă;
- reacţiile de supraprotejare sau de respingere din partea familiei sunt mai greu de corectat, dacă ele nu au fost abordate înaintea vârstei de şapte ani;
- şansele de integrare sunt mult mai mari în cazul copiilor cu uşoare deficienţe.

Echipa de intervenţie precoce acţionează în primul rând în familiile copiilor cu deficienţe asigurând:

- acţiuni de informare şi consiliere;
- discuţii cu părinţii privind diagnosticul, prognosticul şi posibilităţile de compensare;
- stabileşte potenţialul real al copilului şi mijloacele prin care acesta poate fi stimulat;
- informează părinţii asupra serviciilor existente, care asigură cea mai bună stimulare a copilului cu nevoi speciale.

IV) Principiul abordării globale și individualizate a copiilor cu nevoi speciale:

Acest principiu presupune identificarea, valorificarea şi stimularea capacităţilor cognitive, psihomotrice, afectiv-relaţionale şi sociale ale unui copil, ceea ce presupune adaptarea programelor la posibilităţile şi necesităţile copilului cu nevoi speciale.

Abordarea globală vizează aspectele de bază ale educaţiei cu notele distincte pentru copiii cu nevoi speciale:

- să se respecte demnitatea fiecărei fiinţe umane;
- să li se ofere protecţie şi securitate socială;
- să aibă posibilitatea de a decide şi alege în deplină cunoştinţă de cauză acţiunile care urmează a fi efectuate;
- în efectuarea acţiunilor să se ţină seama de particularităţile individuale ale fiecărui copil cu dizabilități, dar şi de procesele înregistrate până în acel moment;
- să se asigure condiţii optime pentru ca dorinţele şi năzuinţele copilului cu dizabilități să fie stimulate şi respectate.

Educaţia trebuie să înceapă cu educaţia părinţilor, care trebuie să fie pregătiţi pentru a avea un comportament adecvat situaţiei copilului. În aceste condiţii:

- este necesară evitarea unor relaţii tensionate, motiv pentru care se încearcă realizarea unor relaţii pozitive între membrii familiei;
- familia trebuie să adopte un comportament echilibrat faţă de copilul deficient şi faţă de ceilalţi copii, evitându-se suproprotejarea sau neglijarea;
- părinţii vor fi ajutaţi să deprindă unele tehnici de îngrijire a copilului cu nevoi speciale;
- specialiştii din echipă trebuie să fie capabili să asigure familiei suportul moral, informaţional necesar orientării copilului în toate problemele vieţii de zi cu zi.

V) Principiul asigurării unei educații școlare de o calitate similara cu cea oferita copiilor de aceeași vârsta:

Copilul deficient trebuie să înveţe în şcoli obişnuite, alături de copiii sănătoşi. În aceste condiţii, copilul se obişnuieşte cu infirmitatea sa şi totodată îi obişnuieşte pe cei din jur cu astfel de probleme. O astfel de educaţie, alături de copiii dezvoltaţi normal din punct de vedere fizic şi psihic, în competiţie cu ei, permite valorificarea superioară a potenţialului copilului deficient.

VI) Principiul asigurării serviciilor și a structurilor de sprijin:

[7] Albu Adriana, Albu Constantin. Asistenţa psihopedagogică şi medicală a copilului deficient fizic, Ed. Polirom, Iaşi, 2000, p.28.

Pentru a putea să-şi exercite drepturile, persoanele cu dizabilități au nevoie de unele servicii de sprijin:

- furnizarea dispozitivelor de asistare, a instrumentelor şi a echipamentelor aferente;
- dezvoltarea, producerea, distribuirea şi service-ul dispozitivelor de asistare;
- asigurarea accesului persoanelor cu dizabilități la toate instrumentele de asistenţă, prin oferirea lor gratuită sau la preţ mic;
- instrumentele de asistare trebuie să fie adecvate vârstei şi să aibă un design corespunzător;
- persoanele cu dizabilități vor beneficia de programe de asistenţă personală, ceea ce va conduce la ridicarea nivelului de participare la viaţa comunitară.

Serviciile de sprijin necesare unui copil cu cerinţe educative speciale depind de amploarea, intensitatea şi specificul deficienţei fiecărui copil. Serviciile de sprijin pot fi asigurate de:

- de instituţii de protecţie socială (centre de plasament, centre de recuperare/reabilitare, centre de asistență și protecție, case-internat pentru copii etc.);
- unităţi şcolare speciale (grădiniţe, şcoli, licee speciale);
- unităţi care desfăşoară activităţi educative sau de compensare (centre logopedice interşcolare, clase de integrare în şcoli obişnuite, şcolarizarea la domiciliu, centre de pedagogie curativă, centre de recuperare motorie).

Serviciile de sprijin de tip consultanţă pot varia de la intervenţia unidisciplinară, la intervenţia în echipă multidisciplinară, interdisciplinară şi transdisciplinară.

VII) Principiul prevenirii deficientelor:

Termenul „prevenire” desemnează acţiunile destinate împiedicării apariţiei deficienţelor mentale, fizice sau senzoriale,sau împiedicării efectelor negative psihice, fizice sau sociale ale deficienţelor.

Conform recomandărilor OMS, măsurile de prevenţie sunt grupate pe trei niveluri: primară, secundară şi terţiară.

Prevenţia primară cuprinde măsurile de îngrijiri primare din cadrul sistemului sanitar, care permite evitarea sau reducerea apariţiei deficienţei, mai ales prin controlul medical pre-, peri- şi postnatal.

Prin **prevenţia secundară** se urmăreşte diminuarea sau corectarea incapacităţii produse de o deficienţă. Ea este influenţată de modul în care societatea se implică în asigurarea condiţiilor optime de creştere şi dezvoltare a copiilor. Dintre măsurile de prevenţie cu caracter secundar amintim:

- depistarea precoce a semnelor care conduc la diagnosticul de deficienţă;
- instituirea programului recuperator cât mai precoce posibil;
- respectarea regulilor de protecţie a muncii;
- prevenirea accidentelor în diferite medii;
- adaptarea locului de muncă pentru prevenirea apariţiei bolilor profesionale;
- prevenirea deficienţelor rezultate din poluarea mediului.

Prevenţia terţiară cuprinde toate măsurile care împiedică transformarea unei incapacităţi în handicap. Aceste măsuri sunt incluse în cadrul programelor de readaptare. Readaptarea cuprinde măsurile orientate către reducerea statusului invalidant, permiţând reintegrarea persoanei în mediul său de viaţă.

VIII) Principiul cooperării si parteneriatului:

Parteneriatul reprezintă concretizarea acţiunii de cooperare având ca puncte de referinţă următoarele aspecte:

- stabilirea ţelului pentru care ambele părţi acţionează;
- intercondiţionarea sistemului de mijloace şi metode care să favorizeze realizarea obiectivelor propuse;

- stabilirea criteriilor de evaluare şi valorificare a rezultatelor obţinute în procesul de cooperare;
- cunoaşterea şi acordarea încrederii reciproce între parteneri;
- recunoaşterea onestă şi deschisă a valorii, autorităţii şi pregătirii celuilalt;
- ajungerea la un consens asupra deciziilor luate;
- egalitatea în drepturi şi obligaţii;
- asumarea responsabilităţilor pentru deciziile luate.

Cooperarea tehnică şi economică permite luarea unor măsuri pentru îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă a persoanelor cu dizabilități. Aspectele prioritare ale colaborării tehnice şi economice includ:

- dezvoltarea abilităţilor şi potenţialului persoanelor cu dizabilități, precum şi dezvoltarea locurilor de muncă pentru aceste persoane;
- dezvoltarea şi răspândirea tehnologiilor legate de incapacitate.

În cadrul educaţiei speciale, cooperarea şi parteneriatul vizează:

1. legătura dintre specialiştii domeniului cu autorităţile locale şi alte instituţii, legătură care poate fi materializată prin conferinţe, seminarii, analize de caz, prezentarea de materiale ajutătoare etc.);
2. legătura dintre specialiştii din şcoli speciale şi cei din şcoli normale; cei din şcolile speciale se pot angaja în şcolile obişnuite în trei tipuri de activităţi: predare, sprijin pentru alţi copii cu probleme şi monitorizarea cooperării.

Parteneriatul se înfiinţează prin cooperare spontană, având la bază dorinţa partenerilor de a găsi răspunsuri la unele probleme mai dificile, de a se sprijini pe experienţa şi valoarea celuilalt, pe realizările şi competenţele sale şi pe experienţa unor criterii obiective unanim acceptate.

Parteneriatul asigură condiţii optime de concretizare a schimburilor de opinii, de stabilire a unor parametri operaţionali, de evaluare şi valorizare a rezultatelor, de îndeplinire a ţelurilor propuse spre beneficiul ambelor părţi.

3. Modele de abordare a dizabilităţii

În activităţile specifice serviciilor umane nu este posibilă o separare a teoriei de practică. De fapt, practica reprezintă procesul de utilizare a cunoaşterii şi de aplicare a teoriei pentru a se putea ajunge la o schimbare. O practică ruptă de teorie tinde să devină repetitivă şi sterilă, în timp ce o teorie ruptă de realităţile practicii tinde să devină doar interesantă şi de obicei irelevantă.

Multe teorii, modele şi perspective discutate în literatura de specialitate pot fi considerate cadre conceptuale.

Un **cadru conceptual**[8] este alcătuit dintr-un set coerent de concepte, credinţe, valori, afirmaţii, supoziţii, ipoteze şi principii. Un asemenea cadru poate fi gândit ca un contur al ideilor care ajută pe cineva să înţeleagă oamenii, să înţeleagă modul în care aceştia funcţionează şi se integrează, precum şi modul în care se schimbă. Astfel de cadre sunt importante datorită utilităţii lor multiple:

- asigură o structură pentru analiza problemelor şi situaţiilor complexe, care prezintă adesea o mare încărcătură emoţională;
- structurează (ordonează) informaţiile, credinţele şi ipotezele într-un ansamblu comprehensiv;
- asigură o raţiune pentru acţiune şi pentru luarea deciziilor;
- promovează o abordare sistematică, structurată şi predictibilă a activităţilor cu oamenii;
- facilitează comunicarea între specialişti.

[8] Formare în domeniul antidiscriminării și al drepturilor persoanelor cu dizabilități http://antidiscriminare.egalitate.md/wp-content/uploads/2016/01/suport_de_curs_Formare-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati.pdf

Modelele practicii reprezintă seturi de concepte şi principii care orientează anumite intervenţii. Ele nu vizează explicaţii ale comportamentelor.

Există o legătură organică între model, ca paradigmă, ca schemă de gândire cu funcţie metodologică, menită să servească analizei, clasificării şi înţelegerii anumitor fenomene, pe de o parte şi tipurile de intervenţie, pe de altă parte.

Model „individual" versus model „social" în abordarea dizabilității[9]

Problematica dizabilității/handicapului poate fi abordată din perspectiva a două modele: cel *individual*, de inspiraţie medicală (care consideră că dificultăţile persoanelor cu dizabilități sunt datorate inferiorităţii biologice şi psihologice a acestora) şi modelul *social*, care pune accentul pe mediul social neadaptat, considerat generator al dificultăţilor persoanelor cu deficienţe. Modelul dominant a fost (şi din păcate continuă să fie) cel *individual*, care accentuează asupra pierderilor sau incapacităţilor individuale considerate generatoare de dependenţă.

Acest model, adânc înrădăcinat în mentalitatea generală şi în conştiința profesională a specialiştilor a fost preluat în bună măsură din medicină şi psihanaliză, domenii în care avea semnificaţia unui simbol al expertizei, al înaltei specializări.

Ipoteza implicită a acestui model se referă la faptul că odată cu apariţia deficienţei se produc nu numai afectări ale organismului, ci şi ale sistemului psihic; prin urmare, ar exista posibilitatea identificării unor mecanisme de ajustare (de ordin fizic sau psihic) prin care consecinţele negative ale deficienţei, ale dizabilităţii ar putea fi reduse al minimum.

La baza acestui model se află teoriile individualiste care tratează individul ca fiind determinat de evenimentele pe care le trăieşte; de aici s-a ajuns la a se considera că o ajustare psihologică ar putea fi realizată prin mecanisme specifice anumitor etape. În acest sens, ajustarea ar avea accepţiunea unui fenomen individual, a unei probleme a persoanei afectate, neglijându-se atât contextul familial, cât şi cel social mai larg. Din punct de vedere metodologic, teoriile individualiste se bazează pe „*imaginaţia psihologică"*: autorii lor şi-au imaginat că situaţia în care ei înşişi ar deveni persoane cu deficienţe sau cu dizabilităţi ar avea semnificaţia unei tragedii; de aici, decizia de accentuare asupra mecanismelor psihologice ale ajustării. Este evident că imaginaţia psihologică nu reprezintă cel mai adecvat punct de plecare al cercetării şi teoretizării, întrucât nu întruneşte cerinţele neutralităţii axiologice: există acea judecată de valoare conform căreia dizabilitatea ar fi mai degrabă o tragedie decât un fenomen care ar putea fi explicat într-un anumit număr de moduri. Modelul individual apare ca unul al patologiei individuale.

Astfel, s-a ajuns la utilizarea unor etichete care au legitimat modelul medical individual, la anumite perspective negative asupra dizabilităţii şi la neglijarea perspectivei proprii persoanelor cu dizabilități. În corelaţie directă cu acest model, intervenţiile nu pot avea alt obiectiv decât adaptarea, ajustarea persoanei cu deficienţă, aducerea acesteia cât mai aproape de ceea ce se consideră a fi „normal". Din perspectiva modelului medical, oamenii au handicap ca urmare a deficienţelor lor individuale fiziologice sau cognitive. Răspunsul oferit de medicină constă în tratament sau reabilitare, stabilindu-se ca obiectiv revenirea la condiţia „normală", obişnuită, adică aceea de a fi valid. Ca formă de *devianţă*, dizabilitatea implică un anumit tip de management instituţional şi o anumită formă de legitimare. În cadrul acestui model se operează cu conceptul de normă. În urma aplicării normei, unele persoane se plasează pe poziţii inferioare. Norma apare ca o caracteristică a unui anumit tip de societate. Dată fiind marea variabilitate socială şi culturală, este important modul în care este construită ideea de normalitate.

Modelul medical a creat o ierarhie în cadrul construcţiei sociale a dizabilităţii şi în determinarea egalităţii prin:

- etichetarea într-un mod care consideră că persoana cu dizabilități este inferioară;

[9] Formare în domeniul antidiscriminării și al drepturilor persoanelor cu dizabilități http://antidiscriminare.egalitate.md/wp-content/uploads/2016/01/suport_de_curs_Formare-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati.pdf

- dezvoltarea tratamentului, îngrijirii, inclusiv a practicii şi standardelor profesionale, a legislaţiei şi beneficiilor pe baza acestei etichete de inferioritate socială;
- negarea paternalistă a libertăţilor şi autodeterminării.

Modelul individual postulează că problemele cu care se confruntă persoanele cu dizabilităţi nu sunt altceva decât consecinţele directe ale deficienţelor lor specifice.

Modelul medical proiectează un dualism care tinde să aprecieze că oamenii „valizi" ar fi „mai buni" sau „superiori" celor cu dizabilităţi. Astfel, imaginea acestora din urmă ajunge să fie identificată cu mila, temerea şi caritatea.

Explicaţia teoretică specifică modelului individual face mai degrabă apel la anumite temeri primitive asociate cu dizabilitatea, decât la o rigoare obiectivă:

Persoana validă	**Persoana cu dizabilitate**
Normală	Anormală
Bună	Rea
Aptă	Inaptă
Independentă	Dependentă

Asemenea descrieri au fost utilizate pentru justificarea ipotezei că ar fi legitim ca ceilalţi să facă lucruri pentru oamenii cu dizabilităţi, mai degrabă decât să facă lucruri împreună cu ei. Astfel de explicaţii au servit drept motive pentru înfiinţarea marilor aziluri şi pentru un control social de tip coercitiv la adăpostul filantropiei (spre exemplu, la începutul secolului al XX-lea, persoanelor cu dizabilităţi li se interzicea dreptul la reproducere).

Modelul medical tratează noţiunea de dizabilitate ca anormalitate care împiedică realizarea activităţilor considerate normale pentru o persoană.

Încă de la început, furnizorii de servicii au definit „problema" dizabilităţii ca pe ceva ce aparţine chiar persoanelor afectate. Spre exemplu, funcţia tradiţională a medicinii este aceea de a examina nevoile pacientului, de a prescrie o intervenţie şi de a facilita tratamentul.

Modelul medical vizează revenirea la integralitatea senzorială sau corporală. Solicită pasivitate din partea persoanei cu dizabilitate. Pune accentul pe ceea ce nu poate persoana respectivă şi pe faptul că pe tot parcursul vieţii, dată fiind condiţia medicală, ar fi nevoie de ajutor. În acest mod se întăreşte ciclul prejudiciului şi discriminării.

Înţelegerea unui astfel de concept al dizabilităţii presupune o anumită înţelegere a *normalităţii*. În contextul acestui model, se conturează o relaţie de putere în favoarea specialiştilor şi apelul la teoria tragediei personale. Mesajul subtil al modelului medical ar fi acela că persoanele cu dizabilităţi ar trebui să fie mulţumite şi recunoscătoare pentru tratament şi că dacă apare vreo problemă, aceasta este datorată pacientului care nu a urmat întocmai intervenţia recomandată.

Modelul social[10]

Modelul social aduce o schimbare a concentrării atenţiei de la limitările fizice şi psihice ale unor indivizi, la modul în care mediul fizic şi social impune serii de constrângeri anumitor grupuri sau categorii de persoane. În consecinţă, *ajustarea,* care reprezenta obiectivul esenţial al modelului individual, devine o problemă a societăţii: în ce măsură aceasta este dispusă să-şi ajusteze aşteptările şi modelele de comportament pentru a îndepărta obstacolele cu care se confruntă persoanele cu deficienţe sau dizabilităţi?

Modelul social se focalizează asupra dizabilităţii ca relaţie între persoanele cu deficienţe şi societatea discriminatorie: dizabilitatea este definită ca rezultatul barierelor dizabilitatoare impuse de mediu sau de intervenţiile politicii. Acest model sugerează o strategie de înlăturare a

[10] Formare în domeniul antidiscriminării și al drepturilor persoanelor cu dizabilități http://antidiscriminare.egalitate.md/wp-content/uploads/2016/01/suport_de_curs_Formare-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati.pdf

barierelor, de educaţie, de înlăurare a prejudiciului, având ca obiectiv incluziunea. Din perspectiva acestei abordări, persoanele cu dizabilităţi nu doresc nimic în plus, ci doresc să fie tratate la fel ca persoanele fără dizabilităţi. În plus, adepţii modelului susţin că nu ar exista nici o distincţie între persoanele cu dizabilităţi şi persoaele care au handicap social, cum ar fi cele cu copii dependenţi. Se sugerează că un număr mare de persoane ar putea fi handicapate din cauza barierelor sau prejudiciilor.

Toate persoanele cu dizabilități se confruntă cu experienţa dizabilităţii ca restricţie socială, dacă asemenea restricţii apar drept consecinţe ale inaccesibilităţii mediului construit, noţiunilor discutabile privind inteligenţa şi competenţa lor socială, incapacităţii publicului general privind utilizarea limbajului semnelor, utilizarea alfabetului Braille sau atitudinilor ostile ale celor fără dizabilităţi vizibile.

Conform acestui model, societatea este cea care invalidează persoanele care prezintă diferite deficienţe , prin impunerea unor aşteptări nerealiste faţă de ele. În acest sens, chiar şi diferitele forme de dizabilităţi fizice apar ca tipuri ale unei opresiuni sociale. Spre exemplu, problema locuirii este abordată în mod diferit pornindu-se de la cele două modele: cel individual se concentrează asupra problemelor cu care se confruntă persoanele cu deficienţe cum ar fi dificultăţile de deplasare, de acces în baie, bucătărie, de utilizare a accesoriilor casnice. În esenţă, intervenţiile instituite din perspectiva unei astfel de abordări vizează preponderent limitările funcționale ale persoanelor, limitări care se manifestă în încercările lor de a-şi utiliza propriul mediu. Prin contrast, modelul „social" tratează dizabilitatea ca fiind creată de modul în care a fost proiectată, construită şi dotată locuinţa, fără a se ţine seama de nevoile specifice ale anumitor persoane. Prin urmare, numai lipsa de prevedere a societăţii faţă de respectivele nevoi este cea care determină apariţia dizabilităţilor şi a tuturor manifestărilor asociate. În cazul în care societatea ar fi luat în considerare diferenţele dintre indivizi, variabilitatea nevoilor acestora, dizabilităţile nu ar fi avut condiţii pentru a se manifesta; însă, societatea operează cu referiri la standardele impuse ale „normalităţii", fapt pentru care persoanele cu diferite deficienţe apare ca o formă de „opresiune socială". În aceiaşi termeni se pun problemele transportului, locurilor de muncă, activităţilor recreaţionale, educaţiei, participării la viaţa comunităţii ș.a.

Din perspectiva modelului social, intervenţiile se concentrează asupra mediului, urmărindu-se eliminarea restricţiilor, a barierelor care împiedică participarea persoanelor cu deficienţe la diferitele aspecte ale vieţii sociale.

Critici ale modelului social:

Ignorarea diferenţelor existente între persanele cu dizabilităţi în funcţie de gen, sexualitate, rasă, cultura şi alte distincţii, Spre exemplu, mişcarea feministă a criticat reducerea experienţei femeilor la experienţa celor albe aparţinând clasei medii în societăţile occidentale. Când se vorbeşte de barierele fizice cu care se confruntă se au în vedere acele bariere pe care le întâlnesc bărbaţii albi, occidentali, aflaţi în fotolii rulante. Deşi modelul social pretinde a fi o teorie generală, care se concentrează asupra condiţiilor dizabilitante ale mediului, accentul este pus pe anumite bariere, în special pe cele întâlnite de persoanele cu dificultăţi de mobilitate. Spre exemplu, din perspectiva acestui model, aproape că nu sunt deloc abordate barierele cu care se confruntă persoanele cu tulburări emoţionale, de comunicare sau de învăţare. Chiar în cadrul mişcării în favoarea persoanelor cu dizabilități, există multe organizaţii care pun accentul pe handicapul fizic, delimitându-se astfel de cei cu dificultăţi de învăţare. În acest mod, analiza dizabilităţii reprezintă de fapt o gamă limitată de experienţe;

Modelul mai poate fi criticat pe motivul că adoptă multe dintre valorile societăţii capitaliste, punând pe primul plan munca şi independenţa. Multe programe guvernamentale îşi propun ca obiectiv încadrarea în muncă sau reîncadrarea în muncă a persoanelor cu dizabilități. Totuşi, unele persoane percep astfel de campanii ca pe o ameninţare de retragere a beneficiilor pentru cei care nu se vor încadra în muncă. Astfel legitimitatea retragerii lor de pe piaţa forţei de muncă este pusă în chestiune;

Există critici ale acestui model din perspectiva în care o persoană se identifică a fi cu dizabilitate sau nu. În încercarea de a evita criteriile medicale asociate cu natura deficienţei,

modelul social argumentează că includerea în categoria persoanelor cu dizabilitate trebuie să se realizeze pe baza criteriului unei identităţi pozitive.

Pe plan internaţional, în ultimele decenii, protecţia specială pare să fi fost marcată de un dinamism deosebit. Una dintre cele mai semnificative schimbări în acest domeniu s-a produs prin deplasarea accentului de la modelul individual de abordare al handicapului, la cel social.

Modelul reabilitării[11]

Iniţial, termenul de reabilitare se asocia cu programele compensatorii care ajută oamenii să facă faţă deficienţelor lor, înnăscute sau dobândite. Reabilitarea punea accentul pe restabilirea demnităţii persoanei şi a statutului său legal. Totuşi, în ultima perioadă, reabilitarea a început să se concentreze tot mai mult pe interacţiunile dintre oamenii cu dizabilităţi şi mediul lor, devenind un demers multidisciplinar.

Reabilitarea vizează facilitarea ajustării la dizabilitate şi integrarea în comunitate. Modelul tradiţional al reabilitării este bazat pe o interpretare a îngrijirii ca un demers de „restaurare". În ultimul timp, există preocuparea de delimitare a acestui model faţă de cel medical. Totuşi, interpretarea medicală a dizabilităţii face parte integrantă din reabilitare, cu accent clar pe îngrijirea personală acordată persoanei cu dizabilitate, cu scopul ca aceasta să poată să revină sau să ajungă la un nivel aproximativ normal de funcţionare. Interpretarea „normalului" este legată de aşteptările culturale şi de modul în care erau oamenii înainte de a dobândi dizabilitatea.

Acest model întăreşte credinţa că dizabilităţile sunt determinate de o condiţie de sănătate, cum ar fi o boală, o malformaţie congenitală, o traumă, un accident. În acest mod se tinde să se pună accentul pe teoria tragediei personale.

În astfel de circumstanţe, chiar şi caritatea poate să apară ca o formă de rejecţie. Persoanele cu dizabilităţi nu sunt nişte obiecte care doar merită să primească servicii, ele sunt participante la procesul care le modelează vieţile. Un progres apare atunci când oamenii consideraţi o problemă ajung la puterea care le permite redefinirea acelei probleme.

Modelul bazat pe drepturi

Examinarea drepturilor deplasează discuţia despre dizabilitate spre examinarea tensiunilor între domeniile public şi privat ale oportunităţilor egale.

Acest model a apărut ca o extensie mai politizată a modelului social, încercând să se adreseze unor consideraţii fundamentale ale teoriei oportunităţilor egale:

- toate persoanele au dreptul la autodeterminare;
- condiţiile sociale şi psihologice ale libertăţii fac ca unele persoane şi unele grupuri să se confrunte cu dezavantaje în determinarea viitorului lor;
- tendinţa de reducere a perspectivelor autodeterminării pentru cei dezavantajaţi este datorată unor forţe sociale aflate dincolo de controlul lor;
- există o obligaţie colectivă de a îmbunătăţi perspectivele autodeterminării pentru cei dezavantajaţi.

În ultima perioadă, dezbaterile privind dizabilitatea au luat în considerare drepturile umane. Drepturile umane, la rândul lor, au fost influenţate de creşterea forţei mişcării în favoarea persoanelor cu dizabilităţi şi de dezvoltarea încrederii în propriile lor forţe. O dezbatere despre drepturi extinde dimensiunile dizabilităţii pentru a include obligaţiile civile, politice, economice, culturale şi de mediu. Aceste drepturi au fost stipulate în diferite documente internaţionale.

Modelul bazat pe drepturi extinde modelul social al dizabilităţii prin deplasarea accentului de la schimbarea la nivelul indivizilor la cerinţele schimbărilor la nivelul structurii societăţii:

- se recunoaşte existenţa unei discriminări structurale faţă de persoanele cu dizabilităţi în societate;

[11] Formare în domeniul antidiscriminării și al drepturilor persoanelor cu dizabilități http://antidiscriminare.egalitate.md/wp-content/uploads/2016/01/suport_de_curs_Formare-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati.pdf

- se pune accentul pe forţa colectivă a oamenilor;
- agenda este determinată de persoanele cu dizabilităţii şi de aliaţii lor;
- se recunoaşte că legislaţia constituie baza pentru stabilirea vizibilităţii drepturilor asigurate în mod democratic pentru persoanele cu dizabilităţi;
- se stabilesc sancţiuni pentru orice fel de act de discriminare faţă de persoanele cu dizabilităţi.

4. Concepte şi principii care fundamentează protecţia persoanelor cu dizabilităţi

Gama prestaţiilor oferite persoanelor cu dizabilităţi se află în strânsă interdependenţă cu definiţiile adoptate şi cu principiile care fundamentează protecţia specială.

Multă vreme, persoanele cu dizabilităţi au primit îngrijiri în cadrul familiei sau comunităţii, fără a li se nega apartenenţa la colectivitate. Reacţiile sociale faţă de asemenea persoane (îndeosebi cele de tipul caritătii, al filantropiei) erau fundate mai mult pe principiile religioase şi morale; însă, odată cu apariţia capitalismului, această categorie de persoane devine beneficiara unei atenţii „speciale", în contextul noii raţionalităţii care avea tendinţa de a se imprima la nivelul tuturor sferelor vieţii umane.

Pentru a înţelege corespunzător semnificaţia prestaţiilor instituite în favoarea persoanelor cu dizabilităţi, este necesar un demers retrospectiv asupra statusului lor social, asupra locului şi poziţiei lor în structura socială.

Apariţia şi dezvoltarea categoriei de „dizabilitate" pot fi asociate cu asistenţa săracilor. Spre exemplu, În Anglia secolului al XI-lea, s-au intensificat preocupările pentru combaterea vagabondajului, perceput ca o problemă socială majoră. Vagabondajul şi infirmitatea reprezentau roluri sociale care puteau fi asumate în mod legitim sau ilegitim; infirmul îşi asuma rolul respectiv în mod involuntar, forţat de circumstanţe, ceea ce îi conferea un caracter de legitimitate, în timp ce vagabondul îşi asuma rolul în mod ilegitim, proscris. De aici, reacţii diferite ale colectivităţii: de caritate faţă de infirm şi de incriminare a personalităţii vagabondului. Cu toate acestea, distincţia între boala adevărată şi simularea acesteia nu era întotdeauna uşor de realizat. S-a constatat că, destul de frecvent, se recurgea la simularea bolii ori a invalidităţii în scopul legitimării statusului, a acelei poziţii sociale care să aducă beneficii. În acest mod s-a tins spre cristalizarea unei asocieri între dizabilitate şi impostură, ceea ce reprezenta o ameninţare profundă a vieţii sociale: exista posibilitatea ca oamenii obişnuiţi să nu poată cunoaşte adevărul, să nu îşi dea seama dacă cineva era într-adevăr persoană cu dizabilitate ori simulant.

Beneficiile instituite în favoarea persoanelor cu dizabilităţi depind de reacţiile sociale faţă de acest fenomen. Dacă la apariţia sistemelor de securitate socială accentul era iniţial pus pe acoperirea riscului de invaliditate (prin alocaţii, pensii), ulterior atenţia s-a îndreptat spre readaptarea profesională şi spre integrarea socială.

În afara caritătii şi îngrijirii în familie, care pot fi identificate în aproape toate societăţile, răspunsurile şi aranjamentele societale (mai mult sau mai puţin sistematice) faţă de problematica persoanelor cu dizabilităţi înregistrează o mare variabilitate. Fiecare dintre ele se bazează pe anumite principii, care le sugerează avantajele. Însă, o analiză atentă a evoluţiei poate pune în evidenţă modul în care s-a produs negarea vechilor opţiuni şi adoptarea altora, până atunci ignorate sau chiar respinse.

Principalele opţiuni referitoare la îngrijirea persoanelor cu dizabilităţi vizează instituţionalizarea, dezinstituţionalizarea, non-instituţionalizarea, normalizarea, reabilitarea bazată pe comunitate şi îngrijirea în comunitate.

Instituţionalizarea

Pe măsura afirmării capitalismului s-a accentuat separarea producţiei şi consumului, generalizându-se acţiunea principiilor standardizării, specializării, concentrării, maximizării; influenţa acestor principii poate fi identificată şi la nivelul prestaţiilor instituite în favoarea persoanelor cu dizabilităţi.

Întrucât aceste persoane erau percepute a fi diferite, cu potenţial limitat faţă de medie, se considera în mod firesc necesitatea unor facilităţi „speciale”, menite să le reducă dezavantajele: educaţie „specială”, locuri de muncă „speciale” şi alte asemenea prestaţii de factură „specială”. În consecinţă, forma cea mai adecvată de răspuns la problematica persoanelor cu dizabilităţi părea a fi *instituţia.* La rândul său, instituţia a înregistrat o tendinţă de „specializare” în raport cu dimensiunile „protejate” ale vieţii (îngrijirea sănătăţii, educaţia, munca, locuirea) şi cu diferitele tipuri de beneficiari (în funcţie de vârstă, de categoriile şi severitatea deficienţelor etc.).

Există mai multe accepţiuni ale instituţiei; definiţia care întruneşte un grad ridicat de consens a fost propusă de Wolfensberger în anul 1972: „termenul de instituţie se referă la un loc de rezidenţă, alta decât cea de tip individual, unde persoanele sunt reunite în numere în mod distinct mai mari decât ar putea fi întâlnite într-o familie lărgită; acolo persoanele sunt înalt înregimentate; mediul fizic şi cel social tind spre cel mai mic numitor comun; toate, sau cea mai mare partea a tranzacţiilor vieţii zilnice se realizează sub acelaşi acoperiş, într-un campus segregat ori într-o modalitate segregată”.

Până la nivelul anilor 1960, existau mai multe *argumente* pe baza cărora se sugera că instituţionalizarea persoanelor cu dizabilităţi părea a fi modalitatea cea mai adecvată de îngrijire:

- prin caracterul său „special”, instituţia întruneşte condiţiile propice satisfacerii nevoilor educării, îngrijirii sănătăţii, realizării unor activităţi productive etc.;
- instituţia dispune de un mediu adecvat, de echipament adaptat nevoilor speciale ale celor internaţi; capitalul investit în instalaţii, în asigurarea unor facilităţi este în măsură să asigure atingerea anumitor standarde;
- lipsa unor dovezi incontestabile care să demonstreze superioritatea plasamentului în comunitate, comparativ cu cel instituţional;
- lipsa demonstrării clare că abordările bazate pe implicarea comunităţii în asigurarea serviciilor de suport ar fi mai puţin costisitoare decât îngrijirea în instituţiile speciale;
- absenţa unor servicii la nivelul comunităţii, de tipul centrelor de zi, care să asigure plasamentul în vederea reabilitării, pe parcursul zilei;
- accesul fără dificultate al instituţiilor la sursele de finanţare;
- dificultăţile pe care le întâmpină persoanele cu dizabilităţi în accesul la serviciile de sănătate şi la serviciile sociale existente la nivelul comunităţii;
- dificultăţile privind administrarea şi monitorizarea serviciilor descentralizate;
- dificultăţile legate de recrutarea şi menţinerea personalului calificat, la nivelul serviciilor din comunitate;
- opoziţia rudelor persoanelor cu dizabilităţi faţă de perspectiva trecerii de la îngrijirea acestora în instituţii, la îngrijirea în comunitate;
- gradul redus de acceptare a persoanelor cu dizabilități la nivelul comunităţii;
- instituţia permite dezvoltarea unor proceduri standard de educare, de reabilitare, ca şi specializarea personalului, ceea ce ar permite raţionalizarea şi creşterea eficienţei acestor procese.

În aceste condiţii a apărut o anumită competiţie între familie şi instituţia specială, câştigată de aceasta din urmă, care ţinea de esenţa noilor realităţi sociale şi economice.

Pe măsura trecerii timpului, a devenit tot mai evident că există şi o serie de *limite* ale opţiunii instituţionalizării persoanelor cu dizabilități:

- fiind „speciale”, instituţiile sunt segregative, creează un mediu artificial, mult diferit de cel existent în comunitate, care nu face decât să întreţină şi să întărească dependenţa persoanelor cu dizabilităţi. În acest sens, cei internaţi sunt expuşi unui risc considerabil de a se înscrie pe traiectoria unor „cariere de persoane asistate” pe toată durata vieţii, fiind lipsiţi de şansele autodeterminării şi asumării de responsabilități;
- fiind de regulă de mari dimensiuni, în mod inevitabil, instituţiile îşi asumă caracteristicile de „instituţii totale”; ele rup barierele care separă principalele sfere ale vieţii (odihna, recreerea, munca), în sensul că fiecare activitate se desfăşoară în mod planificat, în acelaşi loc, în compania

imediată a celorlalţi şi sub supravegherea personalului, iar planurile tuturor activităţilor sunt elaborate în vederea satisfacerii obiectivelor oficiale ale instituţiei; astfel, instituţia specială, în sine, tinde să devină mai importantă decât cei pentru care a fost creată;

- la nivelul instituţiei se dezvoltă anumite interese de grup ale personalului, care este îndeosebi preocupat de menţinerea stării de lipsă a autonomiei celor internaţi, pentru a se putea demonstra cât de severe sunt condiţiile de muncă, în vederea obţinerii unor beneficii (sporuri salariale etc.);
- organizarea de tip birocratic existentă la nivelul instituţiei face dificilă elaborarea unor planuri individualizate de îngrijire; în consecinţă, condiţiile reale în care se acordă diferitele tipuri de îngrijire sunt depersonalizatoare;
- instituţia contribuie substanțial la manifestarea etichetării, stigmatizării şi discriminării celor internaţi;
- instituţia este tentată să descurajeze legăturile celor internaţi cu familiile din care provin, percepute drept concurente privind tutela.

Dezinstituţionalizarea

Această opţiune s-a conturat după anii 1970, deşi termenul prezintă o anumită ambiguitate. În esenţă, procesul astfel desemnat vizează reducerea numărului celor îngrijiţi în instituţii de tip rezidenţial, însă înglobează şi alte aspecte legate de o serie de procese sociale, administrative, fiscale, de redistribuire a resurselor umane şi financiare în raport cu alte opţiuni.

În principal, dezinstituţionalizarea vizează două aspecte:

- transferul persoanelor cu dizabilități instituţionalizate din unităţile relativ mari, spre altele de talie mai redusă;
- evitarea plasamentului iniţial al persoanelor cu dizabilităţi în unităţi de mari dimensiuni, preferându-se cele de dimensiuni mai reduse, ori chiar renunţarea la măsura îngrijirii pe termen lung.

O altă conotaţie a acestui termen se referă la remodelarea cadrului fizic al instituţiilor prin încercarea de îmbunătăţire a calităţii programelor rezidenţiale şi de reabilitare.

Avantajul acestei opţiuni ţine de faptul că se asociază cu o largă acceptare socială, cu un important suport social şi politic, în timp ce limitele sale sunt legate de ambiguitatea conceptului, de dificultatea realizării unei reţele de servicii care să preia responsabilitatea îngrijirii, de rezistenţa personalului din instituţii şi de caracterul birocratic al procesului.

În ultimă instanţă, conceptul pune accentul mai mult pe tendinţă şi mai puţin pe ceea ce se va întâmpla cu persoanele cu dizabilități vizate.

Non-instituţionalizarea

Dacă dezinstituţionalizarea semnifică îndeosebi un proces de depopulare graduală a instituţiei pe măsura investiţiilor continue în încercarea de îmbunătăţire a funcţiilor lor de rezidenţă şi de reabilitare, non-instituţionalizarea reflectă angajarea totală, fără compromisuri a eforturilor sistematice şi ireversibile pe linia descurajării plasamentului instituţional, ori de câte ori este posibil. Cei care susţin această opţiune aduc drept argumente efectele comportamentale negative induse de instituţionalizare, efecte demonstrate de numeroase studii ale căror rezultate au fost făcute publice încă din anii 1970.

Acumularea de informaţii a condus la consensul că forma cea mai adecvată de îngrijire a persoanelor cu dizabilități, indiferent de tipul şi severitatea acestuia, circumscrie programele bazate pe comunitate, care asigură învăţarea şi exersarea modelelor obişnuite de viaţă, implicarea în activităţile sociale, economice, sau, altfel spus, participarea la viaţa comunităţii. Totodată, astfel de programe cresc disponibilitatea serviciilor comunităţii, care sunt utilizate de toţi membrii acesteia.

Avantajele caracteristice acestei opţiuni vizează atât necesitatea evitării efectelor negative ale instituţionalizării (etichetare, stigmatizare, excludere socială), cât şi implicarea comunităţii în procesul de îngrijire.

Printre limitele specifice acestei opţiuni figurează un anumit grad de ambiguitate privind formele de prestaţii, modul lor de asigurare şi rezistenţa rudelor persoanelor cu dizabilități, care percep pierderea securităţii îngrijirii, securitate care pare a fi conferită de instituţia specială.

Normalizarea

De la utilizarea termenului de normalizare pentru prima dată, la sfârşitul anilor 1950, acesta a primit diferite accepţiuni, a căror importanţă este nu numai de ordin teoretic, ci şi practic, prin influenţa exercitată în mod direct atât asupra serviciilor de suport, cât şi asupra tuturor reacţiilor societății faţă de realitatea handicapului.

Desemnând un principiu cultural şi moral general, conceptul „normalizării" a apărut iniţial în Scandinavia, după care a exercitat o influenţă incomensurabilă asupra serviciilor oferite persoanelor cu dizabilități. Acest principiu a fost imprimat progresiv în perspectivă programatică şi de reabilitare a serviciilor sociale. Cu toate acestea, conceptul nu este interpretat în acelaşi mod de toţi cei care îl utilizează. De pildă, unii apreciază că serviciile ar trebui să fie furnizate într-o manieră care să permită persoanei cu dizabilități să devină cât mai normală, în timp ce alţii consideră că furnizorii de servicii ar trebui să ignore anormalitatea persoanelor cu dizabilități.

Prima formulare a conceptului este semnalată în Danemarca, unde, în anul 1959 s-a adoptat Legea privind retardul mintal, în care obiectivul serviciilor speciale era definit astfel: „ de a crea persoanelor cu retard mintal, o existenţă cât mai apropiată posibil de condiţiile de viaţă obişnuite". La vremea respectivă, accentul era pus pe cerinţa ca serviciile de suport să încerce să maximizeze calitatea vieţii beneficierilor (adică a persoanelor cu retard mintal), prin reproducerea stilurilor de viaţă ale cetăţenilor „normali".

Obiectivul fundamental al primei definiţii a „normalizării" era acela ca persoanele cu dificultăţi de învăţare să poată beneficia de drepturi similare şi de o calitate a vieţii similară cu persoanele obişnuite, considerate „normale". Se remarcă faptul că, în acele condiţii, problema diferenţei, a separării persoanelor cu dizabilităţi faţă de restul societăţii era considerată ca „dată", aplicându-se sintagma „egal, dar separat", iar egalitatea nu presupunea integrarea.

Ulterior, conceptul a fost dezvoltat în ţările nord-americane; astfel, Wolfensberger, într-o primă definiţie, considera normalizarea drept „utilizarea mijloacelor cât mai normative din punct de vedere cultural, în scopul punerii bazelor şi /sau statornicirii comportamentelor şi caracteristicilor personale care sunt cât mai normative din punct de vedere cultural". Se remarcă faptul că specificitatea culturală îşi pune amprenta asupra principiului normalizării, întrucât culturile diferă, variază sub aspectul normelor. De aici rezultă necesitatea unor servicii umane specifice, adecvate; managementul uman trebuie să fie tipic propriei culturi, urmărind ca o persoană deviantă sau potenţial deviantă să devină aptă să se comporte adecvat şi să aibă înfăţişarea potrivită în cadrul acelei culturi, comparativ cu alte persoane având caracteristici similare (cum ar fi vârsta, genul).

Forma iniţială a definiţiei elaborate de Wolfensberger a suferit două modificări ulterioare:

- în primul rând, prin creşterea accentului pus pe importanţa modului în care persoanele dezavantajate sunt percepute sau descrise de public. În decursul timpului, persoanele cu dizabilități au fost percepute ca deviante şi le-au fost atribuite roluri devalorizate: „organism subuman", „ameninţare", „obiect al temerii", „organism bolnav", „ţintă a batjocurii", „ţintă a milei", „copil etern", „sacru inocent". Aceste roluri au ajuns să exercite o mare influenţă chiar şi asupra politicilor sociale;
- în al doilea rând, prin reformularea obiectivelor normalizării, trecând de la „practicile normative din punct de vedere cultural", la „rolurile sociale valorizate". În acest sens, aplicare a principiului normalizării devine un proces explicit de „valorizare a rolului social", având ca obiectiv „crearea, sprijinul şi protecţia rolurilor valorizate social, în cazul persoanelor expuse riscului de devalorizare".

Cele mai numeroase interpretări înglobează referiri nemijlocite la o valoare umană şi societală, aceea că „tratamentul" aplicat persoanelor cu dizabilități trebuie să se desfăşoare în

cadrul unui context mai larg al recunoaşterii dreptului acestora de a fi tratate ca individualităţi , pe de o parte, şi a apartenenţei lor la comunitatea şi cultura în care s-au născut, pe de altă parte.

În esenţa sa, normalizarea nu se focalizează pe serviciile furnizate sau pe programele de reabilitare, deşi scopul acestora derivă din concept. Mai degrabă, principiul descrie obiectivele, standardele de tratament şi procesul integrării unei categorii sociale care a fost devalorizată de-a lungul timpului. Prin aceasta, se formulează puncte clare de reper în funcţie de care poate fi estimată, la nivelul individului, calitatea serviciilor furnizate: dacă tratamentul permite acceptarea individului ca membru al culturii şi comunităţii, dacă îi asigură oportunitatea modelelor de comportament şi a experienţelor de viaţă posibile în raport cu deficienţa. Astfel, normalizarea oferă un ghid pentru practicile profesionale, pe care le plasează într-un raport de antagonism faţă de cele segregative, propunând o reconstrucţie graduală a sistemelor de îngrijire pe termen lung.

Alternativa cât mai puţin restrictivă

Dacă normalizarea are accepţiunea unui principiu general, unii autori (în special cei nord-americani) au încercat să-l operaţionalizeze prin conceptul de *alternativă cât mai puţin restrictivă* („least restrictive alternative"), care, la rândul său, prezintă mai multe accepţiuni, în funcţie de diferite perspective:

- în sens filosofic, poate fi luat drept indicatorul semantic (în raport cu un anumit număr de obiective ale serviciilor de suport, rezidenţiale şi de reabilitare) al nivelului maxim al integrării sociale promovate;
- din perspectiva reabilitării, conceptul reflectă măsura în care se încearcă asigurarea formării în condiţii optime, în vederea achiziţionării, menţinerii şi generalizării deprinderilor specifice ale vieţii cotidiene, ca părţi ale repertoriului de comportamente aşteptate de la membrii unei culturi;
- în sens juridic, termenul semnifică recunoaşterea faptului că persoanele cu dizabilităţi se bucură de aceleaşi drepturi la fel ca toţi cetăţenii, neputând fi lipsite de libertate mai mult decât este necesar în raport cu asigurarea unor programe eficiente de reabilitare;
- ca principiu al tratamentului, conceptul se bazează pe înţelegerea faptului că diferitele forme de plasament creează diferite tipuri de restricţii unui individ şi că libertatea faţă de ele presupune ca fiecare măsură de plasament să reflecte nivelul adecvat de libertate/restricţie, în acord cu nevoile de protecţie şi de reabilitare ale individului.

Doctrina alternativei cât mai puţin restrictive recunoaşte că unele forme de tratament nu permit să se desfăşoare un proces eficient de reabilitare.

Îngrijirea în comunitate

Această opţiune are sensul asigurării sprijinului şi serviciilor de care au nevoie persoanele afectate de diferite probleme (îmbătrânire, boli mintale, deficienţe fizice, senzoriale) pentru a deveni apte să trăiască într-un mod cât mai independent posibil în propriile locuinţe, ori în mediul „obişnuit „ al comunităţii.

Termenul „comunitate" se referă nu numai la grupurile umane care împărtăşesc o identitate comună, ci, într-un sens mai larg, la orice tip de rezidenţă, de colectivitate unde oamenii locuiesc împreună cu familia sau cu prietenii. Astfel, o comunitate constă într-un ansamblu de persoane aflate în interacţiune socială în interiorul unei zone geografice, având una sau mai multe legături comune adiţionale.

În esenţă, opţiunea „îngrijire în comunitate" pune accentul pe o serie de schimbări care vizează:

- să determine ca persoanele respective să ducă o viaţă cât mai normală posibil în propriile lor locuinţe, ori în mediul obişnuit al comunităţii;
- să ofere tipurile adecvate de suport care să ajute persoanele să atingă maximum posibil de independenţă şi, prin achiziţionarea ori prin redobândirea deprinderilor esenţiale de viaţă, să-şi realizeze pe deplin propriul lor potenţial;

- să ofere mai multe informaţii individului privind viaţa şi serviciile de care are nevoie pentru a putea trăi cât mai independent.

Îngrijirea în comunitate antrenează restructurări esenţiale la nivelul serviciilor de sprijin, care trebuie să satisfacă noi standarde, în raport cu noile orientări, cum ar fi:

- flexibilitatea şi sensibilitatea în raport cu nevoile persoanelor beneficiare şi ale celor care le îngrijesc;
- formularea unei game de opţiuni pentru beneficiari;
- asigurarea intervenţiilor strict necesare, în vederea dezvoltării independenţei beneficiarilor;
- concentrarea asupra celor cu nevoile cele mai mari.

În mod similar cu celelalte opţiuni, îngrijirea în comunitate prezintă o serie de avantaje şi limite; printre *avantaje* ar putea fi semnalate următoarele:

- promovarea alegerilor şi a independenţei persoanelor îngrijite, într-un mediu de viaţă cât mai apropiat de cel al celorlalţi membri ai comunităţii;
- tendinţa de individualizare a serviciilor furnizate persoanelor cu dizabilităţi, în raport cu nevoile lor speciale;
- implicarea întregii comunităţi în procesul de îngrijire, ceea ce determină o mai bună acceptare a persoanelor cu dizabilități, evitându-se etichetarea şi stigmatizarea;
- promovarea activităţilor unor echipe complexe, interdisciplinare, care orientează şi acordă suport pe parcursul procesului de îngrijire.

Deşi această abordare este de cea mai mare actualitate, ea nu este lipsită de anumite *limite*: dificultăţi în structurarea reţelelor de servicii, competiţia dintre specialişti, caracterul birocratic al activităţii serviciilor complexe şi, nu în ultimul rând, o anumită rezistenţă a comunităţii (de pildă, se poate manifesta protestul locuitorilor dintr-o anumită zonă faţă de proiectele de amplasare a unor locuinţe colective sau individuale destinate persoanelor cu dizabilități, pe motivul că din această cauză, preţul locuinţelor din acea zonă ar putea scădea în mod semnificativ).

Reabilitarea bazată pe comunitate

Acest concept a apărut în contextul încercărilor de dezinstituţionalizare, de scoatere de sub controlul exclusiv al specialiştilor a procesului de reabilitare.

Acest model are ca principal obiectiv promovarea conştientizării şi responsabilităţii privind reabilitarea la nivelul comunităţilor locale, având ca ţintă stimularea întrajutorării. Există aşteptări ca persoanele cu dizabilităţi, familiile lor şi toţi membrii comunităţii să se implice în căutarea propriilor lor soluţii comune.

Premisa reabilitării bazate pe comunitate este surprinzător de simplă: un supervizor local este desemnat de comunitate şi beneficiază de un anumit training. Apoi acesta asigură trainingul pentru familia restrânsă ori extinsă a persoanei cu dizabilitate, urmărind şi obţinerea sprijinului comunităţii. Există două ipoteze pe care se fundează acest model:

- că resursa cea mai importantă pentru acordarea de ajutor persoanei cu dizabilitate este constituită de propria sa familie;
- că pentru dezvoltarea suportului este posibilă şi necesară mobilizarea comunităţii din care face parte acea familie.

Rolul familiei este fundamental pentru dezvoltarea relaţiilor în toate societăţile. Totuşi legătura familiei cu reabilitarea persoanelor cu dizabilități este mult mai problematică. Deşi familia a fost mereu una din principalele surse de ajutor şi de sprijin al învăţării pentru un copil cu dizabilitate, calitatea acestora variază mult şi nu poate fi întotdeuna garantată. De exemplu, pot interveni factori emoţionali sau practici care ar putea împiedica familia să acorde sprijinul în anumite circumstanţe. S-ar putea să nu existe suficient timp sau bani ca familia să asigure reabilitarea adecvată, sistematică unei persoane. La nivel emoţional, funcţia de părinte este diferită de rolul realizat de un terapeut specializat sau de un consilier. Relaţia dintre părinte şi

copil este marcată de o serie de emoţii care nu se manifestă în relaţia dintre copil şi specialist. Naşterea unui copil cu deficienţă se asociază adesea cu un sentiment de vină a părinţilor, care îi determină să devină supra-protectivi.

O altă dificultate poate să apară în privinţa implicării comunităţii. Orice comunitate se transformă şi este nevoie de luat în considerare specificul local. Nu este posibil ca toţi membrii săi să fie întotdeauna pregătiţi să colaboreze armonios. Familiile, vecinii, personalul medical, asistenţii sociali, autorităţile locale, angajatorii au roluri de jucat în încercarea de satisfacere a nevoilor persoanelor cu dizabilităţi.

Acest model are ca efect dezvoltarea resurselor la nivelul comunităţii. Există trei niveluri ale suportului asigurat din perspectiva acestui model:

- suport pentru persoana cu dizabilitate şi pentru familia sa. Un supervizor local este recrutat şi format în domeniul aplicării tehnicilor de reabilitare. Acest supervizor identifică persoana cu dizabilitate, îi apreciază severitatea condiţiei şi asigură instruirea unui membru al familiei pentru a putea desfăşura activităţile de reabilitare;
- un al doilea nivel implică personalul existent în serviciile de sănătate, care are un nivel mai ridicat de competenţă şi resurse mai sofisticate descoperite la nivelul comunităţii. Aceste servicii nu sunt specifice persoanelor cu dizabilităţi, dar personalul poate beneficia de training în ce priveşte prevenirea dizabilităţii şi reabilitarea;
- un nivel al serviciului specializat local, care să acopere domeniile medical, vocaţional, si educaţiei speciale, al serviciilor sociale.

Este evident că acest model presupune un nivel considerabil al coordonării diferitelor categorii de servicii.

Uneori, supervizorii locali ajung să fie nemulţumiţi de faptul că munca lor devine copleşitoare; alteori, din cauza prejudiciului de care suferă persoanele cu dizabilități, supervizorii ezită să se implice în asigurarea serviciilor de reabilitare.

O altă critică se referă la faptul că părinţii devin înalt dependenţi de supervizorul local în ce priveşte acordarea de sfaturi, fapt care îi împiedică să utilizeze în mod creativ propriile lor resurse pentru crearea de alternative. În plus, responsabilitatea pentru îngrijirea persoanei cu dizabilitate cade în sarcina familiei restrânse sau lărgite.

Relaţia dintre dizabilitate şi excluziune socială

Nici un alt concept nu se corelează atât de strâns cu cel de excluziune socială cum este cazul celui de „dizabilitate/handicap”. Noţiunea de dizabilitate descrie rolul social atribuit persoanei cu deficienţă sau dizabilitate/handicap, prin care este plasată ca dezavantajată comparativ cu persoanele obişnuite.

Excluziunea socială a persoanelor cu dizabilități nu înseamnă doar un nivel redus al resurselor materiale, ci mai ales dificultăţile sau imposibilitatea lor de a participa în mod efectiv la viaţa economică, socială, politică şi culturală; în anumite privinţe, mai înseamnă alienare şi distanţare faţă de societatea obişnuită. Excluderea socială este definită în termenii lipsei de acces sau a accesului limitat la drepturile civile, politice, sociale, economice şi culturale, reflectând într-o anumită privinţă standardele de viaţă şi oportunităţile.

O dezbatere referitoare la excluziunea persoanelor cu dizabilități trebuie să ia în considerare două domenii esenţiale, strâns legate între ele - educaţia şi munca -, întrucât, în principal, handicapul are semnificaţia excluderii şi marginalizării în raport cu sistemul de educaţie şi cu piaţa forţei de muncă.

Educaţia persoanelor cu dizabilități s-a realizat o lungă perioadă de timp cu precădere în forme segregate, ca educaţie specială, separată de cea obişnuită. Se considera că numai în unităţile de educaţie specială pot fi create condiţiile propice (din punct de vedere material, al pregătirii personalului, al dezvoltării unor proceduri şi standarde specifice) în vederea satisfacerii cerinţelor educative speciale ale copiilor cu diferite tipuri de deficienţe.

În ultimele decenii, s-a demonstrat că opţiunea includerii şi integrării copiilor cu deficienţe în învăţământul obişnuit prezintă multiple avantaje pentru atingerea obiectivului egalizării şanselor.

Dizabilitatea este unul din mijloacele semnificative de diferenţiere socială în societăţile moderne. Modul în care o societate exclude anumite grupuri sau indivizi implică procese de încadrare în categorii, punându-se accentul pe apariţia şi legitimarea unor incapacităţi, pe aspectele inferioare şi inacceptabile ale unei persoane.

A fi persoană cu dizabilități echivalează cu experienţa discriminării, vulnerabilităţii şi abuzurilor asupra identităţii şi stimei de sine.

Handicapul afectează în mod deosebit familia întrucât presupune o reajustare şi o redistribuire a rolurilor familiale. De regulă, femeia îşi asumă responsabilitatea acordării îngrijirii copilului sau adultului cu dizabilități grav. În acest mod, chiar şi nivelul veniturilor este afectat pe durata acordării îngrijirii şi pe termen lung (în cazul în care persoana care a acordat îngrijirea personală va beneficia de pensie, nivelul acesteia va fi redus).

Dizabilitatea apare ca o formă de opresiune, datorită restricţiilor sociale pe care le implică.

A fi persoană cu dizabilitate înseamnă a fi discriminat. Implică restricţii şi izolare socială. Nivelul stimei şi statusului social derivă din poziţia în relaţia cu condiţiile sociale mai largi şi din relaţia cu o anumită societate.

Dizabilitatea apare ca o problemă de drepturi umane. Implică lupta pentru alegere, justiţie socială şi participare. De cele mai multe ori, persoanelor cu dizabilități le revin locuri de muncă necalificate, prost plătite, care aduc venituri de nivel redus.

Un studiu efectuat în ţările Uniunii Europene în anul 2001 atestă situaţia încadrării în muncă a persoanelor cu dizabilităţi: aceste persoane au o rată de participare mai redusă şi o rată a şomajului mai mare comparativ cu ceilalţi, lucrează mai puţine ore şi au un câştig salarial mai redus. Există şi diferenţe ale caracteristicilor socio-demografice: persoanele cu dizabilităţi sunt mai în vârstă şi au un nivel mai scăzut de educaţie, de unde o poziţie defavorizată pe piaţa forţei de muncă. Chiar şi atunci când o persoană cu dizabilitate este încadrată în muncă, probabilitatea sa de a deveni şomeră este mai mare decât cea a unei persoane valide.

Există anumite rutine referitoare la diferite aspecte ale vieţii de adult. Una dintre acestea este cea referitoare la muncă. Aceasta devine definitorie pentru statusul social. Spre exemplu, dacă cineva spune „Sunt mecanic", o poate face cu mândrie în timp ce o altă persoană care spune „Sunt beneficiar al venitului minim garantat" sau „Sunt persoană cu dizabilități" sugerează că se află în situaţia de excluziune socială. Este evident că există multiple avantaje ale unui loc de muncă, printre care figurează următoarele:

- un loc de muncă asigură independenţă economică şi un standard de trai mai ridicat;
- un loc de muncă permite consolidarea oamenilor, dându-le posibilitatea să-şi atingă aspiraţiile mai degrabă decât să trăiască aşa cum hotărăsc alţii;
- un loc de muncă asigură un status care influenţează pozitiv atitudinile faţă de persoanele cu dizabilităţi şi vizibilitatea lor publică;
- locurile de muncă integrate în unităţi obişnuite oferă şanse pentru interacţiuni sociale;
- locul de muncă este unul din modurile în care majoritatea oamenilor continuă să înveţe şi să-şi dezvolte deprinderile, competenţele şi abilităţile intelectuale;
- munca asigură o rutină şi o structură vieţii. Succesul şi satisfacţia în muncă oferă oamenilor un sens de împlinire, încredere şi demnitate;
- dezvoltarea oportunităţilor de încadrare în muncă prezintă avantaje din perspectiva costurilor şi beneficiilor, întrucât permite oamenilor să se întreţină singuri, evitând să rămână dependenţi toată viaţa de serviciile de suport.

Cu toate acestea, rămân încă multe bariere care împiedică încadrarea în muncă a persoanelor cu dizabilităţi, cum ar fi: şomajul structural; solicitarea unui nivel ridicat de calificare; caracteristicile economiei locale; atitudinile angajatorilor faţă de persoanele cu dizabilități.

Beneficii categoriale şi/sau servicii sociale

Cu toate acestea, conceptul de handicap apare ca un termen umbrelă utilizat pentru a acoperi o mare varietate de condiţii fizice şi circumstanţe sociale în care anumite persoane se confruntă cu dificultăţi sau probleme privind asigurarea participării prin propriile lor forţe la activităţile sociale. De aici apare discutabil faptul că se operează cu prestaţii categoriale, generale, stabilite în funcţie de severitatea evaluată a handicapului. Aşa se întâmplă că multe dintre beneficiile acordate au o relevanţă redusă sau chiar sunt lipsite de relevanţă în raport cu nevoile resimţite ale persoanelor cu dizabilități.

Una dintre problemele serioase ţine de faptul că, deşi în lege se menţionează că o dată cu eliberarea certificatelor de încadrare în grade de handicap, comisiile de expertiză medicală (pentru adulţi) şi comisiile de protecţia copilului au obligaţia să elaboreze un program individual de recuperare, readaptare şi integrare socială, care să prevadă acţiunile medicale, educative, profesionale şi sociale necesare pentru recuperarea, readaptarea, instruirea şi integrarea sau reintegrarea socială a persoanei cu dizabilități, deseori acest document are un caracter formal, sumar.

Proiectarea şi furnizarea de servicii care să satisfacă *orice* tip de nevoie a persoanelor cu dizabilități nu sunt nici practic, nici economic fezabile. Singura opţiune viabilă rămâne aceea de a acorda prestaţii compensatorii sub formă financiară, lăsând la latitudinea persoanelor cu dizabilități să-şi procure cele necesare. În acest caz, sunt necesare criterii clare al eligibilităţii.

Ca majoritatea schimbărilor politicilor publice, creşterea furnizării beneficiilor cash persoanelor cu dizabilități poate avea consecinţe neintenţionate:

- alocaţia specială de asigurare a venitului poate confirma un status de dependenţă, de persoană devalorizată;
- compensarea poate intensifica izolarea, retragerea din interacţiunile cu ceilalţi (cum ar fi relaţiile cu colegii de muncă), ducând la o existenţă izolată, stigmatizată;

Pentru a evita astfel de consecinţe, alocaţiile trebuie asociate cu o legislaţie adecvată şi cu servicii care să permită celor cu dizabilități să participe la viaţa obişnuită a societăţii.

Interviurile realizate cu cei care necesită asistenţă în activităţile zilnice au scos în evidenţă lipsă de speranţă şi neajutorare când aceştia încearcă să aibă acces la serviciile furnizate de stat. Acestea, adesea serviciile nu sunt capabile să răspundă nevoilor specifice sau în schimbare ale persoanelor cu dizabilități. În mod frecvent se ajunge la o noţiune (concepţie) custodială privind îngrijirea.

Se mai poate constata o implicare redusă ori chiar inexistentă în ce priveşte pregătirea planurilor de îngrijire în comunitate. Există relaţii inegale de putere între cei care controlează furnizarea de servicii şi persoanele cu dizabilități pentru care acele servicii sunt esenţiale pentru menţinerea independenţei lor personale.

Sistemul de protecţie specială s-a aflat într-un proces de căutare a formelor de organizare. Principiul descentralizării – în condiţiile în care serviciile de suport sunt cvasi-absente la nivel local. Deşi există numeroase proiecte cu caracter novator, ele sunt încă puţin cunoscute.

5. Repere privind dizabilitatea în Uniunea Europeană[12]

Peste un miliard de persoane din lume trăiesc cu o formă de dizabilitate, dintre care, aproape 200 de milioane se confruntă cu mari dificultăți de funcționare așa - zis normală din punct de vedere somatic, după standardele Organizației Mondiale a Sănătății.

În Uniunea Europeană (UE), o persoană din șase are o dizabilitate, de la o formă ușoară până la o formă gravă, iar în total, aproximativ 80 de milioane de persoane, deseori, nu pot să participe din plin la viața socială și economică din cauza barierelor fizice și comportamentale.

[12] Formare în domeniul antidiscriminării și al drepturilor persoanelor cu dizabilități
http://antidiscriminare.egalitate.md/wp-content/uploads/2016/01/suport_de_curs_Formare-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati.pdf

Nivelul de sărăcie a persoanelor cu dizabilități este cu 70% superior mediei înregistrate, fapt care, parțial se datorează accesului lor limitat la ocuparea forței de muncă. Mai mult de o treime din persoanele în vârstă de peste 75 de ani au o dizabilitate care le restrânge parțial posibilitățile, iar peste 20% au o dizabilitae care îi limitează în mod considerabil. În plus, se prevede că aceste cifre vor crește pe măsură ce populația UE îmbătrânește. UE și statele sale membre dispun de un mandat ferm pentru îmbunătățirea situației sociale și economice a persoanelor cu dizabilități

Participarea deplină economică și socială a persoanelor cu dizabilități este esențială pentru succesul Strategiei Europa 2020 a UE în promovarea unei creșteri inteligente, durabile și favorabile incluziunii. Construirea unei societăți în care nimeni nu este exclus oferă oportunități de piață și stimulează inovația. Posibilitatea de a oferi tuturor acces la servicii și produse prezintă un atu economic major, având în vedere cererea din partea unui număr din ce în ce mai mare de consumatori în etate.

Declinul economic a avut un impact negativ asupra situației persoanelor cu dizabilități, astfel încât, nevoia de a acționa este și mai urgentă. Strategia are scopul de a ameliora viața indivizilor, precum și de a aduce beneficii mai mari societății și economiei fără a împovăra inutil industria și administrațiile.

Tema 2: STEREOTIPURI ŞI PREJUDECĂŢI PRIVIND PERSOANE CU DIZABILITĂȚI. TIPURI DE DIZABILITĂȚI[13]

1. Stereotipuri şi prejudecăţi
2. Eticheta dizabilităţii
3. Dizabilitate. Tipuri de dizabilităţi

Referințe:

1. Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova/ Maria Bulgaru, Nicolae Sali, Tatiana Gribincea. – Chișinău, 2008. p. 406-440
2. Ghid teoretico-practic pentru asistența socială multifuncțională comunitară/ Agapii Eugenia, Botnari Valentina, Bulgaru Maria et. al; coord. șt.: Aurelia Racu; APDI NUMANITAS. – Chișinău: Pontos, 2018. 432 p.
3. Formare în domeniul antidiscriminării și al drepturilor persoanelor cu dizabilități http://antidiscriminare.egalitate.md/wp-content/uploads/2016/01/suport_de_curs_Formare-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati.pdf
4. Parteneriat în educaţia integrată a copiilor cu cerinţe educative special, coord. Stela Coman, Ed. „Spiru Haret", Iaşi, 2001, p.13.
5. Racu Aurelia, Popovici Doru Vlad, Crețu Verginia, Racu Sergiu, Bucinschi Cătălin. Asistența social a persoanelor cu dizabilități. – Chișinău, Ed. Pontos, 2007. 300 p.
6. Szabo Claudia Asistența socială în protecția persoanelor cu dizabilități.–Cluj Napoca 2012, http://www.incluziunesociala.ro/upls/89_protectia_sociala_a_pers_cu_handicap.pdf
7. http://ro.ettad.eu/understanding-disability/prejudice-stereotypes_12
8. http://www.incluziune.org/biroul-de-presa/informatii-si-statistici/dizabilitatea

1. Stereotipuri şi prejudecăţi

Un stereotip este un concept sau imagine simplificată și/sau standardizată, care este comună unor oameni referitor la un alt grup. Stereotipiile pot fi pozitive sau negative şi sunt generalizate la nivelul întregului grup reprezentat de persoanele cu dizabilități datorită cunoașterii minime sau limitate a unui grup de oameni. Aceste concepții simpliste, opinii sau imagini, sunt bazate pe atribuțiile ce le au în comun membrii grupului vizat.

Istoric, oamenii cu dizabilităţi au fost subiectul unui șir de stereotipuri. Unele din aceste stereotipuri au stat la baza etichetării persoanelor cu dizabilităţi, etichetare care încă persistă în mintea oamenilor. Informațiile incomplete, percepțiile greșite, izolarea şi segregarea au determinat perpetuarea acestora.

Persoanele cu dizabilităţi sunt adesea portretizați de mass media în diverse moduri care au tendința de a consolida și perpetua stereotipurile negative. De exemplu, personajul autist al lui Dustin Hoffman în Rainman, care reprezenta o povară pentru fratele său; ciudatul Quasimodo care a fost etichetat de societate în Cocoșatul de la Notre Dame. Astfel de stereotipuri dezumanizează și portretizează dizabilitatea ca o definiție caracteristică e persoanei și nu surprinde complexitatea ființei umane.[14] Este ca și cum o persoană ar fi definită exclusiv prin culoarea ochilor sau a părului și am considera că această trăsătură este cea mai importantă din ansamblul caracteristicilor (fizice, intelectuale, afective, cognitive etc.) care definesc o persoană.

Comunitatea educațională oferă o importantă oportunitate de schimbare a acestor supoziții negative la nivel instituțional şi de dezvoltare a unei culturi care include recunoașterea şi diversitatea valorilor.

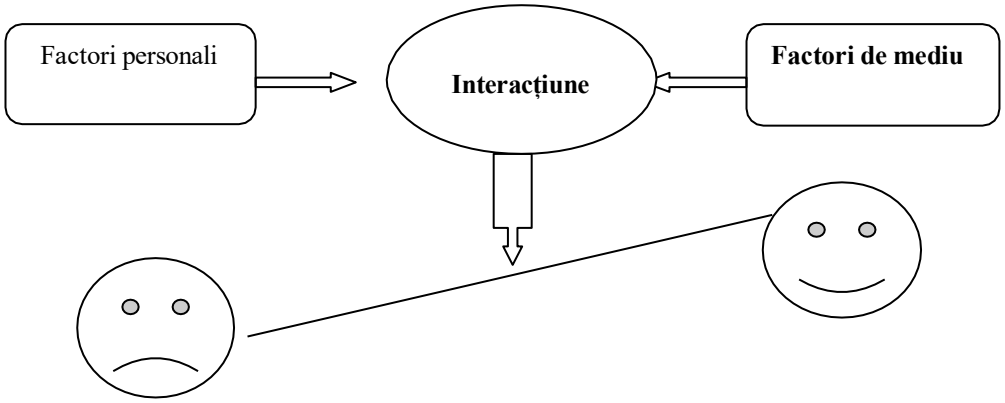
Persoanele cu dizabilităţi sunt diferite de persoanele care nu au dizabilităţi, la fel cum persoanele fără dizabilități sunt diferite între ele. Atașarea unei etichete cum ar fi "orb" sau

[13] Formare în domeniul antidiscriminării și al drepturilor persoanelor cu dizabilități http://antidiscriminare.egalitate.md/wp-content/uploads/2016/01/suport_de_curs_Formare-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati.pdf

[14] http://ro.ettad.eu/understanding-disability/prejudice-stereotypes_12

„agorafobic”[15] unui grup de oameni nu înseamnă ca toți sunt la fel şi multe din acestea sugerează că în ochii unor persoane nu sunt plăcuți sau chiar că există o teamă, datorată în principal necunoaşterii.

Cum funcţionează dizabilitatea:



2. Eticheta dizabilităţii

Terminologia este importantă, deoarece cuvintele reflectă atitudinile şi credinţele noastre. Termenul de handicap a fost înlocuit treptat în legislaţia/ politicile naţionale cu cel de dizabilitate (procesul este în curs), din cauza conotaţiilor negative/peiorative asociate primului termen la nivelul mentalului colectiv.

Unele persoane fără dizabilităţi ar putea privi ca improprie această preocupare pentru limbaj, totuşi limbajul conferă mesaje puternice şi poate determina o etichetare care generalizează, dezumanizează sau minimalizează. Este necesară folosirea unei terminologii adecvate care încurajează afirmarea persoanelor cu dizabilități fără accentuarea inoportună a deficiențelor, indiferent de caracterul acestora

Lista de mai jos are un caracter dinamic si poate fi modificată în funcție de sugestiile şi ideile persoanelor cu dizabilităţi[16]:

Evitați:	***Folosiți următorii termeni:***
Dizabilul	Persoane cu dizabilități
Surdul	Persoane cu deficiențe/deficit/dificultate de auz
Surd și tăntălău sau surdo –mut	O persoană care are deficiențe de auz și de vorbire, și care folosește limbajul mimicogestual(LMG). LMG este limbajul recunoscut și pentru multe persoane cu deficiențe de auz este limba de comunicare
Orbul	Persoană nevăzătoare sau persoane cu vedere parțială, sau persoane cu dificultăți/deficiențe vizuale
Handicapat, infirm, invalid	Persoană cu dizabilitate sau persoană cu dificultăți de mobilitate/fizice/locomotorii Legat de scaun cu rotile sau limitat la un scaun cu rotile Utilizator de scaun cu rotile sau persoane cu deficiențe locomotorii
Un epileptic	O persoană cu epilepsie
Un spastic	O persoană cu paralizie cerebral
Pacient mintal, schizofrenic, lunatic, psihopat, debil etc.	O persoană cu probleme sau dificultăți ale sănătății mintale, cu dizabilități mintale/ de intelect
Retardat	O persoană cu dizabilități de învățare/ dificultăți de învățare

[15] Persoană care suferă de *agorafobie*: teama de spații deschise

[16] Intelegerea dizabilitatii Ghid de bune practice ETTAD - 134653-UK-GRUNDTVIG-GMP 1. *Apud*. Formare în domeniul antidiscriminării și al drepturilor persoanelor cu dizabilități http://antidiscriminare.egalitate.md/wp-content/uploads/2016/01/suport_de_curs_Formare-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati.pdf

3. Dizabilitate. Tipuri de dizabilităţi

Conceptele de deficienţă și dizabilitate s-au dezvoltat în conjuncţie cu prevederile legislaţiei din sfera protecţiei sociale.

Termenul de handicap - provenit din sport, (înseamnă punctaj acordat unui concurent mai slab sau totalitatea punctelor prin care o echipă a fost pusă în inferioritate față de echipa adversă) a fost extins ulterior la persoanele care au o deficiență senzorială, locomotorie, mintală.

În prezent, termenul oficial în sistemul legislativ, odată cu ratificarea Convenției, este cel de dizabilitate, definită ca o limitare pentru acele persoane cărora mediul social, neadaptat deficiențelor lor fizice, senzoriale, psihice, mentale și/sau asociate, le restrânge accesul, în mod egal, la viața societății, necesitând măsuri de protecție în sprijinul integrării și incluziunii sociale.

Până la armonizarea legislativă completă și înlocuirea în totalitate în legislație a termenului de handicap cu cel de dizabilitate, cele două concepte funcționează în paralel. Unul din pașii importați pe viitor va fi reformarea sistemului de evaluare a dizabilității – în prezent sistemul de încadrare în grad de handicap – respectiv mediu, accentuat sau grav, evaluare care are la bază aproape exclusiv criterii medicale și ignoră practic nevoile de integrare socială a persoanei cu dizabilități.

În prezent, noţiunea de dizabilitate este clasificată în următoarele categorii:

- fizic
- vizual
- auditiv
- surdocecitate
- somatic
- mental
- psihic
- HIV/SIDA
- asociat
- boli rare

Dizabilităţi fizice

Deficienţele fizice se caracterizează prin modificări morfologice sau de structură mai mult sau mai puţin accentuate, care au loc în forma şi structura corpului, şi manifestate printr-o încetinire în creştere sau printr-o creştere excesivă, printr-o tulburare a dezvoltării sau printr-o dezvoltare disproporţionată, prin deviaţii, deformaţii sau alte defecte de structură, urmate sau precedate de tulburări funcţionale[17].

După criteriul anatomo-fiziologic /funcţional, rezultă două mari categorii de dizabilități fizice:

- morfologice sau de structură;
- funcţionale sau de activitate.

Dizabilităţi somatice. Somatizările sunt manifestări de semnalizare ale organismului ca și reacție sau răspuns la nerezolvarea sau neprelucrarea unor probleme psihice/emoționale ale persoanei. Printre cele mai întâlnite psihosomatizări se numără astmul, cefaleea, enurezisul, ticurile, alergiile, gastrita, ulcerul, psoriazisul, dermatitele, colonul iritabil, migrena, nevroza cardiacă, hipertensiunea, precum și infecția urinară. Pentru a se decela cu exactitate o tulburare de somatizare este necesar să fie efectuate teste clinice pentru a se înlătura orice cauze strict funcționale sau organice. Somatizarea este o relație simbolică între problema emoțională a persoanei și simptomul organic manifest[18].

[17] Vezi Claudia Szabo – Asistența socială în protecția persoanelor cu dizabilități –Cluj Napoca 2012, lucrare disponibilă pe site-ul http://www.incluziunesociala.ro/upls/89_protectia_sociala_a_pers_cu_handicap.pdf

[18] Claudia Szabo – Asistența socială în protecția persoanelor cu dizabilități –Cluj Napoca 2012, lucrare disponibilă pe site-ul http://www.incluziunesociala.ro/upls/89_protectia_sociala_a_pers_cu_handicap.pdf

Dizabilităţi auditive

Auzul este este un element indispensabil pentru dezvoltarea vorbirii și a limbajului. Dizabilitatea auditivă este o deficiență de natură senzorială și reprezintă diminuarea sau pierderea totală sau parțială a auzului. Prin apariția unui deficit auditiv sunt afectate atât activitatea profesională a persoanei cât și relațiile acestuia cu lumea înconjuratoare. Deficiența de auz se măsoară audiometric în termeni de decibeli.

Persoanele cu deficienţe de auz suplinesc această problemă prin suprasolicitarea vederii pentru a comunica (ex. citirea pe buze, limbajul mimico-gestual). Uneori, cei cu deficienţe de auz folosesc aparate auditive. Dificultăţile celor care nu aud pot fi şi de natură culturală. Spre exemplu, viaţa socială poate fi diferită pentru un tânăr care nu aude, fiind, de exemplu, cu greu inclus în cercurile celor care ascultă un anumit gen muzical.[19]

Dizabilităţi surdocecitate

Este o deficiență gravă de natură multisenzorială (combinație de deficiențe de văz și de auz), de cele mai multe ori asociată și cu alte tipuri de deficiențe, iar prin consecințele pe care le induce, cauzează dificultăți în autonomia proprie, bariere în sfera relaționării, a accesului la informaţie, dificultăți majore în orientarea și mobilitatea spațială. În asociere cu prezența dizabilității de văz și de auz mai pot exista afecțiuni metabolice, malformații cardiace, hipotonie sau hipertonie, epilepsie, hidrocefalie, etc.

Dizabilităţi vizuale

Deficiența de vedere este o deficiență de tip senzorial și constă în diminuarea în grade diferite (pâna la pierderea totala) a acuității vizuale. Dizabilitate fizica vizuala înseamnă scăderea acuității vizuale la unul sau la ambii ochi și produce mari probleme în existența cotidiană a persoanei care prezintă această deficiență[20].

Doar un mic număr dintre persoanele cu deficienţe de vedere nu văd deloc. Majoritatea acestor persoane fie văd în ceaţă, fie nu apreciază corect distanţa şi viteza sau nu disting între obiectele care au culori asemănătoare sau umbre. Alte astfel de persoane pot fi capabile să vadă lucrurile care sunt foarte aproape de ei dar nu văd la distanţe mari, în timp ce altele au o arie restrictivă de vedere (ex.: vedere de tunel).

A avea o deficienţă de vedere poate reprezenta un important dezavantaj, în primul rând pentru că majoritatea oamenilor obişnuiesc să comunice sau să relaţioneze apelând la mesaje pentru a căror receptare este necesar văzul.[21]

Dizabilităţi mentale

Se caracterizează printr-o scădere sau reducere a nivelului intelectiv al persoanei, limitare a funcțiilor psihicului și afectează persoana pe toate palierele vieții sale: autonomie și îngrijire proprie, comunicare și relaționare interpersonală, activitate socio-profesională, deprinderi sociale, sănatate și securitate.

Se vorbeste despre o încadrare a dizabilităţilor mentale în următoarele categorii:

- uşor;
- mediu;
- profund;
- severitate nespecificată - acest grad de încadrare presupune o testare și o evaluare psihologică a persoanei care nu poate fi realizată fie din cauza vârstei mici a copilului fie

[19] http://www.incluziune.org/biroul-de-presa/informatii-si-statistici/dizabilitatea

[20] Formare în domeniul antidiscriminării și al drepturilor persoanelor cu dizabilități http://antidiscriminare.egalitate.md/wp-content/uploads/2016/01/suport_de_curs_Formare-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati.pdf

[21] http://www.incluziune.org/biroul-de-presa/informatii-si-statistici/dizabilitatea

din motive ce țin de o dizabilitate fizica și senzoriala asociata care nu permite efectuarea acestor teste[22].

Dizabilităţi asociate

Dizabilităţile asociate constau in asocierea a două sau mai multe tipuri de dizabilitati. Ex: surdocecitate, motor-mental, surdo-mutitate HIV/SIDA. HIV (Virusul Imunodeficienţei Umane) este virusul care atacă şi distruge progresiv sistemul imunitar, provocând, in final, SIDA. Deoarece virusul nu distruge celulele rapid, persoanele infectate cu HIV pot să nu prezinte simptome ani de-a rândul[23].

SIDA (Sindromul Imunodeficienţei Umane Dobândite) este manifestarea finală a infecţiei cu HIV, o boală cronică cu evoluţie îndelungată, imprevizibilă. O persoană este bolnavă de SIDA când virusul a deteriorat sistemul de apărare al organismului, distrugând celulele care îl protejează. Odată sistemul imunitar slăbit, corpul este vulnerabil în faţa diverselor tipuri de infecţii oportuniste, cum ar fi cancerul sau pneumonia[24].

Statutul seropozitiv HIV înseamnă că în serul persoanei infectate a fost pusă în evidenţă prezenţa anticorpilor anti - HIV, iar infecţia a fost demonstrată prin examen de laborator. Virusul este prezent în fluidele corpului (spermă, sânge, secreţii) şi poate fi transmis prin sânge, spermă, fluide vaginale sau lapte matern, dacă nu se folosesc măsuri de protecţie.

[22] Ibidem
[23] http://www.antidiscriminare.ro/hivsida/
[24] http://www.antidiscriminare.ro/hivsida/

Tema 3: CADRUL LEGAL AL PROTECŢIEI SOCIALE A PERSOANELOR CU DIZABILITĂŢI

1. Convenţia Naţiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilităţi
2. Strategia europeană 2010-2020 pentru persoanele cu dizabilități: un angajament reînnoit pentru o Europă fără bariere
3. Legea nr. 60/2016 cu modificările și completările ulterioare
4. Cadrul instituţional al protecţiei sociale a persoanelor cu dizabilităţi
5. Organizarea şi funcţionarea sistemului de asistenţă socială
6. Prestaţiile şi serviciile de asistenţă socială acordate persoanelor cu dizabilităţi

Referințe:

1. ALBU, G. O abordare umanistă a educației. Pitești:Ed. Paralela 45, 2017. ISBN 978-973-47-2545-8

2. Cara A. Implementarea educaţiei incluzive în Republica Moldova, Studiu de politici publice, 2014, pe: http://www.ipp.md/public/files/Proiecte/Studiu_Cara_Angela.pdf

3. Codul Educației al Republicii Moldova. Chișinău, 2014.

4. Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, aprobată 26.09.2007;

5. Goraș-Postică Viorica, GUȚU Svetlana Educația incluzivă în republica moldova: repere legislativ-reglatorii actualizate și inegalități perpetuate, http://oaji.net/articles/2017/2056-1539850708.pdf

6. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea Programului naţional de incluziune socială a persoanelor cu dizabilităţi pentru anii 2017-2022, nr.723 din 08.09.2017. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2017, nr.335-339/827. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2010, nr.126-128, art.428.

7. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a educaţiei pentru anii 2014-2020 „Educaţia-2020", nr.944 din 14.11.2014. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2014, nr.345-351.

8. Educaţia de bază în Republica Moldova din perspectiva şcolii prietenoase copilului. Chişinău 2009; https://www.unicef.org/ moldova/educatia_de_baza_Rom.pdf

9. Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi, nr.60 din 30.03.2012. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2012, nr.155-159/508.

10. Malcoci L. Impactul programului *Comunitate incluzivă–Moldova* asupra beneficiarilor Studiu sociologic.http://www.keystonemoldova.md/assets/documents/ro/publications/BIA.pdf

11. http://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/library/human_development/nhdr-2016.html

1. Convenţia Naţiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilităţi

Protecţia drepturilor persoanelor cu dizabilităţi are la bază cadrul normativ, care include ***Standarde internaţionale***, ***regionale şi naţionale***

Actele Organizaţiei Naţiunilor Unite (ONU):

- Declaraţia Universală a Drepturilor Omului (1948);
- Pactul Internațional cu privire la Drepturile Civile şi Politice (1966);
- Pactul Internaţional cu privire la Drepturile Economice, Sociale şi Culturale (1966);
- Declaraţia privind Drepturile Persoanelor cu Retard Mintal (1971);
- Declaraţia privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi (1975);
- Declaraţia privind drepturile persoanelor cu deficienţe de auz şi de vedere 1979);
- Convenţia privind Drepturile Copilului (1989);
- Regulile Standard privind Egalizarea Şanselor pentru Persoanele cu Dizabilităţi (1983);
- Convenţia ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi (2006).

Actele Consiliului Europei:

• Convenţia Europeană pentru Apararea Drepturilor Omului şi a Libertăţilor Fundamentale (1950);

- Carta Socială Europeană (1961) şi Carta Socială Europeană Revizuită (1996);
- Recomandarea (818) privind Situaţia Persoanei Bolnave Mintal (1977);
- Recomandarea (1185) privind Strategiile de Reabilitare a Persoanelor cu Dizabilităţi (1992);
- Recomandările Nr. R(92) privind o Strategie Coerentă pentru Reabilitarea Persoanelor cu Dizabilităţi (1992).

Convenţia Naţiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilităţi

Convenţia Naţiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilităţi a fost adoptata la New York de Adunarea Generală a Organizaţiei Naţiunilor Unite la 13 decembrie 2006, deschisă spre semnare la 30 martie 2007.

Convenția obligă părțile să se asigure că persoanele cu dizabilități își pot exercita drepturile pe deplin, în condiții de egalitate cu toți ceilalți cetățeni.

În decembrie 2006, Adunarea Generală a Organizaţiei Naţiunilor Unite a adoptat Convenţia privind drepturile persoanelor cu dizabilităţi. Fără îndoială, Convenţia reprezintă cel mai important instrument juridic obligatoriu care vizează direct drepturile şi libertăţile persoanelor cu dizabilităţi şi care afirmă, printre altele:

- faptul că dizabilitatea este un concept în evoluţie şi că acesta rezultă din interacţiunea dintre persoanele cu deficienţe şi barierele de atitudine şi de mediu care împiedică participarea lor deplină şi efectivă în societate în condiţii de egalitate cu ceilalţi;
- importanţa problematicii dizabilităţii ca parte integrantă a strategiilor relevante ale dezvoltării durabile;
- faptul că persoanele cu dizabilităţi continuă să se confrunte cu bariere în participarea lor ca membri egali ai societăţii, precum şi cu încălcări ale drepturilor omului, peste tot în lume;
- recunoaşterea şi importanţa accesibilităţii la mediul fizic, social, economic şi cultural, la sănătate şi educaţie şi la informare şi comunicare, pentru a da posibilitatea persoanelor cu dizabilităţi să se bucure pe deplin de toate drepturile şi libertăţile fundamentale ale omului.

Scopul prezentei Convenţii este de a promova, proteja şi asigura exercitarea deplină şi în condiţii de egalitate a tuturor drepturilor şi libertăţilor fundamentale ale omului de către toate persoanele cu dizabilităţi şi de a promova respectul pentru demnitatea lor intrinsecă..."[25]

În Convenţie nu se stipulează noi drepturi pentru persoanele cu dizabilităţi, ci mai degrabă statuează şi clarifică obligaţiile deja existente pentru ţările membre în domeniul drepturilor omului, inclusiv al dizabilităţii.

Uniunea Europeană a ratificat Convenţia în 7 ianuarie 2011, focal point fiind Comisia Europeană, atât în relaţia cu Statele membre, cât şi în relaţia cu instituţiile UE. Republica Moldova a semnat Convenția la 30 martie 2007 și a ratificat-o prin Legea nr. 166/2010. Strategia europeană 2010 - 2020 pentru persoanele cu dizabilități: un angajament reînnoit pentru o Europă fără bariere, adoptata la 15 noiembrie 2010, este o asigurare a implementării efective a Convenției, stabilind planul de lucru și prioritățile pentru anii viitori[26].

În urma ratificării oficiale, Uniunea Europeană devine pentru prima oară în istoria sa parte a unui tratat privind drepturile omului: Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilităţi.

Convenția are ca scop garantarea, pentru persoanele cu dizabilități, a exercitării drepturilor lor în condiții de egalitate cu toți ceilalți cetățeni. Acesta este primul tratat atotcuprinzător

[25] Irina Moroianu Zlătescu, Anna Neagoe, Ioana Cristina Vida, Alexandru Fărcaș, Dinu Țepeș - Nediscriminare, autonomie, incluziune. Instrumente privind drepturile persoanelor cu dizabilități și jurisprudență în materie – I.R.D.O., București, 2012

[26] http://www.crips.ro/doc/radbaf.pdf 25 http://ec.europa.eu/romania/news/070111_conventie_handicap_ro.htm 26 http://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/ALL/?uri=CELEX:52010DC0636

privind drepturile omului ratificat de UE ca entitate. Uniunea Europeană devine astfel cel de-al 97-lea semnatar al acestui tratat, care stabilește norme minime pentru protecția și salvgardarea unei game complete de drepturi civile, politice, sociale și economice pentru persoanele cu dizabilități. El reflectă angajamentul general al UE de a crea o Europă fără obstacole pentru cele 80 de milioane, potrivit estimărilor, de persoane cu dizabilităţi din UE până în 2020, astfel cum este precizat în Strategia Comisiei Europene din domeniu

Aceste domenii au fost selectate pe baza potenţialului lor de a contribui la realizarea obiectivelor generale ale strategiei şi ale Convenţiei Naţiunilor Unite, a documentelor politice aferente ale instituţiilor Uniunii Europene şi ale Consiliului Europei, precum şi a consultării statelor membre, a părților interesate și a publicului general."

Convenţia privind drepturile persoanelor cu dizabilităţi reprezintă primul instrument juridic obligatoriu care vizează direct drepturile şi libertățile persoanelor cu dizabilităţi.

Republica Moldova a semnat Convenţia privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi la 30 martie 2007 şi a ratificat-o prin Legea nr. 166 din 09.07.2010.

2. Strategia europeană 2010-2020 pentru persoanele cu dizabilități: un angajament reînnoit pentru o Europă fără bariere

În Uniunea Europeană (UE), o persoană din șase suferă de handicap32, de la o formă ușoară până la o formă gravă, iar în total, aproximativ 80 de milioane de persoane nu pot, deseori, să participe din plin la viața socială și economică din cauza barierelor fizice și comportamentale.

Nivelul de sărăcie a persoanelor cu dizabilități este cu 70% superior mediei înregistrate33, fapt care se datorează parțial accesului lor limitat la ocuparea forței de muncă. Mai mult de o treime din persoanele în vârstă de peste 75 de ani suferă de anumite handicapuri care le restrâng parțial posibilitățile, iar peste 20% suferă de o formă de handicap care îi limitează în mod considerabil34. În plus, se prevede că aceste cifre vor crește pe măsură ce populația UE îmbătrânește. UE și statele sale membre dispun de un mandat ferm pentru îmbunătățirea situației sociale și economice a persoanelor cu dizabilități.

Articolul 1 din *Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene* (Carta) prevede următoarele: „Demnitatea umană este inviolabilă. Aceasta trebuie respectată și protejată."

Articolul 26 prevede că „Uniunea recunoaște și respectă dreptul persoanelor cu dizabilități de a beneficia de măsuri care să le asigure autonomia, integrarea socială şi profesională, precum şi participarea la viața comunității." În plus, articolul 21 interzice orice discriminare pe motiv de handicap.

Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene (TFUE) solicită Uniunii să combată orice discriminare pe motiv de handicap în definirea şi punerea în aplicare a politicilor şi acțiunilor sale (articolul 10) și îi conferă puterea de a adopta legislație în vederea combaterii unei astfel de discriminări (articolul 19).

Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități (Convenția Națiunilor Unite), primul instrument obligatoriu din punct de vedere juridic în domeniul drepturilor omului la care UE și statele membre sunt parte, se va aplica în curând pe teritoriul întregii UE35. Convenția Națiunilor Unite solicită statelor care sunt parte la aceasta să protejeze și să garanteze faptul că persoanele cu dizabilități se pot bucura de toate drepturile omului și de libertățile fundamentale.

Comisia va colabora cu statele membre pentru a elimina obstacolele din calea unei Europe fără bariere, în baza rezoluțiilor recente ale Parlamentului European și ale Consiliului[27].

Participarea deplină economică și socială a persoanelor cu dizabilități este esențială pentru succesul Strategiei Europa 2020 a UE în promovarea unei creșteri inteligente, durabile și

[27] Rezoluțiile Consiliului SOC 375 din 2 iunie 2010 și 2008/C 75/01 și Rezoluția Parlamentului European B6-0194/2009, P6_TA(2009)0334. 37 COM(2010) 2020.

favorabile incluziunii. Construirea unei societăți din care nimeni nu este exclus oferă oportunități de piață și stimulează inovația. Faptul de a oferi tuturor acces la servicii și produse prezintă un act economic major având în vedere cererea din partea unui număr din ce în ce mai mare de consumatori în vârstă.

Nici cadrele politice și de reglementare, nici elaborarea produselor și serviciilor nu reflectă nevoile persoanelor cu dizabilități în mod adecvat. Numeroase bunuri și servicii, precum și, în mare măsură, clădirile și echipamentele construite nu sunt încă suficient de accesibile.

Declinul economic a avut un impact negativ asupra situației persoanelor cu dizabilități, astfel încât nevoia de a acționa este și mai urgentă. Strategia are scopul de a ameliora viața indivizilor, precum și de a aduce beneficii mai mari societății și economiei fără a împovăra inutil industria și administrațiile.

Obiective şi acţiuni

Obiectivul general al prezentei strategii este de a oferi persoanelor cu dizabilități capacitatea de a se bucura de drepturi depline și de a beneficia complet de participarea la viața socială și economică europeană, mai ales prin intermediul pieței unice.

Prezenta strategie se sprijină pe acțiuni la nivel european destinate să completeze acțiunile naționale și definește mecanismele necesare pentru punerea în aplicare a Convenției Națiunilor Unite la nivelul UE, inclusiv în cadrul instituțiilor UE. Ea identifică, de asemenea, sprijinul care este necesar pentru finanțare, cercetare, sensibilizare și colectarea de date și statistici.

Strategia se axează pe eliminarea barierelor. Comisia Europeana a identificat opt domenii de acţiune principale:

- accesibilitate
- participare
- egalitate
- ocuparea forţei de muncă
- educaţie şi formare
- protecţie socială,
- sănătate
- acţiune externă

Domenii de acţiune

Aceste domenii au fost selectate pe baza potențialului lor de a contribui la realizarea obiectivelor generale ale strategiei și ale Convenției Națiunilor Unite, a documentelor politice aferente ale instituțiilor UE și ale Consiliului Europei, precum și a rezultatelor planului de acțiune european 2003-2010 pentru persoanele cu dizabilități și a consultării statelor membre, a părților interesate și a publicului general.

Trimiterile la acțiunile naționale sunt destinate mai degrabă să completeze acțiunea la nivelul UE, decât să acopere ansamblul de obligații naționale care decurg din Convenția Națiunilor Unite.

Comisia va aborda, de asemenea, situația persoanelor cu dizabilități prin intermediul strategiei Europa 2020, al inițiativelor sale emblematice și al relansării pieței unice.

1. Accesibilitate

„Accesibilitatea” este definită ca fiind posibilitatea oferită persoanelor cu dizabilități de a avea acces, în condiții de egalitate cu ceilalți, la mediul fizic, la transporturi, la informații și la sisteme și tehnologii ale informației și comunicațiilor (TIC), precum și la alte infrastructuri și servicii.În aceste domenii există încă bariere importante.

De exemplu, în medie în UE-27, numai 5% din site-urile internet publice respectă complet standardele de accesibilitate, chiar dacă un număr mai mare de site-uri sunt parțial accesibile. Numeroase posturi de televiziune continuă să ofere puține programe însoțite de subtitrări și de audiodescriere. Accesibilitatea este o condiție premergătoare pentru participarea la viața socială și economică însă UE mai are un drum lung de parcurs până la îndeplinirea acestui obiectiv.

Comisia propune utilizarea instrumentelor legislative, dar și a altor instrumente, precum standardizarea, pentru a optimiza accesibilitatea la mediul construit, transporturi și TIC în conformitate cu agenda digitală și cu inițiativa emblematică „O Uniune a inovării

Comisia:

- va încuraja integrarea principiului de accesibilitate și de „proiectare pentru toți" (design for all) în programele școlare și în cursurile de formare pentru profesiile relevante.
- va favoriza dezvoltarea unei piețe europene a tehnologiei de asistare. În urma consultării statelor membre și a altor părți interesate. Acţiunea UE va susține și va completa măsurile naționale de punere în aplicare a accesibilității și de înlăturare a barierelor existente, precum și măsurile de creștere a disponibilității și a varietății tehnologiilor de asistare.

Obiectiv principal Asigurarea accesibilității persoanelor cu dizabilități la bunuri, servicii, inclusiv servicii publice, și la dispozitive de asistare.

2. Participare

Mai există numeroase obstacole care împiedică persoanele cu dizabilități să își exercite din plin drepturile fundamentale – inclusiv drepturile care decurg din cetățenia europeană - și care le îngrădesc participarea în societate în condiții de egalitate cu ceilalți. Drepturile respective cuprind dreptul la libera circulație, dreptul de stabilire și de alegere a unui mod de viață și dreptul de a participa din plin la activități culturale, recreative și sportive.

De exemplu, o persoană cu dizabilități recunoscut care se stabilește în altă țară a UE poate pierde accesul la prestații naționale precum gratuitatea sau reducerea tarifelor la transporturile publice.

Acţiunile UE vor sprijini măsurile naționale pentru:

- a efectua trecerea de la îngrijirea instituționalizată la îngrijirea la nivelul comunității, prin utilizarea fondurilor structurale și a Fondului de dezvoltare rurală pentru formarea de personal și adaptarea infrastructurilor sociale, pentru elaborarea unor sisteme de finanțare a asistenței personalizate, promovarea unor condiții de muncă bune pentru personalul calificat de îngrijire, precum și pentru sprijinirea familiilor și a persoanelor care oferă îngrijire în mod informal;
- a face accesibile organizațiile și activitățile sportive, de recreere și culturale și a utilize excepțiile prevăzute în directiva privind drepturile de autor.

Obiectiv principal Asigurarea participării depline a persoanelor cu dizabilități în societate:

♦ permițându-le să se bucure de toate beneficiile cetățeniei europene;

♦ eliminând barierele de natură administrativă și comportamentală care împiedică

♦ participarea lor totală și echitabilă;

♦ furnizând servicii la nivelul comunității, inclusiv acces la asistență personalizată

3. Egalitate

Mai mult de jumătate din europeni consideră că discriminarea pe motiv de handicap sau vârstă este larg răspândită în UE43. Conform articolelor 1, 21 și 26 din Carta UE și potrivit articolelor 10 și 19 din TFUE, Comisia va promova tratamentul egal al persoanelor cu dizabilități prin intermediul unei strategii cu două componente.

Aceasta va implica utilizarea legislației actuale a UE pentru a asigura protecția împotriva discriminării, precum și punerea în aplicare a unei politici active pentru combaterea discriminării și promovarea șanselor egale în cadrul politicilor UE. Comisia:

- va acorda, de asemenea, o atenție deosebită impactului cumulat al discriminării cu care se pot confrunta persoanele cu dizabilități din motive precum naționalitatea, vârsta, rasa sau etnia, sexul, religia sau convingerile, sau orientarea sexuală.
- va asigura, de asemenea, punerea în aplicare deplină a Directivei 2000/78/CE44 prin care se interzice discriminarea în ceea ce privește ocuparea forței de muncă;
- va promova diversitatea și va combate discriminarea cu ajutorul campaniilor de sensibilizare la nivelul UE și la nivel național și va susține acțiunile ONG-urilor active la nivelul UE în acest domeniu.

Acţiunea UE va sprijini și va completa politicile și programele naționale de promovare a egalității, încurajând, de exemplu, statele membre să-și pună legislația privind capacitatea juridică în conformitate cu Convenția Națiunilor Unite.

Obiectiv principal: Eradicarea discriminării pe motiv de handicap în UE.

4. Ocuparea forţei de muncă

Locurile de muncă de calitate asigură independența economică, favorizează reușita personală și oferă cea mai bună protecție împotriva sărăciei. Cu toate acestea, nivelul de ocupare a forței de muncă de către persoanele cu dizabilități se situează doar în jurul cifrei de 50%. Pentru a îndeplini obiectivele de creștere ale UE, este necesar ca mai multe persoane cu dizabilități să ocupe locuri de muncă remunerate pe piața deschisă a forței de muncă.

Comisia:

- va exploata întregul potențial al strategiei Europa 2020 și al programului acesteia privind calificări și locuri de muncă noi, furnizând statelor membre analize, orientări politice, schimb de informații și alte forme de sprijin. Ea își va îmbunătăți cunoștințele despre situația femeilor și a bărbaților cu dizabilități în ceea ce privește ocuparea forței de muncă, va identifica provocările și va propune soluții.
- va acorda o atenție sporită tinerilor cu dizabilități în ceea ce privește trecerea acestora de la o formă de învățământ la piața muncii.
- va acționa asupra mobilității intraprofesionale pe piața deschisă a forței de muncă și în ateliere protejate, prin intermediul schimbului de informații și al învățării reciproce.
- în colaborare cu partenerii sociali, va aborda și chestiuni legate de activitățile independente și locurile de muncă de calitate, inclusiv aspecte precum condițiile de muncă și avansarea în carieră.
- își va intensifica sprijinul față de inițiativele voluntare care promovează gestionarea diversității la locul de muncă, cum ar fi carte ale diversității semnate de către angajatori și o inițiativă de antreprenoriat social.

Acţiunile UE vor sprijini și completa eforturile naționale desfășurate pentru a analiza situația persoanelor cu dizabilități în ceea ce privește ocuparea forței de muncă, pentru a lupta împotriva prejudecăților legate de anumite prestații de invaliditate care descurajează persoanele cu dizabilități să intre pe piața forței de muncă, pentru a contribui la integrarea acestora pe piața forței de muncă prin utilizarea Fondului social european (FSE), pentru elaborarea de politici active pe piața forței de muncă, pentru a face locurile de muncă mai accesibile, pentru a institui servicii de plasare a forței de muncă, structuri de sprijin și de formare la locul de muncă, și pentru a promova utilizarea Regulamentului general de exceptare pe categorii de ajutoare46 care permite acordarea de ajutoare de stat fără notificarea prealabilă a Comisiei.

Obiectiv principal Posibilitatea pentru mai multe persoane cu dizabilități de a-și câștiga existența pe piața deschisă a forței de muncă.

5. Educaţie şi formare profesională

În categoria de vârstă cuprinsă între 16 și 19 ani, rata neparticipării la educație se ridică la 37% pentru persoanele cu dizabilitățiuri severe, la 25% pentru persoanele cu dizabilitățiuri parțiale și la 17% pentru persoanele fără handicapuri.

Pentru copiii cu dizabilități grav accesul la învățământul general este dificil și uneori segregat. Persoanele cu dizabilități, în special copiii, trebuie să fie integrate în mod adecvat în sistemul general de învățământ și să beneficieze de sprijin individual cu respectarea intereselor copilului.

Respectând întru totul responsabilitatea statelor membre în ceea ce privește conținutul planurilor de învățământ și organizarea sistemelor de învățământ,

Comisia:

- va sprijini obiectivul unui învățământ și al unei formări profesionale de calitate și favorabile incluziunii în cadrul inițiativei „Tineretul în mișcare”.

- va permite persoanelor cu dizabilități să fie mai bine informate cu privire la nivelurile de educație și oportunitățile care li se oferă și le va spori mobilitatea facilitându-le participarea la programul de învățare de-a lungul vieții.

Acţiunea UE va sprijini eforturile naționale prin intermediul ET 2020, cadrul strategic pentru cooperarea europeană în domeniul educației și formării profesionale48, pentru a elimina barierele de ordin juridic și organizatoric care împiedică persoanele cu dizabilități să aibă acces la sistemele de învățământ general și de învățare de-a lungul vieții.

Obiectiv principal Promovarea unui învățământ favorabil incluziunii și a învățării de-a lungul vieții pentru elevii și studenții cu dizabilități.

6. Protecţie socială

Participarea mai scăzută la învățământul general și pe piața forței de muncă a condus la inegalități în materie de venituri, la sărăcie, precum și la excludere socială și izolare pentru persoanele cu dizabilități. Acestea trebuie să poată beneficia de sisteme de protecție socială, de programe de reducere a sărăciei, de asistență corespunzătoare pentru handicap, de programe în materie de locuințe sociale, de alte servicii de sprijin și de programe cu privire la pensie și prestații sociale.

Comisia:

- va aborda cu atenție aceste aspecte prin intermediul Platformei europene de combatere a sărăciei.
- va evalua caracterul adecvat și durabil al sistemelor de protecție socială și își va oferi sprijinul prin intermediul FSE.

Acţiunea UE va sprijini măsurile naționale care urmăresc să garanteze calitatea și caracterul durabil al sistemelor de protecție socială pentru persoanele cu dizabilități, în special prin intermediul schimbului de politici și al învățării reciproce.49

Obiectiv principal Promovarea unor condiții de trai decente pentru persoanele cu dizabilități.

7. Sănătate

Persoanele cu dizabilități pot avea acces limitat la servicii de sănătate, inclusiv la tratamente medicale de rutină, ceea ce creează inegalități în materie de sănătate fără legătură cu dizabilitățiul. Ele au dreptul de a beneficia, în condiții de egalitate cu ceilalți, de acces la serviciile medicale, inclusiv la asistența medicală preventivă, și la servicii de sănătate și de reabilitare de calitate la prețuri abordabile care țin cont de necesitățile lor, inclusiv de cele diferențiate în funcție de sex. Această sarcină le revine în principal statelor membre care sunt responsabile cu organizarea și furnizarea serviciilor de sănătate și a asistenței medicale.

Comisia:

va sprijini inițiativele politice în favoarea accesului egal la asistența medicală, inclusiv la servicii de sănătate și de reabilitare de calitate destinate persoanelor cu dizabilități.

- va acorda o atenție specială persoanelor cu dizabilități atunci când va pune în aplicare măsurile politice care abordează inegalitățile în materie de sănătate,
- va promova acțiunile din domeniul sănătății și al siguranței la locul de muncă în vederea reducerii riscurilor generării de handicapuri în cursul vieții profesionale și a ameliorării reintegrării lucrătorilor cu dizabilități
- va depune eforturi pentru prevenirea acestor riscuri.

Acţiunea UE va sprijini măsurile naționale destinate să furnizeze servicii și echipamente de sănătate accesibile și nediscriminatorii, să sensibilizeze la problematic handicapurilor școlile de medicină și instituțiile de formare a personalului în domeniul asistenței medicale, să furnizeze servicii de reabilitare adecvate, să promoveze serviciile de sănătate mentală și dezvoltarea serviciilor de intervenție timpurie și de evaluare a nevoilor.

Obiectivul principal Promovarea accesului egal al persoanelor cu dizabilități la serviciile de sănătate și la infrastructurile care furnizează aceste servicii.

8. Acţiuni Externe

UE și statele membre ar trebui să promoveze drepturile persoanelor cu dizabilități în cadrul acțiunilor lor externe, inclusiv al programelor de extindere a UE, de vecinătate și de dezvoltare.

Comisia:

- va acționa, dacă este cazul, într-un cadru mai amplu de nediscriminare pentru ca handicapul să devină o temă esențială a drepturilor omului în contextul acțiunilor externe ale UE.
- va lua măsuri de sensibilizare cu privire la Convenția Națiunilor Unite și la nevoile persoanelor cu dizabilități, inclusiv în materie de accesibilitate, în domeniul ajutorului de urgență și al ajutorului umanitar;
- va consolida rețeaua de corespondenți în materie de handicap, astfel încât să crească gradul de sensibilizare cu privire la handicapuri în cadrul delegațiilor UE;
- va asigura faptul că țările candidate și potențial candidate fac progrese în ceea ce privește promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități și va garanta că instrumentele financiare privind ajutorul de preaderare sunt utilizate în vederea îmbunătățirii situației acestora. Acţunile UE vor sprijini și vor completa inițiativele naționale care urmăresc să abordeze aspecte privind handicapul în dialogurile cu țările terțe și, dacă este cazul, să includă handicapul și aplicarea Convenției Națiunilor Unite luând în considerare angajamentele de la Accra în materie de eficiență a ajutorului. Acestea vor consolida acordurile și angajamentele în materie de handicap din cadrul forurilor internaționale (Națiunile Unite, Consiliul Europei, OCDE).

Obiectivul pincipal Promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități în cadrul acțiunii externe a UE.

Concluzie. Prezenta strategie are ca scop exploatarea potențialului combinat al Cartei drepturilor fundamentale a Uniunii Europene, al Tratatului privind funcționarea Uniunii Europene și al Convenției Națiunilor Unite, precum și utilizarea completă a strategiei „Europa 2020” și a instrumentelor sale.

Ea pornește un proces de consolidare a poziției persoanelor cu dizabilități, astfel încât acestea să poată participa complet în societate în condiții de egalitate cu ceilalți. Având în vedere că populația Europei îmbătrânește, aceste acțiuni vor avea un impact vizibil asupra calității vieții unei proporții crescânde de persoane.

Instituțiile UE și statele membre sunt invitate să colaboreze în cadrul acestei strategii pentru a construi pentru toți o Europă fără bariere.

Constituţia Republicii Moldova

Art. 51 din Constituția Republicii Moldova – Protecția persoanelor handicapate, prevede că

(1) persoanele handicapate beneficiază de o protecție specială din partea întregii societăți. Statul asigură pentru ele condiții normale de tratament, de readaptare, de învățământ, de instruire și de integrare socială.

(2) Nimeni nu poate fi supus nici unui tratament medical forțat, decât în cazurile prevăzute de lege.

3. Legea nr. 60/2016 cu modificările și completările ulterioare

În Republica Moldova, principalul act normativ care reglementează drepturile persoanelor cu dizabilități este Legea nr. 60/2012, lege care își propune să reglementeze drepturile persoanelor cu dizabilităţi în vederea incluziunii sociale a acestora, garantării posibilităţii participării lor în toate domeniile vieţii fără discriminare, la un nivel identic cu ceilalţi membri ai societăţii, avînd ca bază respectarea drepturilor şi libertăţilor fundamentale ale omului (art. 1).

Principiile pentru promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități:

a) respectarea drepturilor şi a libertăţilor fundamentale ale omului;

b) egalitatea de şanse;

c) egalitatea de tratament în ceea ce priveşte încadrarea în muncă şi ocuparea forţei de muncă;

d) solidaritatea socială

e) nediscriminarea;

f) parteneriatul;

g) libertatea opţiunii şi controlul sau decizia asupra propriei vieţi, asupra serviciilor şi formelor de suport de care beneficiază;

h) respectarea demnităţii inalienabile, a autonomiei individuale, a libertăţii de a face propriile alegeri şi a independenţei persoanei;

i) acceptarea persoanelor cu dizabilităţi ca parte a diversităţii umane şi a umanităţii;

j) participarea şi integrarea deplină şi efectivă în societate;

k) accesibilitatea;

l) egalitatea în drepturi a femeilor şi bărbaţilor;

m) respectarea capacităţilor de dezvoltare ale copiilor cu dizabilităţi şi a dreptului acestora de a-şi păstra propria identitate.

Principalele concepte/definiții date de legea nr. 60/2012 sunt:

persoană cu dizabilităţi – persoană cu deficienţe fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale, deficienţe care, în interacţiune cu diverse bariere/obstacole, pot îngrădi participarea ei deplină şi eficientă la viaţa societăţii în condiţii de egalitate cu celelalte persoane;

dizabilitate – termen generic pentru afectări/deficienţe, limitări de activitate şi restricţii de participare, care denotă aspectele negative ale interacţiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) şi factorii contextuali în care se regăseşte (factorii de mediu şi cei personali);

capacitate de muncă – raportul dintre posibilităţile biologice individuale şi solicitarea profesională; este determinată de abilităţile fizice şi intelectuale, precum şi de nivelul de integrare socioprofesională, care ţine de pregătire şi de experienţă;

incluziune socială – ansamblu de măsuri şi acţiuni multidimensionale din domeniile protecţiei sociale, ocupării forţei de muncă, locuirii, educaţiei, sportului, ocrotirii sănătăţii, informării şi comunicării, mobilităţii, securităţii, justiţiei şi culturii, precum şi din alte domenii destinate integrării persoanelor cu dizabilităţi în societate;

intervenţie timpurie (pentru copii) – proces de anticipare, identificare şi întreprindere a măsurilor eficiente pentru copil şi familie în scop de a minimaliza impactul şi consecinţele potenţial negative ale stării patologice a copilului şi de a contribui substanţial la sănătatea şi dezvoltarea acestuia;

asistenţă personală – servicii individualizate de asistentă (în domeniile protecţiei sociale, muncii, asistenţei medicale, instructiv-educativ, informaţional, accesului la infrastructură ş.a.) ce răspund nevoii de mobilitate şi altor nevoi ale copilului sau adultului cu dizabilităţi severe, care necesită sprijin în procesul de integrare în societate, oferite în baza unui program individual de reabilitare şi incluziune socială şi a evaluării iniţiale sau complexe;

adaptare rezonabilă – modificările şi ajustările necesare şi adecvate, care nu impun un efort disproporţionat sau nejustificat atunci cînd este necesar, pentru a permite persoanelor cu dizabilităţi să se bucure sau să-şi exercite, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, toate drepturile şi libertăţile fundamentale ale omului;

design universal – proiectarea produselor, mediului, programelor şi serviciilor astfel încît să poată fi utilizate de către toate persoanele, pe cît este posibil, fără să fie nevoie de o adaptare sau de o proiectare specială. Designul universal nu va exclude dispozitivele de asistare pentru anumite grupuri de persoane cu dizabilităţi atunci cînd este necesar;

standard adecvat de viaţă – protejarea şi promovarea dreptului persoanelor cu dizabilităţi la o alimentaţie, îmbrăcăminte şi locuinţă adecvate în condiţii de egalitate cu ceilalţi cetăţeni, fără discriminare pe criterii de dizabilitate;

accesibilitate – ansamblu de măsuri şi lucrări de adaptare a mediului fizic, transporturilor, precum şi a mediului informaţional şi comunicaţional, incluzînd tehnologiile şi sistemele informaţionale şi comunicaţiile, conform necesităţilor persoanelor cu dizabilităţi, factor esenţial de exercitare a drepturilor şi de îndeplinire a obligaţiilor persoanelor cu dizabilităţi în societate;

program individual de reabilitare şi incluziune socială – document elaborat de Consiliul Naţional pentru Determinarea Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă sau de structurile sale teritoriale, în care sînt stabilite recomandările generale privind activităţile şi serviciile de care persoana cu dizabilităţi are nevoie în procesul de incluziune socială;

reabilitare medicală – complex de măsuri din domeniul medical, acordate la toate etapele de asistenţă medicală (primară, secundară şi terţiară) persoanelor cu disfuncţionalităţi şi dizabilităţi, orientate spre menţinerea sănătăţii şi a calităţii vieţii persoanelor în cauză, spre prevenirea apariţiei sau reducerea dizabilităţilor prin aplicarea coordonată şi combinată a diverselor metode de recuperare medicală, funcţională şi psihică;

reabilitare profesională – complex de măsuri medicale, profesionale, sociale şi pedagogice orientate spre recuperarea sau compensarea funcţiilor dereglate ale organismului şi capacităţii de muncă a persoanei cu dizabilităţi care, din cauza stării de sănătate în interacţiune cu diverse obstacole, nu îşi poate desfăşura activitatea de muncă conform calificării;

loc de muncă protejat – spaţiul aferent activităţii profesionale a persoanei cu dizabilităţi, care cuprinde locul de lucru din clădirea instituţiei şi orice alt loc din interiorul instituţiei, precum şi din afara ei, la care persoana cu dizabilităţi are acces în timpul exercitării sarcinilor sale de lucru, adaptat nevoilor acesteia, inclusiv echipamentul şi căile de acces;

întreprinderi specializate – întreprinderile şi organizaţiile al căror capital statutar este deţinut în proporţie de 100% de societăţile şi asociaţiile obşteşti ale persoanelor cu dizabilităţi, create pentru realizarea scopurilor statutare proprii, în cadrul cărora 50% şi mai mult din numărul total al lucrătorilor angajaţi sînt persoane cu dizabilităţi. La întreprinderi specializate se atribuie, de asemenea, atelierele şi secţiile de ergoterapie, fără statut juridic, din cadrul instituţiilor sociale şi medicale, care au dreptul să desfăşoare activităţi economice independente, respectînd legislaţia în vigoare.

Standarde naţionale:

Protecţia persoanelor cu dizabilităţi în Republica Moldova este reglementată de Constituţia Republicii Moldova.

Constituţia Republicii Moldova, prin art. 51, garantează expres protecţia persoanelor cu dizabilităţi, care „ beneficiază de o protecţie specială din partea întregii societăţi.

Statul asigură pentru ele condiţii normale de tratament, readaptare, învăţămînt, instruire şi integrare socială’’; prin art.47, stipulează că ,,statul este obligat să ia măsuri pentru ca oricare om să aibă un nivel de trai decent care să-i asigure sănătate şi bunăstare lui şi familiei lui, cuprinzînd hrana, îmbrăcămintea, locuinţa, îngrijirea medicală, precum şi serviciile sociale. Cetăţenii au dreptul la asigurare în caz de invaliditate …în urma unor împrejurări independente de voinţa lor.’’

Protecţia drepturilor persoanelor cu dizabilităţi este prevăzută de un număr impunător de legi şi acte normative, care prevăd respectarea mai multor drepturi, stabilesc şi dezvoltă sistemul de protecţie socială, garantează şi asigură protecţia persoanelor aflate în dificultate:

• Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi, nr. 60 din 30.03.2012;

• Programul național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2017-2022. Aprobat prin HOTĂRÎRE a Guvernului RM Nr. 723 din 08.09.2017

• Legea privind protecţia socială a cetăţenilor care au avut de suferit de pe urma catastrofei de la Cernobîl, nr. 909-XII din 30.01.1992;

•Legea privind pensiile de asigurări sociale de stat, nr. 156-XIV din 14.10.1998;

• Legea privind asigurarea cu pensii a militarilor şi a persoanelor din corpul de comandă şi din trupele organelor afacerilor interne, nr. 1544 din 23.06.1993;

•Legea privind alocaţiile sociale de stat pentru unele categorii de cetăţeni, nr. 499-XIV din 14.07. 1999;

• Legea privind protecţia socială suplimentară a unor categorii de populaţie, nr. 121-XV din 03.05.2001;

• Legea privind cantinele de ajutor social, nr. 81-XY din 28.02.2003 şi Regulamentul-tip cu privire la funcţionarea cantinelor de ajutor social, Hotărîrea Guvernului nr. 1246 din 16.10 2003;

• Legea asistenţei sociale, nr. 547-XY din 25.12. 2003;

• Legea privind indemnizaţiile pentru incapacitate temporară de muncă şi alte prestaţii de asigurări sociale, nr. 289 din 22.07.2004;

• Legea cu privire la ajutorul social, nr. 133XVI din 13.06.08 ;

• Hotărârea Guvernului pentru aprobarea Regulamentului cu privire la modul de stabilire şi plată a ajutorului social, nr. 1167 din 16.10.2008;

• Codul muncii adoptat prin legea nr.154-XV din 28.03.2003;

• Hotărârea Guvernului RM cu privire la expertiza medicală a vitalităţii, nr. 688 din 20.06.2006;

• Hotărârea Guvernului nr. 711 din 09.08.2010 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea şi funcţionarea Serviciului social "Locuinţă protejată" şi a Standardelor minime de calitate;

• Hotărârea Guvernului nr. 936 din 08.10.2010 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea şi funcţionarea serviciului social "Casă comunitară" şi a standardelor minime de calitate;

• Hotărârea Guvernului nr. 314 din 23.05.2012 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea şi funcţionarea Serviciului social "Asistenţă personală" şi a Standardelor minime de calitate;

• Hotărârea Guvernului nr. 722 din 22.09.2011 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea şi funcţionarea Serviciului social "Echipă mobilă" şi a standardelor minime de calitate;

• Hotărârea Guvernului nr. 413 din 14.06.2012 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea şi funcţionarea Serviciului social "Respiro" şi a standardelor minime de calitate.

Prin Hotărârea Guvernului nr.723 din 08.09.2017 a fost aprobat ***Programul naţional de incluziune socială a persoanelor cu dizabilităţi, pentru anii 2017-2022***, în scopul executării prevederilor art.2 din Legea pentru ratificarea Convenţiei Organizaţiei Naţiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilităţi nr.166 din 9 iulie 2010, şi ale Legii privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi, nr.60 din 30 martie 2012[28].

În concordanţă cu pct.5 al acestui Program, implementarea va asigura respectarea drepturilor şi participarea persoanelor cu dizabilităţi în societate, va crea oportunităţi mai bune de incluziune socială, contribuind astfel la realizarea, de către Republica Moldova, a angajamentelor naţionale şi internaţionale asumate, în contextul obiectivelor strategice în domeniul asigurării drepturilor omului.

Potrivit pct.14. al actului normativ sus-menţionat, în urma analizei situaţiei au fost constatate o serie de aspecte particulare, care influenţează incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi în Republica Moldova, printre care: insuficienţa măsurilor de protecţie socială a persoanelor cu dizabilităţi în comunitate; accesul redus al persoanelor cu dizabilităţi la servicii medicale, de abilitare şi reabilitare de calitate; rata scăzută de angajare în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilităţi ca rezultat al pregătirii profesionale deficitare, lipsei serviciilor de reabilitare profesională, lipsei locurilor de muncă acomodate rezonabil la necesităţile persoanelor cu dizabilităţi; participarea redusă a persoanelor cu dizabilităţi la viaţa politică, publică şi culturală etc.

[28] GORAȘ-POSTICĂ Viorica, GUȚU Svetlana Educația incluzivă în republica moldova: repere legislativ-reglatorii actualizate și inegalități perpetuate, http://oaji.net/articles/2017/2056-1539850708.pdf

Unul dintre obiectivele esenţiale, în domeniul educaţiei, cuprinse la pct.56 al Programului îl constituie asigurarea dreptului la educaţie de calitate a copiilor şi tinerilor cu diferite tipuri de dizabilităţi în instituţiile de învăţământ în condiţii de egalitate cu ceilalţi.

În ***Strategia de dezvoltare a educaţiei pentru anii 2014-2020 „Educaţia-2020”*** se constată că impedimentele care stau în calea implicării indivizilor în educaţie sunt diverse, nu se exclud, ba chiar se pot amplifica reciproc, intensificând descurajarea indivizilor şi a familiilor acestora de a participa la procese educaţionale la toate nivelurile. Natura transversală a acestor bariere a stat la baza stabilirii mai multor obiective specifice, menite să crească gradul de participare şi accesul la educaţie pe parcursul întregii vieţi. Un loc aparte îl constituie Obiectivul specific 1.6. Promovarea şi asigurarea educaţiei incluzive la nivel de sistem educaţional, astfel încât să se realizeze o creştere anuală cu cel puţin 10% a ratei de acces al copiilor cu cerinţe educaţionale speciale la educaţie, care include multiple acţiuni prioritare, inclusiv armonizarea cadrului normativ naţional de dezvoltare a educaţiei incluzive cu politicile şi normele europene în domeniu, în vederea asigurării accesului la o educaţie de calitate pentru fiecare copil, tânăr sau adult, inclusiv pentru persoanele cu cerinţe educaţionale speciale etc.

De asemenea, în corespundere cu prevederile ***Codului Educației al Republicii Moldova***, stipulate la Capitolul VI, art.32, „învăţământul pentru copiii şi elevii cu cerinţe educaţionale speciale este parte integrantă a sistemului de învăţământ şi are drept scop educarea, reabilitarea şi/sau recuperarea şi incluziunea educaţională, socială şi profesională a persoanelor cu dificultăţi de învăţare, de comunicare şi interacţiune, cu deficienţe senzoriale şi fizice, emoţionale şi comportamentale, sociale”.

4. Cadrul instituţional al protecţiei sociale a persoanelor cu dizabilităţi

Din cadrul instituţional al protecţiei sociale a persoanelor cu dizabilităţi fac parte instituţii de nivel central, teritorial şi local.

La nivel central activează: Ministerul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei (MMPSF) - autoritatea care elaborează politici de protecţie socială, evaluează funcţionarea sistemului de protecţie socială, exercită controlul asupra realizării lor, contribuie la dezvoltarea sistemului de servicii sociale, promovează variantele de alternativă ale instituţionalizării etc.; Casa Naţională de Asigurări Sociale (CNAS) - instituţie publică autonomă de interes naţional, cu personalitate juridică ce administrează şi gestionează sistemul public de asigurări sociale; Consiliul Republican de Expertiză Medicală a Vitalităţii (CREMV) - unicul organ de stat cu împuterniciri plenipotenţiare în domeniul expertizei medicale a vitalităţii.

La nivel teritorial activează: direcţiile raionale/municipale de asistenţă socială şi protecţie a familiei; casele teritoriale de asigurări sociale; consiliile de expertiză medicală a vitalităţii, care realizează politica de asistenţă socială, asigurare socială şi asigură aplicarea legislaţiei la nivel teritorial.

La nivel local activează: primăriile locale; organizaţiile nonguvernamentale. Acţiunile de asistenţă socială se realizează de asistenţii sociali şi lucrătorii sociali.

Toţi membrii societăţii, inclusiv persoanele cu dizabilităţi, se bucură de aceleaşi drepturi, care includ drepturile civile, politice, sociale şi culturale, printre care:

- dreptul la viaţă, libertate şi securitatea persoanei, respectul integrităţii fizice şi mentale;
- dreptul la nivel adecvat de viaţă;
- egalitatea în faţa legii fără discriminare;
- protecţia împotriva torturii, exploatării, violenţei şi abuzului;
- dreptul de a trăi în comunitate şi de a participa la viaţa politică, publică, culturală;
- libertatea de exprimare şi opinie;
- dreptul la educaţie, sănătate, muncă;
- dreptul la asistenţă socială prin intermediul diferitor alocaţii şi servicii sociale.

Persoana cu dizabilităţi are dreptul la:

- Pensie de invaliditate;
- Asistenţă şi protecţie socială;

• Alocaţii sociale de stat stabilite pentru invalizii de gradele I, II, III; invalizii din copilărie de gradele I, II, III; copiii invalizi în vîrstă de pînă la 16 ani, cu severitatea I, II, III; invalizi de gradul I nevăzători – pentru însoţire şi îngrijire la domiciliu;

• Ajutor social;

Ajutor pentru perioada rece a anului;

• Asistenţă medicală gratuită în instituţiile medicale de stat;

• Reabilitare medicală, profesională şi socială în centrele specializate de reabilitare complexă, secţiile centrelor de sănătate şi staţionare de tratament de întremare în instituţiile curativ-profilactice; îngrijire permanentă în case-internat, case de locuit speciale cu un complex de servicii de reabilitare şi servicii sociale pensionate; centre de deservire socială; servicii de deservire socială la domiciliu; asigurare gratuită sau în condiţii avantajoase cu mijloace ajutătoare tehnice, fonoamplificatoare şi semnalizatoare, dispozitive şi aparate individuale;

• Studii medii generale, medii de specialitate şi superioare în instituţiile de învăţămînt de tip general şi special; asigurare cu bursă, indiferent dacă primeşte pensie sau alocaţii;

• Instruire, pregătire profesională şi ridicarea nivelului profesional în diferite forme: învăţămînt la zi, frecvenţă redusă, individual, în grupe, clase speciale, la domiciliu;

• Acces gratuit sau în condiţii avantajoase la obiectele social-culturale şi la complexele sportive;

• Muncă care să corespundă normelor de protecţie a muncii în întreprinderi, instituţii şi organizaţii cu condiţii obişnuite de muncă, în secţii şi sectoare specializate, practicarea muncii individuale;

• De participare la elaborarea cadrului juridic care vizează drepturile şi interesele sale.

Dreptul la protecţie socială presupune obligaţia statului de a întreprinde măsuri adecvate pentru a oferi fiecărei persoane un nivel de trai decent, prin acordarea de pensii şi ajutor în caz de boală, invaliditate, şomaj, alte cazuri de pierdere a mijloacelor de existenţă. În contextul dat, statul promovează politici sociale ajustate la condiţiile existente conform standardelor europene din domeniu.

5. Organizarea şi funcţionarea sistemului de asistenţă socială

Încadrarea în grad de invaliditate

Decizia privind dizabilitatea persoanei este luată de Consiliul de Expertiză Medicală a Vitalităţii (CEMV) în baza factorilor clinici, psihici, de mediu şi profesionali: caracterul îmbolnăvirii; gradul deficienţei; eficienţa tratamentului şi activităţilor de reabilitare; starea mecanismelor compensatorii; pronosticul clinic şi de muncă; posibilitatea adaptării sociale; necesitatea de susţinere socială; condiţiile şi specificul muncii; nivelul pregătirii profesionale; vîrsta etc.

Criteriul de stabilire a dizabilităţii îl constituie gradul de limitare a vitalităţii, condiţionat de reducerea sau pierderea capacităţii de studii, deplasare, orientare în spaţiu, controlul comportamentului său, autodeservire, participare în activitatea de muncă, limitarea vitalităţii fiind divizată pe următoarele grade:

- mediu (25 – 49%);
- accentuat (50 – 74%);
- sever (peste 75%).

În conformitate cu normele internaţionale uzuale, dizabilitatea este stabilită dacă gradul de limitare a vitalităţii depăşeşte 25 la sută. Limitarea moderată, pronunţată şi accentuat pronunţată a vitalităţii corespunde invalidităţii de gradul III, II şi I.

Persoanele cu dizabilităţi beneficiază de o reexpertizare periodică a stării lor. Reexpertizarea persoanei poate fi efectuată înainte de termen, dar nu mai tîrziu de două luni pînă la următoarea reexpertizare preconizată.

Pensia pentru invaliditate se stabileşte persoanei care şi-a pierdut total sau parţial capacitatea de muncă, iar factorii care au determinat invaliditatea trebuie să fie confirmaţi din punct de vedere juridic prin documente corespunzătoare. În acest sens, CEMV stabileşte următoarele cauze ale invalidităţii:

• îmbolnăvire generală, survenită în rezultatul oricărei boli;

- accident de muncă, produs în timpul exercitării unor lucrări în interesul întreprinderii/ instituţiei, practicii de producţie, îndeplinirii misiunilor de importanţă statală ori publică, pază a securităţii de stat şi asigurare a ordinii publice de drept etc.;
- boală profesională, survenită în urma unei boli generate de influenţa factorilor nocivi caracteristici profesiei, condiţiilor de muncă în ramura de producţie etc.;
- invaliditate din copilărie, survenită în urma unei boli sau a unei mutilări care au avut loc până la împlinirea verstei de 16 ani, confirmate prin documentele medicale, iar pentru persoanele care urmează studii (elevi, studenţi) – până la atingerea verstei de 18 ani;
- sindromul "Cernobîl", stabilit persoanelor care au participat la lichidarea consecinţelor avariei de la CAE Cernobîl ori au fost iradiate pe teritoriile afectate de substanţe radioactive;
- invaliditate în legătură cu serviciul militar, stabilită în timpul efectuării serviciului militar, în termen de trei luni după demobilizare, mai târziu de trei luni după demobilizare, ca urmare a rănirii, contuziei, mutilării ori bolii, produse în timpul serviciului militar, confirmate de actele corespunzătoare.

Important! Sistemul de expertizare a vitalităţii urmează a fi reformat de la modelul medical către cel sociomedical. Astfel, la stabilirea dizabilităţii se va lua în considerare procentajul capacităţii de muncă. Potrivit Legii nr. 60 din 30.03.2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi, noile reglementări vor intra în vigoare de la 01.01.2013.

Persoanele cu dizabilităţi ce deţin grad de dizabilitate sînt în drept să beneficieze de pensie de invaliditate, în cazul în care realizează un stagiu de cotizare raportat la vîrsta sa, în conformitate cu legislaţia în vigoare. În situaţia în care persoana nu întruneşte condiţiile pentru obţinerea dreptului la pensie, acestuia i se stabileşte dreptul la alocaţie de invaliditate. Cuantumul mediu al pensiei de invaliditate, la 01.07.2012, constituia 783,31 lei.

6. Prestaţiile şi serviciile de asistenţă socială acordate persoanelor cu dizabilităţi

Persoanele cu dizabilităţi beneficiază de următoarele prestaţii băneşti: alocaţii sociale de stat, alocaţii pentru îngrijire, ajutor social, ajutor pentru perioada rece a anului, alocaţii lunare de stat, compensaţii pentru transport, ajutor material din fondurile locale de susţinere socială a populaţiei.

Alocaţiile sociale de stat sunt prestaţii băneşti lunare sau de o singură dată, alocate persoanelor invalide care nu îndeplinesc condiţiile pentru obţinerea dreptului la pensie de asigurări sociale.

Beneficiază de **alocaţii sociale de stat**:

• invalizii de gradul I, II, III, cu boală obişnuită, care nu au acumulat stagiul de cotizare pentru stabilirea pensiei de invaliditate;

• copiii invalizi în vârstă de până la 16 ani cu severitatea I, II, III, cărora se stabileşte invaliditatea cu afecţiune medie, accentuată sau gravă;

• invalizii din copilărie de gradul I, II, III, persoane cu dizabilităţi din copilărie, care nu au acumulat stagiul de cotizare pentru stabilirea pensiei de invaliditate, inclusiv copiii cu vârsta de la 18 ani;

• persoanele apte de muncă, care îngrijesc la domiciliu un copil invalid în vârstă de până la 18 ani, cu severitatea I;

• persoanele care îngrijesc la domiciliu şi însoţesc un invalid de gradul I nevăzător.

Ajutor social reprezintă o plată bănească de susţinere a familiilor defavorizate care se află în situaţii de risc social.

Condiţia de bază pentru a beneficia de ajutor social este ca fiecare membru al familiei să se încadreze în cel puţin una dintre următoarele situaţii:

a) a atins vârsta necesară pentru stabilirea pensiei conform legislaţiei;

b) e persoană încadrată în diferite grade de invaliditate;

c) e şomer înregistrat la Agenţia Teritorială pentru Ocuparea Forţei de Muncă în a cărei rază teritorială îşi are domiciliul şi nu refuză un loc de muncă sau participarea la servicii de stimulare a ocupării forţei de muncă şi la lucrări public oferite de agenţii;

d) se află în perioada dintre săptămâna a 30-a de sarcină şi săptămâna a 12-a după naştere în cazul în care copilul se naşte mort sau moare în perioada concediului postnatal, ori îngrijeşte un copil până la vârsta de 3 ani;

e) îngrijeşte un membru/membri ai familiei încadraţi în gradul I de invaliditate care necesită îngrijire conform concluziei Consiliului de Expertiză Medicală a Vitalităţii, îngrijeşte un copil/copii invalizi din aceeaşi familie sau o persoană în vârstă de peste 75 de ani din aceeaşi familie conform concluziei Consiliului medical consultativ.

Ajutorul pentru perioada rece a anului reprezintă o formă de susţinere socială în perioada rece a anului a familiilor aflate în situaţii de risc social. **Condiţiile de bază pentru stabilirea ajutorului pentru perioada rece** a anului sunt:

- familia trebuie să fie beneficiară de ajutor social;
- familia trebuie să deţină un venit global mediu lunar mai mare decât venitul lunar minim garantat conform legislaţiei şi mai mic decât nivelul venitului lunar minim garantat majorat de 1,4 ori. În baza modificărilor legislative operate:
- s-a stabilit dreptul la ajutor social, în 2011 mărimea medie a acestuia fiind de 800 de lei/lunar;
- s-a stabilit dreptul la ajutor pentru perioada rece a anului;
- cuantumul mediu al pensiei de invaliditate după indexarea din 01.04.2012 este de 783,31 lei/lunar;
- cuantumul alocaţiei de invaliditate din 2009 a crescut cu 13,54%;

Alocaţia pentru îngrijire în mărime de 300 de lei se stabileşte:

- persoanelor care îngrijesc la domiciliu un copil invalid, în vârstă de până la 18 ani, cu severitatea I;
- invalizilor din copilărie de gradul I, cu condiţia că nu se află la întreţinerea deplină a statului;
- invalizilor de gradul I nevăzători
- pentru însoţire şi îngrijire la domiciliu.

Persoana care îngrijeşte doi sau mai mulţi copii invalizi/cu dizabilităţi beneficiază de o singură alocaţie. **Serviciile sociale** de care beneficiază persoanele cu dizabilităţi includ:

- servicii sociale de stat;
- servicii acordate în instituţii specializate şi susţinute din bugetul de stat: instituţiile rezidenţiale;
- aziluri pentru bătrâni, centre de reabilitare, protezare şi recuperare, şcoli auxiliare, case de copii, internate, centre sociale de zi sau de noapte; servicii acordate în instituţiile de asistenţă socială;
- servicii ale secţiilor de deservire socială la domiciliu; servicii de incluziune socială a persoanelor cu dizabilităţi mintale, examinarea la domiciliu de către consiliile de expertiză medicală a vitalităţii; servicii sociale ale administraţiei publice locale;
- susţinute din bugetul local şi comunitate; servicii sociale ale organizaţiilor nonguvernamentale;
- în baza proiectelor susţinute financiar de organizaţii internaţionale.

Persoanele cu dizabilităţi pot beneficia de **serviciile cantinelor de ajutor social**, care oferă următoarele servicii: pregătirea şi servirea zilnică a unei mese (prânzul); transportarea gratuită la domiciliu a hranei pentru persoanele care nu se pot deplasa la sediul cantinei; pregătirea şi distribuirea hranei prin centrele mobile de deservire.

Este important să cunoşti!

În relaţiile de muncă, persoanele cu dizabilităţi beneficiază de:

- durată de muncă redusă de 30 de ore pe săptămână, norme reduse de lucru, fără diminuarea drepturilor salariale - invalizii de gradul I şi II, femeile care au copii invalizi în vârstă de până la 16 ani;
- ziuă sau săptămână de muncă parţială - salariatul care are copii invalizi în vârstă până la 16 ani (inclusiv aflaţi sub tutelă) ori care îngrijeşte de un membru al familiei bolnav. Retribuirea muncii este efectuată proporţional timpului lucrat sau în funcţie de volumul lucrului prestat;
- o zi liberă pe lună, suplimentar, în baza cererii scrise, cu menţinerea salariului mediu din contul angajatorului - unul din părinţi (tutore, curator), care educă un copil invalid;
- •concediu de odihnă anual suplimentar plătit cu 4 zile calendaristice pentru persoane cu dizabilităţi accentuate şi cu 12 zile calendaristice pentru persoane cu dizabilităţi severe.

Nu se admite refuzul neîntemeiat al administraţiei de a încheia un contract individual de muncă sau de avansare în serviciu, de concediere, de transfer al persoanei cu dizabilităţi la altă muncă, fără acordul ei scris, din motive de dizabilitate; concedierea persoanei care frecventează cursuri de reabilitare medicală, profesională şi socială în instituţii respective, indiferent de termenul aflării în aceste instituţii.

Ziua de 3 decembrie a fost declarată de Adunarea Generală a ONU (1992) Zi Internaţională a Persoanelor cu Dizabilităţi.

Tema 4: PROBLEMATICA ŞI REINSERŢIA SOCIALĂ A PERSOANELOR CU DIZABILITĂŢI

1. Problematica inadaptării persoanelor cu dizabilități
2. Recuperarea persoanelor cu dizabilități
3. Recuperarea biologică şi medicală a persoanelor cu dizabilități
4. Recuperarea socială a persoanelor cu dizabilități mintal
5. Readaptarea socială şi integrarea persoanelor cu dizabilități
   5.1. *Educaţia în familie*
   5.2. Educaţia în şcoală
6. Orientarea şi integrarea profesională
   6.1. Particularităţi ale activităţii de orientare şcolară şi profesională a persoanelor cu dizabilităţi vizual
   6.2. Activitatea persoanelor cu dizabilități în atelierul protejat
   6.3. Adaptarea locurilor de muncă pentru persoane cu dizabilități, element important în reinserţia socială
7. Integrarea socială

Referințe:

1. Asistența socială în protecţia persoanelor cu dizabilităţi. Suport de curs. Formator: lect. univ. dr. Petronela Maria Talpaş. Pag. 16-36 http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf
2. Albu Adriana, Albu Constantin. Asistenţa psihopedagogică şi medicală a copilului deficient fizic, Ed. Polirom, Iaşi, 2000, p.28.
3. Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova/ Maria Bulgaru, Nicolae Sali, Tatiana Gribincea. – Chișinău, 2008. p. 406-440
4. Ghid teoretico-practic pentru asistența socială multifuncțională comunitară/ Agapii Eugenia, Botnari Valentina, Bulgaru Maria et. al; coord. șt.: Aurelia Racu; APDI NUMANITAS. – Chișinău: Pontos, 2018. 432 p.
5. Racu Aurelia, Popovici Doru Vlad, Crețu Verginia, Racu Sergiu, Bucinschi Cătălin. Asistența social a persoanelor cu dizabilități. – Chișinău, Ed. Pontos, 2007. 300 p.
6. http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf
7. http://www.viitorul.org/files/MONITORUL_SOCIAL%20dizabilitati_0.pdf

1. Problematica inadaptării persoanelor cu dizabilități[29]

Din punct de vedere semantic, termenul de in-adaptare este un cuvânt compus, construit prin aplicarea notelor conceptuale ale adaptării. În inadaptare este deci negat conţinutul semantic pe care adaptarea îl afirmă; ceea ce înseamnă că determinarea conţinutului inadaptării nu poate fi realizată decât indirect prin medierea adaptării, pornind aşadar de la analiza şi descifrarea structurii semantice a adaptării.

La nivelul limbajului natural, când spunem adaptare, evocăm simultan cel puţin doi termeni:

- entitate (structură, sistem) care se adaptează;
- entitate (structură, sistem) faţă de care se produce adaptarea.

Poate fi identificat şi un al treilea termen care este de fapt însăşi relaţia (conexiunea sau interacţiunea) dintre cei doi termeni bipolari.

După criteriul factorului dominant, am putea diferenţia următoarele modalităţi de adaptare: 1. Adaptarea prin asimilare (modalitatea cea mai dezirabilă) - se produce când

[29]Asistența socială în protecţia persoanelor cu dizabilităţi. Suport de curs. Formator: lect. univ. dr. Petronela Maria Talpaş. Pag.16-36 http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf

pulsurile şi disponibilităţile de acţiune sunt suficient de puternice pentru a putea învinge rezistenţele exterioare.

2. Adaptarea prin acomodare - se produce atunci când, datorită dificultăţilor mediului, subiectul renunţă la dorinţele sau la intenţiile de afirmare iniţiale, adoptând o atitudine preponderent conformistă.

3. Adaptarea prin deplasare - se produce atunci când subiectul, neavând energia necesară (sau neindentificând mijloacele potrivite) pentru a înfrânge ostilitatea mediului sau pentru a-şi impune o reprimare reală a tendinţelor naturale, caută să deturneze calea normală de satisfacere spre direcţii mai facile, mai lipse de obstacole.

Trebuie să ne obişnuim cu ideea că adaptarea, împreună cu corolarul ei negativ,inadaptarea, nu se pot institui ca procese cu semnificaţii conceptuale „ în sine", univoce şi stabile, invariabile şi necondiţionate. Avem de-a face cu concepte relative, cu semnificaţii mobile şi care se cer a fi interpretate evolutiv şi contextual.

O inadaptare determinată (spre exemplu) îşi va prelua caracteristicile de conţinut atât din sfera particularităţilor celui ce urmează să se adapteze (vârsta copilului, nivelul de dezvoltare, nivelul de aspiraţii, etc.), cât şi din sfera particularităţilor ambianţei existenţiale (a mediului în care este „amplasat" sau în care urmează a se integra funcţional entitatea de adaptat).Avem deci două procese evolutive cu identităţi fluctuante puse în corespondenţe condiţionate.

După părerea unor reprezentanţi ai psihanalizei, chiar în clipa naşterii, când fiinţa umană este „aruncată în lume", primul ţipăt al copilului nu poate fi interpretat decât ca un simptom al inadaptării şi ca un prim protest în faţa lumii pe care o simte ca dezagreabilă. Ne naştem deci ca fiinţe inadaptate şi este clar că dacă individualitatea infantilă fragilă nu ar primi sprijin din partea adultului, ea nu ar putea supravieţui. Şi totuşi copilul nu plânge tot timpul. Înseamnă că inadaptarea este oarecum parţială, tranzitorie şi ciclică. În mod real, procesul evoluţiei (sau involuţiei) nu ne relevă decât o alternanţă între inadaptare şi adaptare (deşi simptomele inadaptării nu apar decât în ipostazele actuale ale factorilor perturbatorii). Aproape întreaga noastră existenţă se derulează ca o luptă perpetuă cu fenomenele şi procesele inadaptării. Când inadaptabilitatea depăşeşte limitele fireşti ale unor perturbări de echilibre efemere, noi nu o resimţim subiectiv ca o stare de inconfort sau angoasa. Când însă fenomenele de inadaptare ating nivelul de actualizare sau cronicizare, subiectivitatea noastră devine tensionată, precaută, stresantă, iar inadaptabilitatea o resimţim ca atare, ca neconcordanţă dintre eul nostru şi lumea care ne înconjoară.

Fenomenele şi procesele de inadaptare se extind şi se complexifică pe măsură ce intervin componentele sociale, etice, culturale, estetice ale mediului existenţial; astfel mediul se transformă într-o sursă permanentă de inadaptaţi.

Vom considera ca inadaptaţi doar indivizii cu abateri semnificative, relativ majore şi stabile de la coordonata evoluţiei umane. Analitic vom considera ca inadaptaţi subiecţii care:

1. Fiind afectaţi de anomalii, deficienţe, incapacităţi sau defecte de caracter se află în conflict prelungit cu cerinţele, imperativele şi „ presiunile" realităţii înconjurătoare.
2. Având inteligenţă, caracteristici şi capacităţi normale, suferă de pe urma unui mediu neadecvat nevoilor lor corporale, afective, intelectuale sau spirituale.
3. Având deficienţe constitutive sau dobândite, trăiesc totodată şi într-un mediu precar, neadecvat corectării sau ameliorării disfuncţionalităţilor de care sunt afectaţi.

În prima situaţie, inadaptarea ţine de individ; în cea de a doua ea este provocată de mediu; iar în cea de a treia situaţie, inadaptarea este imputabilă atât individul cât şi mediului.

În condiţiile determinate, un individ poate să-şi depăşească situaţia de inadaptat. Dacă un copil inadaptat a fost plasat într-un context educaţional de excepţie (într-o şcoală ajutătoare, de exemplu), nu trebuie să considerăm acest plasament ca definitiv. În ipoteza unor procese recuperatorii consistente şi semnificative, copilul poate fi readus în sistem educaţional normal.

Pornind de la premisa că inadaptarea umană este fenomenul bio-psiho-social multifuncţional şi cu numeroase manifestări asociate (formele mixte fiind cele mai frecvente). Robert Lafon este de părere că sistematizarea inadaptării nu se poate să pornească de la prezenţa

sau absenţa exclusivă a unui factor izolat, ci de la o pondere sau o prevalenţă. În raport de implicarea determinată a factorilor biologici, psihologici sau sociali, sfera inadaptărilor posibile ar putea fi divizată astfel:

- Inadaptări preponderent biologice sau somatice;
- Inadaptări preponderent psihologice;
- Inadaptări preponderent sociale.

Prin aplicarea criteriului factorului dominant, aceste trei mari categorii de inadaptări pot fi la rândul lor divizate, obţinându-se forme şi ipostaze particulare. Clasificările acestor forme particulare sunt implicate în clasificările incapacităţilor şi handicapurilor.

2. Recuperarea persoanelor cu dizabilităţi[30]

În zilele noastre medicina şi educaţia restituie vieţii şi activităţii sociale un număr imens de persoane cu dizabilități. Acţiunea complexă de recuperare urmăreşte restabilirea fizică, psihică şi socială a tuturor tipurilor de handicap prin mijloace medicale (chirurgicale, terapie medicamentoasă etc.), reeducativ – funcţionale, ergoterapie (terapie prin muncă), psihoterapie, dezvoltarea activităţii de învăţare, dezvoltarea personalităţii, formarea profesională şi integrarea socială.

Această activitate care se desfăşoară în instituţiile medcale, educative, balneoclimaterice, şcoli speciale de cultură generală, şcoli profesionale, ateliere protejate etc, este efectuată de o multitudine de specialişti: medici, profesori, psihologi, educatori specializaţi, asistenţi sociali etc.

Organismul uman dispune de imense posibilităţi energo-funcţionale pe care le poate mobiliza în lupta cu consecinţele diferitelor tipuri de handicap, pentru a se echilibra şi a se adapta compensator la cerinţele în continuă schimbare a mediului, ale activităţii şi producţiei. În condiţiile tulburării sau distrugerii unor componente, compensaţia se defineşte prin capacitatea organismului de a se structura funcţional.

Fenomenul de adaptare compensatorie este prezent la toate tipurile de handicapuri, având specialitatea şi limitele sale. De exemplu elevul T.F. cu ambele mâini amputate, îşi elaborează transferul funcţiilor mâinii drepte la picior, reuşind să şi deseneze cu deosebită acurateţe. Alt caz se referă la subiectul O.G. imbecil, care realizează calcule în matematică, depăşind specialişti din acest domeniu prin unele din performanţele sale.

Fenomenul compensaţiei a format obiectul cercetărilor a unor diferiţi fiziologi, medici şi psihologi ca : P.Janet, I.P.Pavlov, S.Freud, A.Adler şi alţii. Analiza mecanismelor compensării trebuie să plece de la clarificarea celor trei noţiuni care în practică sunt insuficient diferenţiate şi uneori se confruntă: recuperarea biologică- medicală, compensarea şi recuperarea socială . Pentru recuperarea biologică se foloseşte un sistem de intervenţii medicochirurgicale,de terapie complexă, de educaţie fizică medicală şi protezare. În procesul compensării trebuie să primeze activitatea, mişcarea organului sau organismului, un activism integral care este condiţia esenţială restructurării fizice, psihice şi morale.

Deşi recuperarea biologică poate produce în timp procesul compensator, în unele cazuri ele se pot desfăşura concomitent, în raport cu natura handicapului şi cu unii factori implicaţi. Recuperarea relativă a unui braţ amputat, de exemplu, poate să se realizeze printro pensă sau o proteză, dar compensarea funcţiei braţului pierdut este un proces de exerciţiu, de învăţare, de elaborare a unei noi scheme funcţionale în biomecanica organismului, un proces de durată, de readaptare şi echilibru în condiţiile noi. Evoluţia acestui proces, caracterizat prin flux şi reflux se termină în general printr-un proces adaptativ de nivele diferite, prin ceea ce se numeşte recuperare socială.

Recuperarea socială implică drept scop final integrarea în viaţa socială prin practicarea unei profesiuni şi echilibrarea morală a personalităţii. Ea presupune realizarea recuperării biologice, precum şi compensarea funcţională şi morală a persoanei cu dizabilități.

---

[30]Asistența socială în protecţia persoanelor cu dizabilităţi. Suport de curs. Formator: lect. univ. dr. Petronela Maria Talpaş. Pag.16-36 http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf

Dacă în recuperarea biologică - medicală un rol predominant îl au metodele medicale-chirurgicale, în compensare şi în recuperarea socială, rolul predominant revine procesului învăţării, deci pedagogului, psihologului şi tehnicianului (pentru protezarea tehnică şi electronică).

Mecanismele prin care se realizează recuperarea biologică, compensarea şi recuperarea socială sunt definitive, având specialitatea lor. Există cazuri în care pierderea unui organ pereche sau numai a funcţiei sale (unul din ochi, un braţ, un picior sau o mână) este suplinită de organul rămas normal, sau este transferată de la membrele superioare la membrele inferioare(în amputarea ambelor mâini).

Cercetările arată că la orbii cu deficienţă survenită, zona vederii nu reprezintă o pată oarbă, ci aici se propagă aceleaşi unde cerebrale ca la omul cu vedere normală. La orbii surveniţi, datorită elaborării şi menţinerii stereotipurilor dinamici vizuale din perioada anterioară orbirii, se păstrează o serie de deprinderi vizuale care se manifestă şi în activităţile lor de după orbire, când lucrează în producţie, de exemplu aceşti nevăzători „ urmăresc” cu privirea operaţiile de muncă, ca şi cum ar vedea. Când citesc „urmăresc” cu privirea rândurile din carte. Ei execută mai corect un desen cu ochii deschişi decât dacă îi ţin închişi. Orbii surveniţi apreciază cu mult mai uşor distanţele (m, km) decât orbii congenitali. Astfel de acţiuni compensatorii în conduita nevăzătorilor care păstrează reprezentări vizuale nu se întâlnesc în general la nevăzătorii congenitali sau în orbirea survenită până la vârsta de 2-3 ani. La orbii congenitali, lipsa totală a reprezentărilor vizuale face ca încă de la naştere să se elaboreze structura unei scheme funcţionale şi nu restructurarea schemei. Astfel compensarea se realizează printr-un proces de relativă echivalenţă în funcţie de conţinutul şi forma reflectorie a analizatorilor rămaşi normali, precum şi de o serie de factori care definesc persoana în ansamblu. La orbi particularităţile elaborării fenomenului compensator pot fi foarte bine surprinse în acea formă particulară a procesului de cunoaştere care este orientarea în spaţiu.

Un loc deosebit de important în compensarea fenomenului de orbire îl ocupă cuvântul, prin care calitatea sa de a suplini prin noţiuni integratoare datele senzoriale ale lumii obiective: obiectele şi fenomenele în relaţiile de cunoaştere, în procesul muncii şi în educaţie, cuvântul persoanei cu dizabilități, normal sugerează, compară şi face analogii, descrie, dă indicaţii, aprobă şi dezaprobă, orientând cunoaşterea omului lipsit de vedere. În acest mod, cuvântul permite suplinirea prin imagini verbale şi noţiuni a acelor aspecte senzoriale inaccesibile omului lipsit de vedere. În surditatea timpurie,care atrage după sine şi pierderea vorbirii, un rol compensator important îl deţine analizatorul vizual, prin recepţia optică sau prin interacţiunea văzmişcare în variantele ei aspecte – labio-lectură (comunicarea prin citirea pronunţiei pe buzele interlocutorului) sau prin dactilare (comunicare prin semne).

Un rol important în procesul compensator în handicapul de auz îl deţine aparatura electronică, dintre care cel mai important este biosciloscopul catolic. Folosirea acestuia atât ca mijloc compensator, cât şi ca metodă de educare a vorbirii este tot atât de utilă în logopedie, cât şi în laringectomie.

În handicapul mintal abordarea problemei compensaţiei reprezintă o foarte mare dificultate, iar tratarea ei impune o deosebită prudenţă. Dat fiind faptul că în oligofrenie atât scoarţa cerebrală, cât şi subscoarţa reprezintă tulburări grave în zone şi la niveluri diferite, modalităţi de suplinire a funcţiilor lezate, precum şi capacitatea de restructurare a schemei funcţionale în astfel de condiţii devin imposibile fără un potenţial energetic care să poată compensa funcţia zonelor lezate. Identificarea unui astfel de proces este dificil de realizat prin metode clinice sau psihologice.

În oligofrenie, în formele de debilitate mintală şi în formele mai uşoare de imbecilitate, oricare ar fi bazele pe care este abordată interpretarea fenomenului compensator (biochimic, fiziologioc etc.), trebuie menţionat rolul terapiei complexe, îndeosebi al terapiei pedagogice şi al terapiei prin muncă fizică (ergoterapie).

3. Recuperarea biologică şi medicală a persoanelor cu dizabilități[31]

Pentru ca un copil cu dizabilități fizic să poată fi redat unei vieţi potrivite posibilităţilor sale şi utilă societăţii, se cer epuizate toate mijloacele medicale disponibile pentru a realiza recuperarea sa funcţională. Recuperarea medicală a persoanelor cu dizabilități fizic se face cu ajutorul mijloacelor fizice, a ceea ce în general se numeşte fizioterapie sau cum o mai denumesc francezii, medicină fizică.

În aplicarea mijloacelor medicale de recuperare trebuie ţinut seama de obiectivele care se urmăresc. În aprecierea posibilităţilor medicale de readaptare se iau în considerare:

- Tipul de leziune;
- Interesarea sau nu a sistemului nervos;
- Constituţia individului;
- Precocitatea tratamentului.

Mijloacele chimice – arsenalul medicamentos – sunt adjuvante folosite fie pentru învingerea durerii sau a spasmului, fie pentru a favoriza creşterea somatică, dezvoltarea nervoasă superioară; ele sunt preţioase pentru tratamentul de recuperare.

Reeducarea neuromotorie se bazează pe utilizarea factorilor fizici – naturali sau artificiali - care pot contribui la redobândirea deprinderilor motorii.

Metodele terapeutice cele mai frecvent utilizate în recuperarea persoanelor cu dizabilități fizic sunt:

a) kineterapia – este un mijlocul acela mai important pentru a readapta o persoană handicapată fizic termenul include toate formele de tratament prin mişcare.

b) gimnastica medicală – foloseşte mişcarea, exerciţiile fizice, în revenirea şi tratarea unor boli; există atât gimnastică activă, cât şi gimnastică pasivă;

c) mecanoterapia - este aceea formă de gimnastică medicală care se face cu ajutorul aparatelor fixe;

d) masajul - este unul din mijloacele terapeutice cele mai vechi, definit ca „ansamblu de acţiuni sistematice, manuale sau mecanice, exercitate asupra părţilor moi ale corpului, capabile să producă efecte fiziologice şi terapeutice utile organismului”;

e) ergoterapia – este acea formă de tratament kinetic ce foloseşte pentru readaptare muncii, diverse activităţi practice sau recreative; ea are drept scop: recuperarea unei funcţii pierdute, adaptarea persoanei cu dizabilități cu deficienţa sa şi adaptarea uneltelor sau maşiniştilor la posibilităţile funcţionale ale persoanei cu dizabilități.

f) kinetohidroterapia – gimnastica în apa;

g) climatoterapia – recurge la factorii climatici în scop terapeutic sau al creşterii potenţialului biologic;

h) helioterapia – foloseşte razele ultraviolete şi pe cele infraroşii din lumina solară;

i) balneoterapia – cuprinde folosirea băilor în ape de o anumită calitate şi băutul sau inhalarea apelor din izvoarele naturale cu concentrării de săruri minerale.

Atunci când au fost epuizate posibilităţile mijloacelor fizice şi medicamentoase, mai rămân cazuri care beneficiază de aportul protezării şi al chirurgiei ortopedice.

Protezarea

Protezarea aparţine ortopediei, reprezintă un factor de o deosebită importanţă în recuperarea funcţională. Trebuie să subliniem că în anumite cazuri recuperarea nu se poate lipsi de confecţionarea unor aparate ortopedice.

Termenul general acceptat de protezare nu se referă numai la „înlocuirea unui organ sau a unui segment de membru” cu o piesă artificială, care eventual poate fi capabilă să înlocuiască şi funcţiunea (proteză pentru membrul inferior sau proteza dentară), spre deosebire de proteza oculară sau proteza de paradă pentru mână. Includem aici grupa mare de aparate ortopedice.

[31] Asistența socială în protecţia persoanelor cu dizabilități. Suport de curs. Formator: lect. univ. dr. Petronela Maria Talpaş. Pag.16-36 http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf

Aparatele ortopedice sunt deosebit de numeroase şi felurite în ceea ce priveşte forma, materialele din care sunt construite (metal, piele, materiale plastice, carton, pânză), dispozitivele mecanice pe care le valorifică şi ceea ce priveşte scopul funcţional şi terapeutic pe care îl urmăresc.

Din acest ultim punct de vedere se poate face o împărţire a lor în:

a) Aparatele ortopedice de imobilizare, care impun repausul articular, de obicei într-o anumită poziţie funcţională;

b) Aparatele ortopedice care se opun unei contractări;

c) Aparatele ortopedice de corectare a unor diformităţi;

d) Aparatele ortopedice de înlocuire a unei funcţii pierdute;

e) Încălţămintea ortopedică nu are numai rol de a suplini o diformitate sau o deficienţă funcţională, dar şi pe acela de a corecta activ.

Se atrage atenţia asupra câtorva reguli, deosebit de importante pentru copilul care poartă o proteză, un aparat ortopedic sau un corset:

- Copilul trebuie sa poarte aparatura în continuu, conform prescripţiei medicale. El trebuie să se obişnuiască atât de bine cu aceasta, încât să facă parte organică din el;
- Nu există nici un motiv pentru ca această aparatură să nu fie purtată şi la şcoală, dacă este cazul;
- Trebuie supravegheat modul în care foloseşte proteza, aparatul, corsetul;
- Trebuie supravegheate zilnic tegumentele copilului pentru a sesiza rosături, zgârieturi, bătături datorate aparatului;
- Portul unei proteze, al uni aparat sau corset necesită control medical de cel puţin trei ori pe an;
- Trebuie cerute lămuriri amănunţite la tehnicianul care a confecţionat aparatul despre felul cum se întreţine el;
- Dacă apar defecţiuni tehnice trebuie consultat un tehnician specializat.

Bastoanele, cârjele canadiene, cârjele auxiliare, fotoliul rulant pentru invalizi constituie tot mijloace protetice.

Chirurgia ortopedică

Chirurgia ortopedică este, prin definiţia sa 2 reparatoare şi creatoare", deci recuperatorie.

Chirurgia ortopedică este:

a) recuperatorie atunci când reface morfologia defectă congenital sau câştigat;

b) corectoare atunci când se străduieşte să îndrepte o diformitate;

c) funcţională atunci când – uneori prin artificii – se caută obţinerea îmbunătăţirii unei funcţii pierdute;

d) creatoare atunci când reconstruieşte organe sau segmente absente morfologic şi fiuncţional. Medicul care se ocupă de recuperare trebuie să cunoască temeinic posibilităţile şi modalităţile chirurgiei ortopedice. Chirurgia ortopedică este o etapă majoră a procesului se recuperare.

4. Recuperarea socială a persoanelor cu dizabilităţi mintal[32]

Problema recuperării sociale a persoanelor cu dizabilităţi mintal se află în atenţia specialiştilor din diverse domenii. În ţara noastră recuperarea complexă şi mai ales integrarea în activitatea productivă a handicapaţilor mintali constituie o problemă de mare importanţă socială. Dezvoltarea reţelei de instituţii speciale, până la nivelul cuprinderii tuturor persoanelor cu dizabilităţi mintal în învăţământul ajutător, este o problemă strâns legată de realizarea principiului obligativităţi învăţământului pentru toţi copii de vârstă şcolară.

[32] Asistența socială în protecţia persoanelor cu dizabilităţi. Suport de curs. Formator: lect. univ. dr. Petronela Maria Talpaş. Pag.16-36 http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf

Dar odată cu dezvoltarea reţelei de instituţii speciale pentru persoane cu dizabilităţi mintal, este necesară şi diversificarea ei, precum sunt necesare anumite măsuri menite să asigure perfecţionarea continuă, modernizarea învăţământului ajutător.

1. Găsirea soluţiilor de coborâre a vârstei la care începe acţiunea sistematică de recuperare a handicapului mintal, folosind intens etapa preşcolară (complet neglijată în prezent), etapa în care organismul copilului şi mai ales sistemul său nervos central, se caracterizează printr-o mare plasticitate şi deci printr-o mai bună receptivitate la influenţele mediului înconjurător, inclusiv la influenţele educativ – terapeutice.

2. Perfecţionarea metodologiei diagnosticului diferenţial şi al selecţiei timpului, în vederea îndrumării corecte şi la timpul oportun a copiilor cu dizabilităţi mintal spre instituţii adecvate de educaţie şi recuperare; elaborarea metodicii selecţiei interne (şcolare) a elevilor debili mintali în raport cu gardul şi structura handicapului, în vederea omogenizării colectivelor de elevi din şcolile ajutătoare.

3. O mai bună adaptare a conţinutului învăţământului ajutor la nivelul de înţelegere a debilului mintal, prin eliminarea din programele speciale de învăţământ şi din manualele şcolare , a teoretizărilor excesive şi a cunoştinţelor cu caracter pur informativ, care nu îşi găsesc o aplicare practică nemijlocită în viaţa socială cotidiană si mai ales in activitatea productivă.

4. Îmbunătăţirea sistemului actual de profesionalizare a handicapului mintal, căutând noi sectoare de pregătire pentru muncă, inclusiv în domeniul agriculturii, al activităţilor gospodăreşti şi de deservire publică.

5. În ceea ce priveşte modul de organizare şi desfăşurare al activităţilor didactice în instituţiile speciale pentru persoanele cu dizabilităţi mintal, considerăm că este necesară o mai bună adaptare de fond a acestor activităţi la specificul dezvoltării psihice a acestor persoane, deoarece în prezent şcoala ajutătoare constituie în mare măsură o copie a sistemului de învăţământ din primele clase ale şcolii de masă, căruia i s-au adus o serie de adaptări de structură şi de organizare: număr mai mic de elevi într-o clasă, eşalonarea predării aceluiaşi material pe o durată mai lungă de timp, prelungirea pauzelor între activităţi, introducerea orelor speciale de corectare a tulburărilor de vorbire şi a defectelor fizice etc.

5. Readaptarea socială şi integrarea persoanelor cu dizabilităţi[33]

5.1. *Educaţia în familie*

Recuperarea persoanelor cu dizabilităţi constituie „un miracol de fiecare zi”. Recuperarea reprezintă etapa finală sau mai degrabă rezultatul unui proces mult mai complicat – deşi uneori ni se pare simplu – şi anume a acelui de educaţie.

În ştiinţa contemporană pentru educaţie constituie una dintre cele mai complexe problematici ale lumii şi de la care se aşteaptă extrem de mult, aceasta nu este considerată numai o simplă disciplină ştiinţifică, ci o sinteză pluri şi multidisciplinară, la care concură mai toate ştiinţele despre om şi societate.

Dezvoltarea personalităţii umane – care constituie obiectivul fundamental al educaţiei - este poate cea mai dificilă lucrare a individului şi societăţii, fiind în acelaşi timp şi nimbată de noblețe și bucurie.

Educaţia ca proces complex de modelare prin metode variate, a dezvoltării personalităţii umane nu se rezumă în nici un caz la „conversaţia” pe care părinţii o poartă pe tema modului de comportament al copilului sau pe „sfaturile” pedepsele, etc. oferite acestuia. Prin condiţie a unei educaţii, considerată ca acţiune fundamentată ştiinţific, este cunoaşterea modelului normal de creştere şi dezvoltare a copilului, la care trebuie raportat – la intervale regulate – nivelul atins în dezvoltarea sa de propriul copil.

Acest fapt are câteva consecinţe educaţionale fundamentale: a. se identifică din timp orice modificare a procesului de creştere şi dezvoltare; b. se intervine la timp pentru corectarea acestei

[33] Asistența socială în protecţia persoanelor cu dizabilităţi. Suport de curs. Formator: lect. univ. dr. Petronela Maria Talpaş. Pag.16-36 http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf

perturbări; c. se anticipează modul de dezvoltare a personalităţii în funcţie de modelul normal. Primul punct înlătură decalajul pe care-l creează amânarea (lasă că o să vorbească, o să meargă etc.). Determină părintele să consulte medicul de specialitate (neurologul, psihologul, neuropsihiatrul) şi să instituie la timp o terapie medicamentoasă, dar şi educaţionala. În felul acesta părintele nu mai este singur, ci se formează o echipă care stabileşte un plan de acţiune terapeutică şi educativă.

Atât medicina, cât şi alte discipline ca biologia, morala, etc., sunt incluse in actul educaţional şi devin pârghiile de bază ale acestuia. Această formulă constituie a doua condiţie a educaţiei în societatea noastră, procesul ca atare integrându-se în orizontul ştiinţific contemporan.

A treia este comprehensiunea, care constă în efortul conştient şi afectiv de a înţelege copilul cu dizabilități în intimitatea proceselor sale psiho-afective, în modificările, tensiunile, „dramele" sale interioare de a veni în ajutorul său. Educaţia copilului cu dizabilități presupune determinarea, prin modul de organizare a condiţiilor de viaţă, a relaţiilor din cadrul familiei şi din afară, prin organizarea jocului, a activităţii, a unui mecanism complex de compensare, de reechilibrare globală a personalităţii.

Începând cu actele simple – hrana, de exemplu – este nevoie de grijă, atenţie şi afecţiune, special acordate copilului cu dizabilități, pentru ca acesta să poată executa – la nivelul posibilităţilor sale – cât mai multe situaţii şi acest specifice copilului normal. Pentru acest lucru el are nevoie de un ajutor în învăţarea şi desfăşurarea activităţilor, mult mai îndelung şi mai răbdător decât cel acordat copilului normal.

În procesul de dezvoltare a personalităţii copilului cu dizabilități, autonomia personală constituie unul dintre cele mai importante obiective educaţionale. Această autonomie se învaţă dintr-un început, învăţându-l pe copil să execute comportamentele necesare adaptării la condiţiile existente. Tot aşa după cum de-o importanţă majoră sunt relativ afective – morale ale acestuia. Modelarea comportamentului social – morale – special pentru copilul handicapat – este , în primul rând, rodul stilului de relaţii existente în mediul familial. Una din problemele cheie ale educaţiei copilului handicapat este educaţia pentru bucuria de-a exista. Probabil – sau sigur – părinţii care au copii cu dizabilități vor fi contrariaţi de această afirmaţie . tocmai pentru că ştim bine cât de profundă este suferinţa acestora, îi facem atenţi că efortul cel mai nobil este acela de a găsi resursele necesare de transformare a ei în bucuria de a ajuta un copil bolnav să înveţe să se bucure de viaţă.

O altă dimensiune a actului educaţional este reeducarea permanentă a noastră pentru a corespunde necesităţilor supreme ale modelării personalităţii copilului. Desigur nu putem urmări în întregime un proces atât de complex ca cel al educaţiei copilului cu dizabilități. Cel mai important fapt însă este convingerea că printr-o bună organizare a procesului educaţional, capacitatea de a rectifica urmările accidentului intervenit în existenţa copilului este practic fără limite. Numai cei care nu îşi dau seama de acest adevăr se resemnează. Şi fireşte câştigă cei care ştiu să lupte cu o profundă convingere în forţele umane.

Lucrarea aceasta - pe lângă scopurile ei de informare - îşi mai rezervă, cu moderaţie, o misiune. Toţi copiii cu dizabilități se dezvoltă şi trăiesc în cadrul societăţii. Ei vin în contact pe stradă, în instituţii, la plimbare, în viaţa de toate zilele cu persoane care nu au în familie asemenea cazuri. Dar noi toţi avem în conştiinţa şi sentimentele noastre conţinutul de o bogăţie infinită a umanismului. Respect pentru demnitatea umană este una dintre acela mai înalte distincţii ale omului. Din acest izvor miraculos se revarsă căldura înţelegerii, a compasiunii, a dragostei. Atitudinea noastră se cere să le conţină în mai mare măsură în relaţiile cu persoanele cu dizabilități pentru ca şi ei să se simtă bine, în siguranţă şi ocrotiţi în lumea pe care o dorim să fie mai bună şi mai dreaptă.

Readaptarea socială a copilului handicapat fizic trebuie să fie rezultanta cooperării dintre familie, şcoală şi societate, în concordanţă cu programul complex de readaptare. Părinţii trebuie informaţii exact despre afecţiunea copilului şi despre perspective, în condiţiile unui tratament corect condus. Puşi în faţa realităţii, părinţii vor şti să accepte o existenţă normală pentru ei şi să

solicite asistenţa posibilă pentru copil. Evoluţia unui copil infirm, parţial sau integral readaptabil este în funcţie de cadrul familia în care el va creşte. Armonia soţilor, modul lor de a se înţelege şi a ajuta pe micuţul handicapat sunt deosebit de importante şi de un imens ajutor. Acest copil are nevoie de preocupări speciale şi acestea nu pot fi îndeplinite dacă nu există un ajutor reciproc conştient.

Adesea întreaga atmosferă familială se schimbă odată cu apariţia unui alt copil normal. Acest eveniment face în primul rând să se şteargă sentimentul de vinovăţie care planează asupra amândurora.

Existenţa unor copii normali în familie este deosebit de favorabilă evoluţiei copilului cu handicap. În primul rând fiindcă, aşa cum spuneam, eliberează starea psihică a părinţilor şi îi face să nu-şi concentreze - în mod nefolositor – întreaga atenţie asupra copilului infirm. În al doilea rând, pentru că aceasta găseşte în fratele, fraţii sau surorile lui, la început, un model pe care se străduieşte să-l imite şi apoi să-l ajungă, iar apoi un ajutor moral şi fizic. El va beneficia de anturajul de prieteni ai acelor copii, anturajul pe care el nu şi-l poate crea. Va fi poate ajutat de aceştia la învăţătură, iar pentru cazurile grave , va putea să supravieţuiască datorită grijii lor.

Important este ca treptat, pe măsură ce conştiinţa lor se dezvoltă, fraţii şi surorile unui astfel de copil să înveţe să înţeleagă natura infirmităţii fratelui sau surorii lor, să o accepte şi să nu aibă faţă de ea curiozitatea pe care o au în general oamenii care trăiesc în afara acestor probleme. Într-un cuvânt, să înveţe să se comporte normal faţă de acesta.

Cum poate fi ajutat copilul cu dizabilităţi fizic? Greşeala cea mai mare pe care o fac părinţii acestor copii este protejarea lor excesivă, ajutorul de care ei cred că au în permanenţă nevoie. Este adevărat că unii dintre aceşti copii, cei cu infirmităţi motorii cerebrale grave, se nasc cu mari dificultăţi fiziologice, care necesită o grijă permanentă până la o vârstă mare.

Pentru procesul de readaptare, această protecţie excesivă este dezastruoasă. Cum să facem gimnastică cu un copil când de îndată ce îl întoarcem pe burtă - chiar pentru al examina - mama sare să-l mângâie şi se sperie mai rău decât un copil? Copilul înregistrează imediat această spaimă şi începe să se zbată, refuzând orice atingere străină.

Prima necesitate şi cea mai importantă este aceea a tratamentului şi cel mai preţios rămâne cel kinetic. Acesta nu poate fi făcut însă permanent în instituţii specializate, internat sau ambulatoriu. Este necesar ca mama, întreaga familie să înveţe la o anumită perioadă ce are de făcut şi să continue acasă acest tratament. Oricât de obositor ar fi, trebuie găsit timpul ca 15-30 de minute să se execute programul de gimnastică, dacă este posibil, de două ori pe zi. Părinţii trebuie să se joace cu copilul! Jocul este o necesitate, o manifestare afectivă, dar şi un excelent mijloc de educaţie.

Când copilul este mic, jocul să cuprindă neapărat modalitatea exprimării unor situaţii noi şi diferite, a unor poziţii speciale, pe care el nu le poate lua singur, a învingerii sentimentului de frică pe care neputinţa sa i-l creează. Jocurile copilului trebuie să fie simple, să-i stimuleze imaginaţia şi gândirea, dar în acelaşi timp să fie un exerciţiu de manualitate pentru el: cuburi, mozaicuri, loto-uri cu figuri, construcţii din lemn sau mecanisme, plastilină, traforaj, colorarea unor imagini şi decuparea lor cu foarfecele. Jocurile fac parte integrantă din educaţie. Prin ele copilul ia cunoştinţă acela mai bine de lumea înconjurătoare: învaţă diferite senzaţii, îşi dezvoltă aptitudinile fizice şi intelectuale, descoperă prieteni şi reguli de comportament în colectivitate. Ele sunt forma cea mai apropiată de adaptare socială.

Educaţia artistică este de mare utilitate. Un copil handicapat poate nu va dansa, nu se va mişca liber, nu va simţi satisfacţia muncii, dar va putea să se bucure de trăirea intensă a muzicii, a poeziei, a picturii. Este o compensare care dă sens vieţii, un simt de valoare şi superioritate. Pentru aceşti copii există o problemă a contactului social. În condiţiile în care un fapt material te deosebeşte de ceilalţi, contactul cu ei se dovedeşte handicapat de un sistem de jenă şi inferioritate , de teamă de a nu fi acceptat şi adesea însăşi de respingere.

Indiferent de gradul de afectare a copilului infirm, este bine ca primul contact cu alţi copii să-l aibă înainte cu teri ani, adică înaintarea vârstei la care se dezvoltă această conştiinţă de sine care-l face să întrebe:”eu de ce nu sunt la fel cu ceilalţi”. La această vârstă învaţă uşor să

stabilească relaţii. Acum se vor stabili prieteniile de mai târziu. Educaţia trebuie completată cu o corectă şi prietenoasă informare asupra vieţii sexuale, atunci când handicapul ajunge la vârsta corespunzătoare.

5.2. Educaţia în şcoală

Dat fiind caracterul indispensabil al contactelor dintre şcoală şi familia copilului, trebuie încurajate interesul şi participarea familiei la activităţile şcolii sau ale instituţiei medico-padagogice.

Toţi copiii cu dizabilități, indiferent de natura incapacităţii, au dreptul la o educaţie adecvată, într-un mediu adecvat, conform nevoilor şi dorinţelor familiilor.Este de dori ca toate persoanele cu dizabilități să poată obţine facilităţi în vederea continuării educaţiei.

Pentru a permite unui număr cât mai mare posibil de copii cu dizabilități să frecventeze şcoala obişnuită, vor trebui asigurate:

- disponibilitatea serviciilor medico-terapeutice şi psihologice;
- efectiv adaptat al claselor în care învăţământul trebuie asistat, dacă este cazul, de alte persoane cu calificare pertinentă;
- localuri şi echipamente adaptate copiilor cu dizabilități şi luarea de măsuri pentru accesibilitatea mai bună şi transporturi mai bune;
- metode şi materiale didactice, curriculum şi proceduri de evaluare adaptate;
- sfaturi, programe şi concepte ce au în vedere incapacitatea. Obiectivele vizuale şi mijloacele folosite pentru a asigura educarea copiilor cu dizabilități trebuie înscrise într-un proiect individual (pedagogic, educativ şi terapeutic), adaptat nevoilor, posibilităţilor şi dorinţelor fiecărui copil în parte. Familia copilului trebuie să se asocieze, cât mai mult posibil, într-un mod activ, la elaborarea acestui proiect, la realizarea sa, la îndeplinirea şi la evaluarea sa, ea trebuie, în consecinţă, informată despre evoluţia copilului său şi susţinută atât cât este necesar.

  Ţinând seama de *principiul intervenţiei precoce*, este în interesul copilului:

- să obţină asistenţă medico-educativă de nivel preşcolar, în special de fiecare dată când acestea permite şcolarizarea ulterioară a copilului;
- să frecventeze foarte devreme clasele preşcolare şi şcolare. Simplul fapt de a fi împreună (copii cu dizabilități), fără susţinere suficientă, nu sporeşte, ci diminuează şansele de reuşită a persoanelor cu dizabilități.

Cea mai bună reuşită, indiferent dacă sunt în mediu obişnuit sau specializat, depinde de circumstanţele şi mai ales de tipul de incapacitate.

Contactele dintre copiii fără handicap şi cei cu dizabilități stimulează puternic integrarea lor. Dacă aceea şcolarizarea trebuie asigurată pe cât posibil în mediul şcolar obişnuit, făcând apel, ori de câte ori este necesar, la asistenţă şi la susţinere indispensabilă; pentru a răspunde nevoilor particulare ale copiilor cu dizabilități, ajutoare terapeutice, tehnice şi educative speciale trebuie puse la dispoziţia lor.

Dacă situaţia individuală a copilului cere o educaţie specializată, obişnuită sau combinarea celor două, se impune:

- colaborarea strânsă între mediul şcolar specializat şi cel obişnuit;
- contacte între copii de aceeaşi vârstă, valizi şi cu copii cu dizabilități;
- stimularea tranziţiei spre mediul şcolar obişnuit, dacă aceasta este posibil şi dacă este dorită.

Alegerea tipului de şcoală trebuie să se facă după o evaluare minuţioasă, în cursul căreia părinţii şi copilul cu dizabilități trebuie asistat de o echipă multidisciplinară de specialitate, care utilizează tehnic de orientare pedagogică, ţinând seama de aptitudine, dorinţele şi nevoile particulare ale copilului.

Este indicat să se studieze diferitele mijloace de a utiliza computerul pentru a ajuta în materie de educaţie şi formare.

Toate persoanele cu dizabilități, indiferent de natura sau gradul lor de incapacitate, au dreptul la o educaţie adecvată, gratuită, adaptată nevoilor şi posibilităţilor lor. Educaţia şcolară trebuie să permită persoanelor cu dizabilități:

- să atingă un nivel de dezvoltare cât mai ridicat posibil;
- să capete dorinţa de a învăţa, utilizând ajutoarele ce facilitează studiul;
- să-şi accepte handicapul şi să dobândească capacităţile necesare pentru a surmonta obstacole la cer trebuie să facă faţă.

Învăţământul trebuie să permită persoanelor cu dizabilități să-şi obţină, pe cât posibil, independenţa economică şi să contribuie la dezvoltarea socială a ţării lor. Dincolo de curriculumul tradiţional, învăţământul tradiţional, învăţământul pentru tinerii cu dizabilități trebuie să includă:

- formarea socială şi pregătirea pentru o viaţă autonomă în cooperarea cu părinţii şi personalul didactic;
- măsuri de asistenţă concretă, care să le permită să facă faţă vieţii şi să se integreze în societate.

La vârsta de 6-7 ani, copiii infirmi şi părinţii lor se văd confruntaţi cu una din Problemele majore ale educaţiei: accesul la învăţământ.

Învăţământul acestor copii se face în şcolile elementare, apoi în învăţământ mediu şi dacă se poate în cel superior. Este de dorit ori de câte ori este cu putinţă, ca aceşti copii să înveţe în şcolile obişnuite, alături de copiii normali. Ei trebuie să crească alături de ceilalţi copii, să se înveţe cu infirmitatea lor şi să-i obişnuiască pe cei din jur cu aceasta. Oricât de grea ar fi deplasarea la şcoală, oricât de grave ar fi ofensele pe care le primesc, aceasta este forma cea mai bună de abordare a relaţiilor sociale. Unii dintre ei, afectaţi şi intelectual (ne referim la infirmitatea motorie cerebrală), vor trebui să urmeze şcoli speciale – ajutătoare.

Alţi copii nu pot frecvenţa şcoala generală din cauza marii lor infirmităţi. Aceşti copii pot urma primele clasele de învăţământ la domiciliu, dacă părinţii au o pregătire suficientă pentru a-i putea ajuta. Uneori pot să fie duşi la şcoala care nu este prea departe de casă. Alţii vor trebui încadraţi în internatele speciale pentru aceşti copii.

Situaţia surdo-muţilor

Deficientul prim la sudo-muţi este evident surditatea. Ea este cauza mutismului. Orice limbă se învaţă prin imitare şi cum o limbă este mai întâi de toate e realitate sonoră, urechea este acea care oferă calea perceperii modelului, incitaţia de a-l reproduce şi mijlocul de a asigura controalele indispensabile.

Astfel surditatea este într-adevăr pe prim plan. Dar mutismul pe car îl determină relevă ceea ce constituie gravitatea esenţială: el împiedică achiziţia nu numai a limbii concrete vorbite în jurul copilului, ci şi al limbajului însuşi. Din punct de vedere pedagogic, sudo-mutul nu este într-o situaţie dificilă pentru că nu poate percepe o anumită categorie de stimuli fizici, ci pentru că nu poate percepe acei stimuli care sunt instrumentele limbajului. În faţa profesorului, micul surdo-mut nu este un individ lipsit de posibilităţi organice; el este un copil care nu a achiziţionat şi nu are instrumente de exprimare verbală. Dacă o minune sau o operaţie i-ar reda în mod instantaneu auzul, el nu ar recăpăta în acelaşi timp şi vorbirea; va trebui să înveţe tot ceea ce copilul normal a achiziţionat, în joacă în primii ani de viaţă. Această achiziţie pentru copilul normal este triplă. Trebuie reamintite aceste elemente pentru a înţelege bine ce anume lipseşte surdo-mutului. În primul rând un fond de cunoştinţe:cunoaşterea cuvintelor şi a semnificaţiilor lor. Apoi un ansamblu de deprinderi legate de utilizarea acestor cunoştinţe: folosirea regulilor logice şi gramaticale. În sfârşit, stăpânirea unui instrument de exprimare suplu şi comod din punct de vedere social: limba orală.

Situaţia orbilor

Folosirea simţurilor substitutive pentru achiziţionarea cunoştinţelor care sunt obţinute în mod normal, pornind de la ansamblul impresiilor senzoriale şi în special de la văz, implică tehnici, instrumente, un material adecvat. Tehnica cea mai cunoscută şi în acelaşi timp cea mai caracteristică este cea a scrierii şi citirii în Braille. Alfabetul Braille traduce fiecare literă printr-

un grup de puncte (trasate într-un cadru ideal de două coloane de câte trei puncte). Concret punctele sunt marcate cu ajutorul unui poanson într-o foaie de hârtie groasă pe care se detaşează sub forma unor mici cavităţi. Pentru a scrie, orbul pune foaia într-un cadru de metal pe care poate aluneca o linie orizontală perforată, cu spaţii de dimensiunile caracterelor Braille. Această linie conduce mâna pentru trasarea literelor şi liniilor, poansonul plasându-se succesiv în fiecare spaţiu care oferă repere necesare pentru plasarea corectă a punctelor. Citirea se face pe o foaie întoarsă, prin examinarea punctelor care aici apar in relief.

Orbii insistă mai ales asupra originalităţii scrierii Braille şi a adaptabilităţii pe care aceasta o reprezintă faţă de condiţia lor de percepere. Folosirea sistemului Braille nu permite „totuşi" o citire şi o scriere tot atât de rapidă ca scrierea în „negru" a văzătorilor. Caracterul lent al citirii este legat de caracterul exploatării tactile care sesizează complexele grafice mai puţin rapid decât o poate face văzul. Scrierea la rândul ei este lentă pentru că fiecare literă corespunde unor puncte care trebuie marcate succesiv, respectându-se cadrul lor geometric, fapt care nu permite o accentuare a gestului grafic, cum se petrece în cazul scrierii obişnuite, a văzătorilor.

Ambliopii

Diferenţa fundamentală dintre pedagogia orbilor şi cea a ambliopilor constă în faptul că cea din urmă utilizează posibilitatea de percepere vizuală de care dispun. Resturile de vedere sunt preţioase, pentru că ele deschid posibilităţi interzise orbului; ele se cer menajate la maximum pentru ca ambliopul să poată beneficia cât mai mult de ele. Acest considerent este într-adevăr, esenţial iar principiul călăuzitor în educaţie este a nu întreprinde nimic care să producă vreo oboseală vizuală nefastă.

Problema majoră pe care o pune învăţământul ambliopilor priveşte citirea şi scrierea (şi bineînţeles toate activităţile pe care acestea le implică). Insuficienţa vizuală a copiilor împiedică folosirea cărţilor ale căror caracter de litere este micşorat. Aceasta ridică o problemă a materialelor, asemănătoare cu cea pusă orbilor. Pentru învăţarea citirii, cărţile destinate copiilor normali sunt utilizate, deoarece caracterul literelor acestora este în general foarte mare. Problema scrierii se pune paralel cu cea a citirii. Practica ei poate fi uşurată prin folosirea tăbliţelor de ardezie ş ia creioanelor groase care asigură o bună lizibilitate.

6. Orientarea şi integrarea profesională[34]

Activitatea de orientare şcolară şi profesională a copiilor cu dizabilităţi fizic, senzorial, motric sau intelectual, prezintă comparativ cu cea care se adresează copiilor normali, trăsături specifice, particulare a căror cunoaştere şi considerare devin obligatorii pentru cei ce o realizează. Desigur diferenţele nu se referă la necesitatea şi obiectivele majore urmărite, cât la căile, metodele şi mijloacele concrete de înfăptuire a ei. Handicapul de orice natura ar fi el, complică într-o măsură considerabilă procesul de formare, pregătire şi în ultimă instanţă de adaptare a individului la condiţiile mediului social. Aceasta cu atât cu cât mai mult cu cât de regulă el apare asociat cu alte deficienţe de natură fizică sau/şi mai ales psihică. Deosebit de pregnant se manifestă rolul nefavorabil al acestuia în momentul când tânărul în cauză trebuie să decidă asupra viitoarei sale profesii.

6.1. Particularităţi ale activităţii de orientare şcolară şi profesională a persoanelor cu dizabilităţi vizual

Eficienţa activităţii de orientare şcolară şi profesională a copiilor cu dizabilităţi vizual, ca de altfel a întregului proces de instruire şi educare a lor, depinde de cunoaşterea şi considerarea de către educator a tuturor factorilor specifici, definitorii pentru această categorie de subiecţi.

Avem în vedere particularităţi ca: structura şi evoluţia deficienţei vizuale, configuraţia psihologică generală şi specificul trăsăturilor de personalitate, modul de informare şi influenţare a opţiunilor, dezvoltarea intereselor şi a motivaţiei profesionale, modul de reacţie la ansamblul

[34] Asistența socială în protecţia persoanelor cu dizabilităţi. Suport de curs. Formator: lect. univ. dr. Petronela Maria Talpaş. Pag.16-36 http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf

solicitărilor sociale, raportul dintre condiţiile pregătirii profesionale şi cele ale exercitării profesiei etc.

Vom schiţa, în continuare imaginile unora dintre aspectele menţionate,aşa cum se reliefează ele din experienţa practică sau pe baza studiului de specialitate.

a) Pentru copiii din şcoala de nevăzători şi ambliopi, aspectul specific fundamental care trebuie luat in considerare este natura şi gradul deficienţei vizuale. Se ştie că aparatul optic al omului are, încă din primele zile ale vieţii, un rol deosebit atât în adaptarea sa la condiţiile mediului fizic, cât şi cele ale mediului social. Absenţa sau diminuarea capacităţii de percepere pe perceperea vizuală limitează posibilităţile de „ cucerire" a spaţiului, reduc volumul informaţiilor privind mediul ambiant, frânează procesul de asimilare a experienţei sociale etc., ducând în cele din urmă, la un dezechilibru mai mult sau mai puţin evident între individ şi condiţiile existenţei sale. Deficienţa vizuală amplifică necesitatea (impusă de o serie de factori economici, sociali, psihici etc.) de a îmbina activitatea de orientare cu cea de selecţie şcolară şi profesională. Ele trebuie să formeze o unitate cu scop final racordarea posibilităţilor omului la un loc de muncă adecvat, în circuitul economic general.

Problema selecţiei în şcoala de nevăzători, diferenţiază o selecţie externă a cărui scop este încadrarea pe baze ştiinţifice a persoanei cu dizabilități vizual în timp de instrucţie adecvat şi o selecţie internă, având ca sarcină găsirea locului potrivit al copilului într-o anumită instituţie, cu respectarea particularităţilor lui individuale. Selecţia trebuie să se bazeze pe un examen psihologic şi medical complex, care să ducă la precizarea valorilor funcţionale a întregului analizator vizual, începând cu mediile de refracţie şi terminând cu proiecţiile cerebrale superioare ale organismului. Examenul complex va pune în evidenţă atât gradul, cât şi perspectiva de evoluţie a deficienţei vizuale, va reliefa atât limitele, cât şi posibilităţile actuale sau potenţiale ale aparatului optic, în funcţie de acestea putându-se realiza orientarea elevului spre un anumit tip de şcoală sau profesie.

b) Un alt factor care trebuie să se ţină seama în activitatea de orientare a persoanelor cu dizabilități vizuali este cel de ordin aptitudinal. Anumite însuşiri fizice sau psihice, de regulă având o valoare superioară medie, pe care le relevă la un moment dat un copil pot fi considerate ca indicii probabili ai reuşitei sale în activitatea de viitor. Spre deosebire de copilul normal, la care reliefarea şi valorificarea unor asemenea calităţi sunt deziderate perfect realizabile, în cazul copilului handicapat, situaţia este mult mai complexă.

D. Damaschin referindu-se la această problemă, notează că „existenţa unor aptitudini speciale nu poate fi hotărâtoare pentru orbi şi ambliopi, decât în când cazul acestea se pot realiza nu atât prin analizatorul vizual, cât şi prin analizatorul vizual, cât şi prin ceilalţi analizatori normali". În continuare, autorul exemplifică ideea prin posibilitatea valorificării aptitudinilor muzicale şi absenţa acestei posibilităţi în cazul aptitudinilor tehnice şi pentru mecanică fină. Semnificativă în acest sens este şi relaţia dintre analizatorul vizual şi cel motor. În absenţa văzului sau a diminuării acestuia, datorită unor dificultăţi de coordonare simultană, ritmul mişcărilor este mai încetinit, iar precizia lor nu întotdeauna satisfăcătoare. Situaţia poate fi depăşită printr-o instruire adecvată, datorită aferentaţiei suplimentare oferite de instrucţiunea analizatorilor valizi, dar niciodată nu va atinge randamentul caracteristic persoanelor normale.

c) Strâns legată de primele două caracteristici menţionate este problema adaptării persoanei cu dizabilități vizual la condiţiile profesiei. Este ştiut faptul, ilustrat cât se poate de convingător în monografiile profesionale apărute la noi, că fiecare profesie prezintă trăsături şi cerinţe specifice, că solicită aptitudini de un anumit fel, dezvoltate într-un anumit grad şi că în procesul exercitării lor apar, alături de fenomenul de dezvoltare a aptitudinilor şi cazuri de degradare sau chiar de distrugere a acestora. Ca atare, în activitatea de orientare a persoanelor cu dizabilități vizual se impune cu necesitate cerinţa ca aceştia să nu fie îndrumaţi spre profesiuni care ar putea să agraveze starea deficienţei lor. Pe cât posibil ei trebuie orientaţi spre profesii care nu necesită solicitări optime intense, spre profesii în executarea cărora să poată fi antrenaţi toţi analizatorii valizi, creând astfel condiţii favorabile pentru manifestarea fenomenelor de compensare senzorială.

d) O altă importantă este cea referitoare la necesitatea îndrumărilor tinerilor persoane cu dizabilități vizuali spre meserii sau ramuri profesionale care pot să le asigure posibilităţi optime de adaptare la locul de muncă, să le ofere sprijinul moral necesar, să posede un caracter social evident util şi să le asigure un nivel de viaţă cât mai ridicat.

6.2. Activitatea persoanelor cu dizabilități în atelierul protejat[35]

Persoanele care prezintă handicapuri fizice sau psihice, pentru a fi integrate în viaţa socială, au nevoie de adaptări ale cadrului de viaţă la situaţia lor determinată de boală, în raport cu felul şi gravitatea tulburărilor funcţionale şi totodată necesită organizarea unor acţiuni menite să le reducă pe cât posibil deficienţele funcţionale şi consecinţele acestora asupra vieţii personale şi familiale, cât şi asupra colectivităţii în care trăiesc.

Aceste acţiuni sunt diferenţiate în raport cu programul de recuperare şi de muncă, unele fiind măsurile recomandate handicapaţilor care pot beneficia de tratament şi au capacitatea de a dobândi printr-o calificare sau recalificare organizată o pregătire profesională care să le permită încadrarea în sistemul obişnuit de producţie şi altele fiind măsurile recomandate pentru cei la care gravitatea handicapurilor prezentate determină dereglări importante de integrare socială, care pot fi rezolvate decât prin acţiuni special instituite.

Dacă marea majoritate a persoanelor cu dizabilități şi invalizilor sunt recuperaţi şi pot fi încadraţi în muncă în unităţile obişnuite de producţie, cu sau fără modificări ale regimului de muncă, o parte din ei, datorită caracterului afecţiunilor şi intensităţii tulburărilor funcţionale, nu pot presta activităţi profesionale în sistemul obişnuit de producţie, neputând face faţă ritmului impus de procesul tehnologic, condiţiilor de muncă sau necesităţilor de integrare într-un colectiv organizat de muncă şi implicit au dificultăţi în realizarea productivităţii muncii în condiţii de competitivitate cu ceilalţi muncitori, care prestează munca respectivă. Aceste persoane cu dizabilități păstrează însă un anumit grad al capacităţii de muncă, care poate fi utilizată în efectuarea unor munci sau operaţii profesionale special organizate, în ateliere protejate.

Se înţelege prin atelier protejat, atelierul cu organizare specială a muncii, pentru anumite categorii de invalizi şi handicapaţi, care nu pot fi încadraţi într-un mediu normal de producţie. În acest sistem de muncă, în raport cu restantul funcţional, se permite menţinerea acestora în circuitul productiv şi realizarea unor venituri minime, în raport cu munca prestată, contribuind la evitarea unor stări de dependenţă socială şi la reducerea socială a cheltuielilor statului pentru întreţinerea lor.

În Europa funcţionează multe tipuri de asemenea unităţi protejate ca:

- ateliere protejate cu regim de externat sau internat;
- ateliere protejate mixte, cu internat sau externat;
- centre specializate pentru cronici, paraplegici cu afecţiuni cardiace, sau TBC, în vârstă de peste 45 de ani, care pe lângă îngrijirea medicală, au organizate ateliere de muncă adaptate, diferitelor categorii de deficienţe;
- centre de distribuire a muncii la domiciliu;
- centre de distribuire a muncii în spitalele de lungă durată;
- secţii de muncă protejată în sanatorii şi spitale de psihiatrie

Principalele probleme de care trebuie sa se ţină seama la organizarea unui atelier cu munca protejată, sunt:

- organizarea unei game largi şi variate de muncă, din diferite profiluri, simple şi uşoare, în vederea alegerii de către handicapat a postului de muncă care îi convine;
- asigurarea prestării muncii cu un ritm de lucru liber.

[35] Asistența socială în protecţia persoanelor cu dizabilităţi. Suport de curs. Formator: lect. univ. dr. Petronela Maria Talpaş. Pag.16-36 http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf

6.3. Adaptarea locurilor de muncă pentru persoane cu dizabilități, element important în reinserţia socială [36]

Scopul principal urmărit prin reîncadrarea în muncă a persoanelor cu dizabilități, care au fost pensionari de invaliditate şi au fost recuperaţi, este de a participa la realizarea produsului naţional al ţării, dar pe aceeaşi linie de importanţă se încadrează şi ridicarea moralul persoanei respective, încadrarea în ritmul accelerat al vieţii.

În orice activitate, se presupune a se realiza o adaptare armonioasă atât a muncii la om, cât şi a omului la muncă, ceea ce subliniază importanţa cunoaşterii solicitărilor biologice ale locului de muncă şi a cunoaşterii stării de sănătate a muncitorilor respectivi.

Numai astfel se pot folosi fără risc multiple valenţe ale oricărui om – cu sau fără altraţia morfo-funcţională în cadrul celei mai generale, utile şi indispensabile activităţi, care este munca.

Realizarea dezideratului menţionat impune însă studierea continuă a posibilităţilor de adaptare a oricărui loc de muncă ce ar deveni astfel accesibil încadrării persoanelor cu dizabilități, adaptări care trebuie să fie în concordanţă cu cerinţele tehnice şi organizatorice moderne, cunoscut fiind că munca este cu atât mai eficientă, ci cât este mai bine adaptată la om.

Deci prin adaptarea locurilor de muncă trebuie să se urmărească nu numai posibilităţile de încadrare profesională a persoanelor cu dizabilități, ci şi posibilitatea ca aceştia să realizeze, în condiţii de confort şi securitate şi securitate organică, sarcinile profesionale, ceea ce va schimba şi concepţia şi concepţia unor conducători de întreprindere, atât privitor la necesitatea aplicării măsurilor de adaptare a locurilor de muncă pentru persoanele cu dizabilități, cât şi la utilitatea încadrării acestora în muncă.

Studiile pe plan naţional şi internaţional au demonstrat că pentru realizarea unor adaptări corecte a locurilor de muncă este obligatorie cunoaşterea modului cum reacţionează organismul uman în procesul muncii, solicitările la care este supus, în funcţie de natura şi complexitatea muncii şi a mediului social, precum şi independenţa dintre aceste solicitări. Este obligatorie de asemenea, cunoaşterea potenţialului uman , precum şi unele particularităţi de ordin anatomic sau fiziologic, care pot să influenţeze nivelele capacităţilor sale funcţionale ca potenţial profesional şi de comportare în muncă.

Prin diverse cercetări s-au depistat şi unii factori de suprasolicitare pentru organismul muncitorilor în general, precum şi unii factori care reprezintă elemente de suprasolicitare numai pentru invalizi şi persoane cu dizabilități, făcându-le inaccesibil locul de muncă respectiv.

Remedierea lor permite nu numai încadrarea acestora, ci sporeşte şi gradul de confort şi securitate organică pentru muncitorii valizi, permiţând obţinerea unei productivităţi crescute în munca lor, ca efect al acţiunilor de adaptare a muncii la om şi a omului la munca sa. În acest sens, prin adaptarea locurilor de muncă pentru persoanele cu dizabilități, trebuie să se creeze condiţii de echilibru între solicitările pe care le impune munca organismului şi posibilităţile organismului respectiv, adică să se creeze condiţii de utilizare optimă a tuturor disponibilităţilor persoanei cu dizabilități în cauză.

Numai organizarea desăvârşită a solicitărilor profesionale cu posibilităţile umane poate asigura valorificarea completă şi eficientă a tuturor resurselor organismului persoanelor cu dizabilități, ceea ce va obiectiva prin obţinerea unor rezultate pozitive – sociale şi economice – ale muncii lor.

Prin adaptarea locurilor de muncă se realizează creşterea accesibilităţii persoanelor cu dizabilități pentru încadrarea în muncă.

O persoana cu dizabilități cu greu va accepta situaţia de a realiza o productivitate mai mică decât a celor în mijlocul cărora îşi desfăşoară activitatea. Considerăm însă că un eventual eşec nu se va datora acestuia, ci plasării lui pe un loc de muncă necorespunzător.

Este demonstrat că încadrarea persoanelor cu dizabilități pe locuri de muncă corespunzătoare handicapului pe care îl au, conduce la obţinerea unor randamente similare cu ale

[36] Asistența socială în protecţia persoanelor cu dizabilităţi. Suport de curs. Formator: lect. univ. dr. Petronela Maria Talpaş. Pag.16-36 http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf

muncitorului valid. În general, adaptarea locurilor de muncă pentrupersoanele cu dizabilități trebuie să se facă în raport cu natura deficienţei funcţionale, ceea ce permite încadrarea pe locul de muncă cel mai corespunzător potenţialului organo-funcţional restant şi constituie o garanţie că ei vor muncii cu minimum de efort, cu nici un fel de risc de agravare a alternanţei morfo-funcţionale şi cu toate şansele de a obţine o productivitate ridicată.

În acest context, adaptarea locurilor de muncă pentru persoanele cu dizabilități reprezintă o datorie umanitară, munca fiind atât o necesitate biologică, cât şi o problemă socio-economică. Ca principiu general, în adaptarea locurilor de muncă pentru toate categoriile de persoane cu dizabilități, trebuie să se ţină seama de opinia unanim admisă că munca în poziţie ortostatică nu se justifică decât pentru un interval de timp scurt, atunci când nu este posibil să se lucreze în poziţie şezând. De aceea, este indicat ca toate locurile de muncă să fie amenajate cu scaune ergonomice, care trebuie să asigure maximum de comoditate în condiţiile fiecărei activităţi, un scaun necorespunzător având repercusiuni negative, atât asupra organismului executantului uman, cât şi asupra productivităţii.

O deosebită importanţă se acordă soluţiilor de adaptare a maşinilor sau utilajelor cu diverse dispozitive, pentru ca astfel, locul de muncă să devină accesibil persoanelor cu deficienţe de locomoţie sau manipulaţie.

Pentru persoanele cu astfel de deficienţe, în măsurile preconizate trebuie avut în vedere că pentru a putea adapta corect o unealtă sau un utilaj, este necesar să se cunoască antropometria persoanei cu dizabilități, capacităţile sale organo-funcţionale, suprafaţa şi înălţimea planului de lucru etc., iar plasarea şi mărimea dispozitivelor, manetelor pârghiilor, butoanelor să permită o poziţie şi o acţionare normală de către persona cu dizabilități, un minim de plasări, în raport cu dimensiunile antropometrice, astfel ca persoana cu dizabilități să aibă asigurată o poziţie comodă şi să dispună de spaţiul necesar în timpul muncii.

Încadrarea persanei cu dizabilități pe un loc de muncă adaptat implică instruirea sa şi deprinderea tehnică specifica, elemente indispensabile pentru a putea să îndeplinească norma de muncă sau chiar să o depăşească, pentru a putea să primească o remunerare corespunzătoare, ceea ce pentru el constituie o stimulare morală şi materială, cu efecte pozitive multiple.

Orice adaptare de loc de muncă obligă însă şi la o urmărire şi analiză atât a comportamentului organismului persoanei cu dizabilități, cât şi a rezultatelor profesionale obţinute, în scopul unei îmbunătăţiri continue a relaţiilor de sistem.

Considerăm deosebit de important ca orice adaptare de loc de muncă să asigure rezolvare în totalitate a componentelor şi a funcţiilor antrenate în procesul muncii, prin componente ale muncii înţelegând: operatorul uman, activitatea profesională, mijloacele şi relaţiile de muncă, iar prin funcţii înţelegând: legături de intercondiţionare tehnice, economice, biofizice, psihologice şi speciale legate de muncă.

Prin adaptare locurilor de muncă, trebuie să se asigure nu numai un raport de concordanţă între potenţialul organo-funcţional restant al persoanei cu dizabilități şi solicitările biologice ale locului de muncă, ci să se asigure şi o eficienţă economică cu minimum sau fără cheltuieli de investiţii, prin valorificarea mai eficientă a posibilităţilor şi condiţiilor tehnico-materiale existente.

Considerăm că adaptarea unui loc de muncă pentru persoanele cu dizabilități este cu atât mai eficientă, cu cât:

- mijloacele ei de realizare pot fi generalizate la toate unităţile cu acelaşi profil;
- încadrarea persoanelor cu dizabilități se face pe baza criteriilor de selecţie şi orientare profesională;
- în acţiunea de urmărire a adaptării persoanei cu dizabilități la solicitările locului de muncă adaptat, să participe şi medicul de întreprindere şi asistenţa socială pentru a sesiza din timp eventualele disfuncţii care ar putea compromite problema.

7. Integrarea socială[37]

În timp ce sistemul social din Republica Moldova a inceput să se racordeze la standardele Europene, un segment notabil al persoanelor cu probleme mentale sau fizice continuă să rămană neglijat. Pentru a veni in spijinul autorităţilor şi implicit si a persoanelor cu dizabilităţi este vitală identificarea deficultăţilor pe care aceste persoane le întampină in activitaţile zilnice desfăşurate in spaţiul public.

Ar trebui încurajate iniţiativele care vor contribui la schimbarea mentalităţii cetăţenilor români ce, până acum, au menţinut, în general, o atitudine de excludere. Procesul de incluziune, deoarece vizează schimbarea unei mentalităţi, este unul de durată şi care trebuie abordat prin activităţi constante şi consecvente.

O persoană cu dizabilităţi nu refuză să muncească, ci îi este subestimată contribuţia pe care şi-o pot dărui sieşi, în primul rând, şi societăţii, mai apoi.

Strategia de la Lisabona reprezintă temelia acestei atitudini. Din păcate, sau din fericire, aceste acţiuni ne privesc (și) pe noi, membrii activi ai societăţii, astfel, rolul unui liber arbitru este din start exclus. A nu fi apt pentru orice activitate nu este sinonim cu neputinţa, cu delăsarea sau cu refuzul de a contribui la dezoltarea unei societăţi flexibile şi dinamice.

Cei care nu sunt apţi pentru munci standardizate, sunt mult mai predispuşi activităţilor artistice, iar Ludwing van Beethoven ar fi un convingător exemplu, alături de alte persoane simple care trăiesc printre noi.Motivul pentru care persoanele cu dizabilităţi nu se bucură de acces comun, cu celelalte persoane, la spaţiul public este pentru că, spre deosebire de alte ţări, acestora nu le este oferită o distribuire uniformă în societate, ci sunt sprijinite doar de anumite instituţii.

Termenului de integrare socială i s-au acordat diferite semnificaţii de către specialişti. Deşi nu s-a ajuns încă la o definiţie completă şi unanim acceptată a acestui termen, putem considera, totuşi că prin integrare socială se înţelege ansamblul măsurilor luate în vederea înlăturării sau diminuării consecinţelor deficienţei pentru a realiza o încadrare deplină a persoanei cu dizabilități în viaţa socială.

Aceste măsuri vizează stabilirea şi restabilirea contactelor sociale normale, stimularea spiritului de independenţă şi de autoservire, atragerea persoanei cu dizabilități la toate activităţile politice, culturale şi sportive, pe care le desfăşoară auzitorii.

Procesul de recuperare, adaptare şi integrare a persoanelor cu dizabilități auditiv în lumea celor cu auzul normal are un caracter de permanenţă.

Astfel în acest proces dinamic, persoanei cu dizabilităţiul de auz parcurge o serie de etape, atingând nivele de integrare tot mai ridicate, integrarea lui fiind condiţionată de modul în care sunt parcurse diferitele etape de dezvoltare.

Se încearcă diferite modalităţi de „deschidere” a învăţământului special pentru persoanele cu dizabilități auditiv , între care înfiinţarea de clase speciale în şcolile de masă, în cadrul cărora se pot desfăşura atât activităţi specifice, cât şi activităţi comune cu elevii auzitori, cu participarea lor la toate activităţile din clasă şi posibilitatea de a beneficia şi de instruire suplimentară în familie sau în centrele de reabilitare a auzului şi limbajului, participarea elevilor din şcolile speciale la unele activităţi comune alături de elevii cu auz normal ş.a.

Studiul unor aspecte ale integrării sociale a deficienţilor auditivi ne-a relevat faptul că fenomenele de izolare, cu toate manifestările cunoscute, se menţin la toate nivelele de şcolarizare, fiind mai accentuate la cei din ciclul liceal şi superior. S-a constatat că elevii surzi sunt foarte ataşaţi unii de alţii, căutându-se şi comunicând prin labiolectură într-o atmosferă de bună dispoziţie. Ceea ce-i face pe surzi să se unească este sentimentul de frustrare, atitudinea de toleranţă s-au de respingere a auzitorului, dificultăţile sociale şi de comunicare.

În general vorbind, relaţiile interindividuale între copiii surzi şi colegii lor auzitori sunt extrem de rare şi sărace în conţinut. Trăind numai printre auzitori, elevii, persoanele cu

[37] Asistența socială în protecţia persoanelor cu dizabilităţi. Suport de curs. Formator: lect. univ. dr. Petronela Maria Talpaş. Pag.16-36 http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf

dizabilităţi de auz şcolarizaţi în populaţia copiilor din şcolile obişnuite au puţine şanse să lege prietenii trainice cu aceştia sau să-şi poată întemeia mai târziu familii. Este necesar, în acest sens, să se faciliteze crearea şi intensificarea relaţiilor între persoanele cu dizabilităţi auditiv, acţiune care se cere completată cu informarea marelui public în legătură cu aspectele specifice persoanelor cu dizabilităţi de auz, în vederea unei mai bune cunoaşteri reciproce.

Privită prin prisma alegerii unei profesiuni în concordanţă cu aspiraţiile şi posibilităţile reale ale persoanelor cu dizabilităţi de auz, şcoala generală obişnuită oferă şanse mai mari de realizare profesională decât şcoala specială, evantaiul mai larg al profesiunilor oferind mai multe alternative şi posibilităţi de pregătire.

Ţinând seama de unele limite impuse de specificul handicapului auditiv, părinţii care au copii surzi cultivă acestora aspiraţia către câteva profesiuni: desen tehnic, tehnică dentară, arte plastice şi decorative, inginerie, matematici, cibernetică, ştiinţe economice. Preferinţele subiecţilor investigaţi concordă în general cu dorinţele părinţilor. Nu întotdeauna însă opţiunea formulată este compatibilă cu posibilităţile reale de realizare profesională ale handicapaţilor auditivi, o parte din meseriile solicitate fiind contraindicate persoanelor lipsite de control auditiv.

Tema 5. DISCRIMINAREA ŞI MODALITĂŢI DE COMBATERE A FENOMENULUI DISCRIMINARE

1. Definirea noţiunii de discriminare
2. Continutul si formele discriminarii
3. Discriminarea și modalități de combatere a fenomenului discriminare

Referințe:

1. *Lege Cu privire la asigurarea egalităţii*, aprobată de Parlamentul RM, Nr. 121 din 25.05.2012 Publicată : 29.05.2012 în Monitorul Oficial Nr. 103 art. Nr : 355 Data intrarii in vigoare : 01.01.2013
2. Asistența socială în protecţia persoanelor cu dizabilităţi. Suport de curs. Formator: lect. univ. dr. Petronela Maria Talpaş. Pag.36-40 http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf
3. Discriminarea şi strategii antidiscriminatorii http://dpus.usv.ro/docs/A6/A6.4_continut_discriminarea_si_strategii_antidicriminatorii-final.pdf
4. Metode de discriminare. Revista de psihologie. https://ultrapsihologie.ro/2015/06/10/metode-de-discriminare/
5. https://andreivocila.wordpress.com/2011/01/21/prevenirea-si-combaterea-tuturor-formelor-de-discriminare/

1. Definirea noţiunii de discriminare[38]

Principiul egalităţii, conform căruia toate fiinţele umane au drepturi egale şi ar trebui tratate egal pentru că dispun de demnitate umană, stă la baza noţiunii de drepturi ale omului şi îşi găseşte realizare în funcţie de demnitatea inerentă fiecărui individ. Însă acest principiu natural al egalităţii nu a fost asigurat niciodată pe deplin tuturor fiinţelor umane, nici în trecut, nici în prezent. Inegalitatea apare aproape în orice societate, iar discriminarea nu este un produs al contemporaneităţii.

Ştiinţele sociale au oferit o serie de explicaţii pentru practicarea discriminării. Potrivit unor teorii, discriminarea este „produsul stratificării sociale bazate pe distribuţia inegală a puterii statului şi a bogăţiei între grupuri". Grupurile dominante încearcă să îşi menţină poziţia apelând la practici de discriminare. Cercetările de psihologie socială au relevat faptul că membrii grupurilor cu statut superior au tendinţa să discrimineze mai mult decât cei ai grupurilor subordonate.

Teoria conflictelor reale, elaborată de Sherif în anul 1956, susţine că discriminarea apare în condiţiile competiţiei dintre două grupuri pentru resurse limitate. În aceste situaţii indivizii tind să favorizeze membrii propriului grup.O altă serie de explicaţii ale fenomenului discriminării leagă tratamentul diferenţiat aplicat anumitor persoane sau grupuri de identitatea socială. Potrivit teoriei identităţii sociale elaborate de Henry Tajfel în anul 1981, indivizii au tendinţa să discrimineze în favoarea grupului din care fac parte pentru ca acest grup să obţină o poziţie superioară altor grupuri. Acest fapt conduce la dobândirea unei identităţii sociale pozitive la nivel individual.

Teoria interacţiunii comportamentale, elaborată de Rabbie, consideră că discriminarea în favoarea propriului grup este un lucru pur raţional, instrumental şi economic. Indivizii au tendinţa să îi favorizeze pe membrii propriului grup şi, deci, să îi defavorizeze pe membrii altor grupuri, pentru a-şi maximiza câştigul personal. Alocând mai multe resurse membrilor grupului căruia simt că îi aparţin, indivizii se aşteaptă ca şi aceştia, la rândul lor, să îi favorizeze, conform normelor de reciprocitate.

[38] https://andreivocila.wordpress.com/2011/01/21/prevenirea-si-combaterea-tuturor-formelor-de-discriminare/

Aceste grupuri vulnerabile din punct de vedere social devin vulnerabile şi din punct de vedere economic. Cei care sunt ţinta prejudecăţilor şi a discriminării, într-o anumită societate, vor întâmpina dificultăţi de integrare pe piaţa muncii (nu îşi vor găsi locuri de muncă pe măsura calificării sau vor fi plătiţi mai puţin decât cei care aparţin grupurilor favorizate), vor avea dificultăţi în obţinerea beneficiilor publice.

Astăzi, ca o consecinţă a experienţelor istorice, interzicerea discriminării este stipulată în multe tratate internaţionale şi legi naţionale care se referă la drepturile omului. Cu toate acestea, discriminarea bazată pe rasă, culoare, etnie, precum şi pe religie, gen, orientare sexuală etc., este o formă de violare a drepturilor omului cu cea mai largă răspândire în întreaga lume.

*Aşadar, discriminare (din latină – discriminatio – a diferenţia) înseamnă tratament inegal, defavorizat al indivizilor, al categoriilor de indivizi sau al grupurilor umane, pe bază de diverse criterii, cum ar fi apartenenţa etnică, rasială, religioasă etc. Uneori, discriminarea este confundată cu prejudecata, care se referă mai mult la starea psihologică decât la comportament.*Aceste două noţiuni sunt strâns legate, însă este posibil de a discrimina oamenii fără o prejudecată conştientă.

Discriminarea este concepută ca un fenomen structural, de sistem sau instituţional.

Discriminarea instituţionalizată se referă la legile, tradiţiile, politicile promovate, care au ca rezultat asigurarea egalităţii sau favorizarea discriminării în societate, organizaţii ori instituţii. Prin urmare, discriminarea este un fenomen des întâlnit în structurile, normele şi instituţiile sociale. Politicile, practicile, cerinţele şi alţi factori cu influenţă negativă asupra membrilor anumitor grupuri deseori par a fi „neutre" sau obiective faţă de cei implicaţi. De regulă, un grup dominant discriminează un alt grup mai puţin puternic şi numeros. Dominaţia poate fi exprimată în termeni de număr (majoritate *versus* minoritate) sau putere („clasa de sus" *versus* „clasa de jos").

După Bettz A. Reardon de la Universitatea Columbia , *discriminarea este o lezare a demnităţii umane şi a drepturilor egale ale celor împotriva cărora se aplică,* iar în conformitate cu documentele internaţionale, *discriminarea este privită ca orice excludere, restricţie, distincţie sau preferinţă care are drept scop interzicerea sau refuzarea drepturilor egale şi a protecţiei acestora; este interzicerea principiului egalităţii şi un afront adus demnităţii umane (excludere* înseamnă acţiunea de a înlătura şi rezultatul acesteia; *restricţie* – măsură care limitează, îngrădeşte un drept, o libertate etc.; *distincţie* – atitudine, comportare, înfăţişare deosebită, cu caracter distinct; *preferinţă* – întâietate acordată unui obiect, unei situaţii, unei fiinţe atunci când există posibilitatea de a alege dintre mai multe obiecte, situaţii sau fiinţe, înclinaţie faţă de o anumită fiinţă; afront – insultă, jignire, ofensă, dezonoare adusă cuiva în public).

În ţările democratice practicile discriminatorii sunt interzise de instrumentele internaţionale privind drepturile omului. Astfel, articolul 7 din *Declaraţia Universală a Drepturilor Omului* prevede: „*Toţi oamenii sunt egali în faţa legii şi au, fără nicio deosebire, dreptul la o egală protecţie a legii. Toţi oamenii au dreptul la o protecţie egală împotriva oricărei discriminări care ar viola prezenta Declaraţie şi împotriva oricărei provocări la o asemenea discriminare*".

Articolul 1 (1) din *Convenţia UNESCO împotriva Discriminării în Educaţie* stipulează că „*… termenul „discriminare" include orice distincţie, excepţie, limitare sau preferinţă care, bazându-se pe rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau de altă natură, naţionalitate sau origine socială, situaţie economică sau familială, au ca scop sau drept rezultat anularea sau lezarea principiului egalităţii de tratament în învăţământ, şi anume: privarea unei persoane sau a unui grup de persoane de accesul la învăţământ de orice tip şi nivel, sau limitarea drepturilor une persoane sau a unui grup de persoane la învăţământ de standard inferior, sau crearea pentru persoane sau grupuri de persoane a condiţiilor ce sunt incompatibile cu demnitatea umană*".

În acest context putem sublinia că:

1. Discriminarea, sub aspect *descriptiv,* reprezintă *orice tratament diferit sau inegal.* Această formulare are mari avantaje, deoarece descrie, simplu şi clar, ceea ce gândeşte vorbitorul.

2. Discriminarea, sub aspect de *judecată,* reprezintă *orice tratament diferit sau inegal care este injust.* Calificând o acţiune drept discriminare, vorbitorul afirmă că aceasta este incorectă

3. Discriminarea, sub aspect *advers,* reprezintă *orice tratament diferit sau inegal care caută să producă un dezavantaj.* Analizând definiţia, conchidem că discriminarea este întotdeaunaîmpotrivă: aceasta exclude sau oprimă; aceasta nu ajută şi nici nu susţine.

4. Discriminarea, sub aspect de *prejudecată,* reprezintă *orice tratament diferit sau inegal doar atunci când acesta este motivat de o prejudecată.*

5. Discriminarea, sub aspect de *ilegalitate,* reprezintă *tratamentul diferit sau inegal doar atunci când acesta este ilegal*

In concluzie, prin noţiunea de discriminare înţelegem orice tratament diferit şi inegal, care se realizează prin distincţie, excludere, restricţie şi preferinţă, pe baza de sex, rasă, naţionalitate, origine etnică, cetăţenie, origine socială, religie, convingeri, educaţie, limbă, opinii, apartenenţă politică, starea sănătăţii, vârstă, orientare sexuală, stare civilă, stare materială, disabilitate, boală cronică necontagioasă, infectare a HIV/SIDA sau alte criterii ori semne individuale, care are ca scop sau rezultat anularea sau lezarea drepturilor omului şi a protecţiei lor, violarea principiilor egalităţii, non-discriminării şi a demnităţii umane.

Distingem trei elemente, care sunt comune tuturor formelor de discriminare:

1. *Acţiunile discriminatorii*, precum sunt distincţia, excluderea, restricţia şi preferinţa;

2. *Cauzele discriminării, criteriile de deosebire personale*, precum sunt sexul, rasa, naţionalitatea, originea etnică, cetăţenia, originea socială, religia, convingerile, educaţia, limba, opiniile, apartenenţa politică, starea sănătăţii, vârsta, orientarea sexuală, starea civilă, starea materială, disabilitatea, boala cronică necontagioasă, infectare a HIV/SIDA sau alte criterii ori semne individuale;

3. *Scopurile şi/sau consecinţele discriminării*, care au ca efect împiedicarea, anularea sau lezarea drepturilor omului şi a protecţiei lor şi violarea principiilor egalităţii, non-discriminării şi a demnităţii umane.

1.2. Continutul si formele discriminarii

Discriminarea se manifestă sub diferite forme, cum ar fi:

1. *În funcţie de modul în care se manifestă*:

- Discriminarea directă, constă în excluderea unei persoane sau categorii de persoane de la beneficiul unui anumit drept datorită unei caracteristici a acelei persoane sau categorii de persoane;
- Discriminarea indirectă, constă în excluderea unei persoane sau categorii de persoane de la beneficiul unui anumit drept prin folosirea unor criterii aparent neutre.

2. *În funcţie de natura drepturilor încălcate*:

- discriminarea politică;
- discriminarea economică;
- discriminarea religioasă.

3. *În funcţie de natura criteriilor încălcate folosite pentru limitarea drepturilor*:

- discriminarea etnică;
- discriminarea de gen;
- discriminarea rasială;
- discriminarea de vârstă etc.

Discriminare direct – orice acţiune sau inacţiune în raport cu o persoană, bazată pe unul dintre criteriile: sex, rasă, naţionalitate, origine etnică, cetăţenie, origine socială, religie, convingeri, educaţie, limbă, opinii, apartenenţă politică, starea sănătăţii, vârstă, orientare sexuală, stare civilă, stare materială, disabilitate, boală cronică necontagioasă, infectare a HIV/SIDA sau

pe bază de alte criterii sau semne individuale, stabilite prin lege. Spre exemplu, în contextul angajării, refuzul de a angaja o femeie căsătorită din cauza faptului că are obligaţii familiale sau poate să aibă copii constituie discriminare directă pe criteriul sexului şi al situaţiei familiale.

Discriminare indirectă – orice prevedere, criteriu sau practică aparent neutră care dezavantajează anumite persoane, pe baza criteriilor: sex, rasă, naţionalitate, origine etnică, cetăţenie, origine socială, religie, convingeri, educaţie, limbă, opinii, apartenenţă politică, starea sănătăţii, vârstă, orientare sexuală, stare civilă, stare materială, disabilitate, boală cronică necontagioasă, infectare a HIV/SIDA sau pe baza altor criterii ori semne individuale, stabilite prin lege. Această formă de discriminare este deseori confirmată de datele statistice care demonstrează un efect disproporţionat. Constituie excepţii de la această regulă situaţiile în care prevederea, criteriul sau practica sunt justificate în mod obiectiv de un scop legitim, iar măsurile folosite pentru atingerea acelui scop sunt adecvate şi necesare.

Discriminarea directă tinde să se focuseze pe dezavantajul pe care îl suferă o persoană în mod individual, iar noţiunea de discriminare indirectă se concentrează mai mult asupra unui grup dezavantajat. Totuşi, aceasta nu înseamnă că discriminarea directă are loc numai faţă de persoane fizice, iar discriminarea indirectă – numai faţă de grupuri.

Discriminare multiplă – orice faptă de discriminare bazată pe două sau mai multe criterii: sex, rasă, naţionalitate, origine etnică, cetăţenie, origine socială, religie, convingeri, educaţie, limbă, opinii, apartenenţă politică, starea sănătăţii, vârstă, orientare sexuală, stare civilă, stare materială, disabilitate, boală cronică necontagioasă, infectare a HIV/SIDA sau pe baza altor criterii ori semne individuale, stabilite prin lege.

Discriminare prin asociere – orice faptă de discriminare săvârşită împotriva unei personae care, deşi nu face parte dintr-o categorie identificată conform criteriilor: sex, rasă, naţionalitate, origine etnică, cetăţenie, origine socială, religie, convingeri, educaţie, limbă, opinii, apartenenţă politică, starea sănătăţii, vârstă, orientare sexuală, stare civilă, stare materială, disabilitate, boală cronică necontagioasă, infectare a HIV/SIDA sau pe baza altor criterii ori semne individuale, stabilite prin lege, este asociată cu una sau mai multe persoane aparţinând unei asemenea categorii de persoane.

Segregare – orice faptă care are drept scop sau consecinţă separarea fizică neuniformă pe baza unuia sau mai multor criterii: sex, rasă, naţionalitate, origine etnică, cetăţenie, origine socială, religie, convingeri, educaţie, limbă, opinii, apartenenţă politică, starea sănătăţii, vârstă, orientare sexuală, stare civilă, stare materială, disabilitate, boală cronică necontagioasă, infectare a HIV/SIDA sau pe baza altor criterii ori semne individuale, stabilite prin lege.

Tratament defavorizat – orice act, acţiune sau inacţiune care afectează direct sau indirect drepturile şi interesele legale.

Intenţie de a discrimina – orice declaraţie făcută în public privind săvârşirea faptei de discriminare.

Comportament discriminatoriu – orice comportament care, prin efectele pe care le generează, favorizează sau defavorizează nejustificat un grup de persoane sau o comunitate faţă de alte persoane, grupuri de persoane sau comunităţi.

Instigare la discriminare – orice acţiune sau inacţiune care determină cu intenţie pe cineva să săvârşească o faptă de discriminare. *Instigarea la discriminare* constituie o formă de manifestare a discriminării, care presupune instigarea unei persoane la discriminarea altei persoane din cauza faptului că aceasta aparţine uneia dintre categoriile protejate. Spre exemplu, proprietarul unui restaurant instigă chelnerul să nu deservească romii.

Complicitate la discriminare – fapta persoanei care facilitează sau ajută în mod intenţionat o persoană la săvârşirea unei fapte de discriminare. De asemenea, se consideră complicitate la discriminare fapta persoanei de a promite, înainte sau în timpul săvârşirii faptei de discriminare, că va favoriza pe făptuitor, chiar dacă după săvârşirea faptei promisiunea nu a fost îndeplinită.

Asociere pentru săvârşirea unei fapte de discriminare – fapta de a se asocia sau de a iniţia constituirea unei asocieri în scopul săvârşirii uneia sau mai multor fapte de discriminare ori aderarea sau sprijinirea sub orice formă a unei astfel de asocieri.

Hărţuire – orice formă de comportament, verbal sau non-verbal, în raport cu o fiinţă umană, manifestat conştient pe baza criteriilor: sex, rasă, naţionalitate, origine etnică, cetăţenie, origine socială, religie, convingeri, educaţie, limbă, opinii, apartenenţă politică, starea sănătăţii, vârstă, orientare sexuală, stare civilă, stare materială, disabilitate, boală cronică necontagioasă, infectare a HIV/SIDA sau pe baza altor criterii ori semne individuale, stabilite prin lege. Hărţuirea poate lua formă fizică, verbală, nonverbală. Spre exemplu, *hărţuirea sexuală* este orientată spre o persoană, în virtutea sexului acesteia, fie că este femeie sau bărbat, şi, posibil, în virtutea orientării sale sexuale. Există trei elemente de bază pentru a demonstra hărţuirea: victima trebuie să aparţină unei categorii protejate; victima a fost supusă la un comportament nedorit, verbal sau fizic, în temeiul apartenenţei sale la o categorie protejată; comportamentul respectiv a creat un mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau ofensator. Angajatorii vor fi responsabili pentru hărţuirea comisă faţă de angajaţi.

Hărţuire sexual – orice formă de comportament cu caracter sexual exprimat în mod fizic, verbal sau în orice alt mod, care încalcă demnitatea sau onoarea persoanei ori creează un mediu, atitudine sau practică ostilă, degradantă sau intimidantă; în mod special, cazul în care refuzul de a accepta un astfel de comportament sau constrângere ar influenţa luarea de decizii şi ar afecta persoana.

Victimizare – orice comportament negativ ca urmare a unei plângeri în justiţie cu privire la încălcarea principiului non-discriminării; tratament defavorizat al unei persoane în cazul în care persoana respectivă a întreprins sau se presupune că a întreprins ori va întreprinde acţiuni pentru protecţia împotriva discriminării; tratament defavorizat al unei persoane care a refuzat să discrimineze în condiţiile date. Statele trebuie să aplice măsurile necesare pentru a proteja indivizii împotriva oricăror forme de tratament advers (precum concedierea) ca reacţie la o plângere, acţiune sau alte proceduri prin care se urmăreşte respectarea principiului egalităţii de tratament. Această prevedere urmăreşte protecţia nu numai a persoanei discriminate, ci şi a celor care pot oferi probe utile în procedura nondiscriminare sau care sunt, într-un fel sau altul, implicaţi în această procedură.

Toate noţiunile definite mai sus sunt forme de manifestare a discriminării, de aceea constituie discriminare şi trebuie să fie sancţionate conform legislaţiei în vigoare: discriminarea directă, discriminarea indirectă, discriminarea multiplă, comportamentul discriminatoriu, hărţuirea, inclusiv cea sexuală, instigarea la discriminare, intenţia declarată public de a discrimina, segregarea, victimizarea, discriminarea prin asociere, asocierea în vederea săvârşirii unei fapte de discriminare, complicitatea la discriminare, săvârşite cu privire la o persoană, un grup de persoane sau o comunitate, cu excepţia cazurilor în care acestea sunt în conformitate cu legea şi necesare într-o societate democratică.

Faptele de discriminare se incadreaza in general in randul faptelor contraventionale si se sanctioneaza in functie de gravitate cu: avertisment, amenda contraventionala etc.

Formele de manifestare a discriminării pot fi clasificate, după gravitatea lor, în două categorii: forme uşoare de manifestare a discriminării şi forme grave de manifestare a discriminării.

Din categoria formelor uşoare de manifestare a discriminării fac parte: discriminarea directă, discriminarea indirectă, comportamentul discriminatoriu, hărţuirea, inclusiv cea sexuală, instigarea la discriminare, intenţia declarată public de a discrimina, victimizarea, discriminarea prin asociere, asocierea în vederea săvârşirii unei fapte de discriminare, complicitatea la discriminare săvârşite cu privire la o persoană, un grup de persoane sau o comunitate.

Din categoria formelor grave de discriminare fac parte: segregarea; discriminarea multiplă; instigarea la discriminare săvârşită de o persoană care se află pe o poziţie de autoritate faţă de cel instigat; discriminarea săvârşită de două sau mai multe persoane; săvârşirea în mod repetat a unei fapte de discriminare, chiar şi după pedepsirea acesteia.

4. Discriminarea și modalități de combatere a discriminării[39]

Discriminarea poate fi o intervenţie bazată pe forţă sau pe putere menită să ducă la privarea altei persoane sau altui grup de un drept sau de o recompensă prin invocarea unor criterii nespecifice. Discriminarea ca tratament diferenţiat favorabil sau nefavorabil al indivizilor care au aceeaşi calitate dar aparţin anumitor grupuri sociale etnice sau religioase cum ar fi discriminarea rromilor, a persoanelor sărace sau a celor cu dizabilităţi.

Discriminarea ca formă de marginalizare de orice fel şi în orice situaţie este, din păcate, un fenomen încă prezent în societatea democratică, fiind atât de obişnuit încât e considerat normal de către foarte mulţi români. Necunoştinţa de cauză, atitudinea indiferentă faţă de problemele apărute în cadrul locului de muncă, neputinţa sau teama sunt doar câteva motive în baza cărora angajaţii români refuză sau evită să îşi apere drepturile. Modalitatea cea mai frecvent întâlnită în rândul angajaţilor români în ceea ce priveşte rezolvarea unei probleme apărute pe fondul discriminării constă în schimbarea locului de muncă.

Persoanele cu dizabilități reprezintă una dintre cele mai discriminate categorii sociale. În Republica Modova, majoritatea persoanelor care au un anumit handicap nu au un loc de muncă. Constituţia prevede: „Persoanele cu dizabilități se bucură de protecţie specială. Statul asigură realizarea unei politici naţionale de egalitate a şanselor, de prevenire şi de tratament ale handicapului, în vederea participării efective a persoanelor cu dizabilități în viaţa comunităţii, respectând drepturile şi îndatoririle ce revin părinţilor şi tutorilor”.

Daca în majoritatea tarilor Uniunii Europene persoanele cu dizabilități dispun de anumite facilitati atat în societate cât şi la locul de muncă, în ţara noastră rar se întamplă acest lucru, pentru că de obicei persoanele care au un anumit handicap nu au un loc de muncă. Autoritatea Naţională pentru Persoanele cu dizabilități (ANPH) a elaborat Strategia Naţională 2006-2013 privind protecţia, integrarea şi incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități din Republica Moldova. Scopul acestei strategii este asigurarea exercitării totale a drepturilor şi libertăţilor fundamentale ale persoanelor cu dizabilități în vederea creşterii calităţii vieţii acestora.

Strategia propune ca modalităţi de creştere a gradului de ocupare a forţei de muncă în rândul persoanelor cu dizabilități, urmatoarele căi de acţiune:

- asigurarea pregătirii scolare a persoanei cu dizabilități, indiferent de locul în care aceasta se afla, inclusiv prin profesori itineranţi;
- accentuarea importanţei evaluării abilităţilor şi, mai ales, a abilităţilor socioprofesionale;
- realizarea, diversificarea şi susţinerea financiară a programelor privind reabilitarea profesională a persoanelor cu dizabilități;
- asigurarea pregătirii pentru ocupaţii necesare în domeniul handicapului şi pentru introducerea de noi ocupaţii în Clasificarea Ocupaţiilor din Republica Moldova.

În viaţa de zi cu zi, putem observa persoane cu dizabilităţi care se confruntă cu aceleaşi probleme ca şi persoanele normale din punct de vedere fizic. Fiecare are o familie, o viaţă, păreri proprii, reacţii la anumite evenimente. Este evident faptul că tot ai o mamă, chiar dacă eşti „normal” sau cu dizabilităţi, tot ai momente frumoase şi urâte, tot ai prieteni, tot ai sentimente, viata ta are cam aceleaşi etape. Daca o persoană cu dizabilităţi este asemenea celuilalt, de ce nu ar merita să fie tratat ca şi ceilalţi? În Romania, doar 4,2 la sută dintre persoanele cu dizabilitaţi au un loc de muncă, cifra care claseaza ţara noastră pe ultimul loc in Uniunea Europeana. Totodată Republica Moldova se afla pe penultimul loc in privinţa sumelor alocate pentru servicii sociale pentru persoane cu dizabilităţi

Discriminarea persoanelor cu dizabilitaţi este in continuare o problema in Republica Moldova , guvernul nereuşind sa pună în practică legile care interzic acest lucru. Raportul Departamentului de Stat al SUA privind drepturile omului arată ca legea din Romania cere ca persoanele cu dizabilitaţi sa aibă conditii speciale de acces in instituţii şi transportul in comun, dar ţara are foarte puţine facilităţi. Raportul precizează, însă, că numărul acestora este in

[39] Asistența socială în protecţia persoanelor cu dizabilităţi. Suport de curs. Formator: lect. univ. dr. Petronela Maria Talpaş. Pag.36-40 http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf

creştere. De asemenea, organizaţiile neguvernamentale au observat ca plasarea, condiţiile de viată şi tratamentul pacienţilor in multe spitale psihiatrice nu respectă standardele internaţionale cu privire la drepturile omului. Autorităţile americane spun că Centrul pentru Resurse Juridice a vizitat, de doua ori, 16 instituţii de stat pentru persoane cu dizabilizaţi mintale, pentru a evalua situaţia acestora. În raport se precizează că unele vizite au fost aprobate cu greu de conducerea instituţiilor.

Raportul arată ca aceste instituţii erau supraaglomerate, aveau personal insuficient calificat, care nu cunoştea legea pentru aceste persoane, iar medicaţia era insuficientă. Mai mult, pacienţii erau neglijaţi, aveau condiţii de igienă precare si lipseau activitaţile recreaţionale.

Oricine poate fi victima a discriminării. Orice criteriu în funcţie de care o persoană este tratată diferit poate constitui un criteriu de discriminare. Victima discriminării trebuie doar să aducă dovada diferenţei de tratament (sau a tratamentului identic atunci când este vorba de persoane aflate în situaţii diferite), urmând ca persoana asupra căreia planează acuzaţia de discriminare să încerce să demonstreze că o astfel de diferenţă de tratament este fondată pe criterii obiective. Prin urmare oamenii sunt discriminaţi în funcţie de vîrstă, sex, orientare sexuală sau politică, dar cele mai afectate sunt persoanele cu dizabilităţi.

Dizabilitatea este termenul general pentru afectări, limitări de activitate sau restricţii de participare. El denotă aspectele negative ale interacţiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) şi factorii contextuali în care se regăseşte (factori de mediu şi personali). Handicap înseamnă pierderea sau limitarea şanselor unei persoane de a lua parte la viaţa comunităţii la un nivel echivalent cu ceilalţi membri. El descrie interacţiunea dintre persoană şi mediu. Scopul acestei definiţii este de a concentra atenţia asupra deficienţelor din mediul înconjurător şi a unor sisteme organizate de societate care împiedică persoanele cu dizabilități să participe în condiţii de egalitate.

Persoanele cu dizabilități sunt acele persoane cărora mediul social, neadaptat deficienţelor lor fizice, senzoriale, psihice, mentale şi/sau asociate, le împiedică total sau le limitează accesul cu şanse egale la viaţa societăţii, necesitând măsuri de protecţie în sprijinul integrării şi incluziunii sociale. Indiferent că este fizic sau mental, handicapul reprezintă o sursa de stigmatizare. Cei care suferă din cauza lui se confruntă deseori cu practici discriminatorii. Şi fie că ne referim la deficienţe, la incapacitate sau la dezavantaje avem de-a face cu o relaţie în care intervin simultan factori biologici, ecuaţie personală, privire exterioară. Handicapul poate fi considerat ca produs social ce se formează într-un anumit context istoric; ultimele decenii au fost marcate de o ideologie a readaptării. Din moment ce persoanele cu dizabilitati sunt asemeni celorlalţi, singularitatea şi alteritatea tind să se estompeze: ceea ce contează este faptul de a deveni identic, de a face să dispară diferenţele. Cei care prezintă un handicap sunt priviţi ca inadaptaţi faţă de ceea ce este dezirabil din punct de vedere social şi pentru a scapa de această stigmatizare, ei trebuie să aibă o personalitate puternică. În general, autorităţile publice sunt reticente în introducerea serviciilor comunitare pentru persoanele cu dizabilităţi mentale, principalul motiv fiind acela al costurilor care sunt mult mai mari decât cele alocate în cazul serviciilor de instituţionalizare, în opinia lor, deşi nu există argumente temeinic fundamentate în acest sens.

Persoanele cu dizabilităţi au venituri semnificativ mai mici, faţă de populaţia generală. Acest dezavantaj se extinde asupra întregii gospodării care include o persoană cu dizabilităţi (venituri de circa 60% faţă de media naţională la nivel de gospodărie) şi se păstrează chiar dacă persoana cu dizabilităţi are un loc de muncă (salariu mediu net este de circa 65% din media naţională). Ultimele decade au marcat o schimbare importantă în ceea ce priveşte politicile publice privind persoanele cu dizabilităţi la nivel global.

Modelul medicalizat, predominant în întreaga Europă până în anii ’80, axat pe recuperare medicală şi asigurarea pasivă a unui venit minim financiar, a fost înlocuit cu o paradigmă bazată pe dreptul la şanse egale, nondiscriminare şi participare.

Modelul social promovat de grupurile pentru drepturile civile ale persoanelor cu dizabilităţi, practic, face trecerea de la blamarea exclusivă a limitărilor fizice, intelectuale sau de

altă natură ale persoanelor individuale către o analiză critică a mediului fizic şi social şi a limitărilor impuse de societate asupra anumitor grupuri sau categorii de persoane.

Prin urmare alături de conceptul de "persoană cu dizabilităţi" trebuie tratate şi barierele externe ("disabling society"). Noua abordare a ajuns pe agenda organizaţiilor internaţionale precum şi a guvernelor naţionale într-o formă ce recunoaşte rolul mediului în crearea de şanse egale.

Tema 6: ROLUL ASISTENŢEI SOCIALE ÎN RECUPERAREA ŞI INTEGRAREA PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI

1. Asistența socială a persoanelor cu dizabilități fizic
2. Asistența socială a persoanelor cu dizabilități senzorial
3. Asistența socială a copilului nevăzător sau cu vederea diminuată
4. Asistența socială a persoanelor cu dizabilități mintal

Referințe:

1. Asistența socială în protecţia persoanelor cu dizabilităţi. Suport de curs. Formator: lect. univ. dr. Petronela Maria Talpaş. Pag.40-46 http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf
2. Albu Adriana, Albu Constantin. Asistența psihopedagogică şi medicală a copilului deficient fizic, Ed. Polirom, Iaşi, 2000, p.28.
3. Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova/ Maria Bulgaru, Nicolae Sali, Tatiana Gribincea. – Chișinău, 2008. p. 406-440
4. Ghid teoretico-practic pentru asistența socială multifuncțională comunitară/ Agapii Eugenia, Botnari Valentina, Bulgaru Maria et. al; coord. șt.: Aurelia Racu; APDI NUMANITAS. – Chișinău: Pontos, 2018. 432 p.
5. Parteneriat în educaţia integrată a copiilor cu cerinţe educative special, coord. Stela Coman, Ed. „Spiru Haret", Iaşi, 2001, p.13.
6. Racu Aurelia, Popovici Doru Vlad, Crețu Verginia, Racu Sergiu, Bucinschi Cătălin. Asistența social a persoanelor cu dizabilități. – Chișinău, Ed. Pontos, 2007. 300 p.
7. http://www.distonie.ro/index.php/dizabilitate
8. http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf

1. **Asistența socială a persoanelor cu dizabilități fizic**[40]

Copilul invalid motor este adesea şi un inadaptat psihic şi intelectual. Nefiind îngrijit de nimeni, poate ajunge şi un inadaptat social. El este un inadaptor motor, deoarece viaţa implică efectuarea a tot felul de mişcări care lui îi sunt limitate sau interzise în detrimentul independenţei sale.

Infirmitatea întreţine o inadaptare psihică, mai ales pe plan afectiv. Copilul este lipsit de relaţii cu lumea exterioară şi chiar dacă le are, acestea nu sunt pe plan de egalitate cu ale unui individ normal, ceea ce conduce la izolare bolnavului.

Dezvoltarea intelectuală a acestor copii este defavorizată faţă de copiii valizi, deoarece boala şi tratamentul medical implică perioade îndelungate de spitalizare şi de pasivitate. Chiar şi în cazul când copilul poate face unele mişcări, experienţa sa este adesea limitată în raport cu posibilităţile educative.

Asistenţii sociali trebuie să urmărească şi să asigure copilului posibilităţile de mişcare, instrucţia şi pregătirea lui profesională. De asemenea trebuie să asigure internarea copilului în instituţii spitaliceşti, să rezolve problema locuinţei, dacă aceasta se cere să rezolve problema transportului acestuia la şcoală, să pregătească familia de a primi copilul într-un climat adecvat după spitalizare, în aşa fel încât familia să participe la procesul de recuperare a copilului.

Pentru ca dezvoltarea generală a copiilor infirmi să se poată desfăşura normal, sau aproape normal, asistenta socială trebuie să îndrume familia copilului în atitudinea ce trebuie să o aibă faţă de copil şi boala lui. Instruirea copilului trebuie, în primul rând să fie acceptată de familie cu toată tăria şi speranţa în ameliorarea ei.

Copilul trebuie să i se insufle curaj şi încredere în el, să i se dovedească posibilităţile sale. Rezultatele acestei acţiuni sunt condiţionate şi de existenţa unui cadru familia ferm şi stabil şi un climat afectiv şi stimulent pentru copil. Copilul trebuie să-şi câştige sau recâştige încrederea în

[40] http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf

forţele lui şi de aceea trebuie lăsat să execute fără sprijin o serie de lucruri. Să i se încredinţeze treptat, treptat sarcini şi responsabilităţi cu eforturi dozate. Trebuie îndrumat şi sprijinit în formarea sau redobândirea deprinderilor igienico-sanitare (spălat, îmbrăcat, servit masa etc.), care să-i asigure independenţa vieţii personale.

Copilul infirm nu trebuie izolat de ceilalţi copii, ci dimpotrivă, trebuie pus în contact cu ei, să se joace cu aceştia în aer liber, să se obişnuiască cu ei. Nu trebuie să i se lase impresia de ocrotire continuă, ci trebuie pus în situaţia de a avea satisfacţii personale, prin efectuarea unei activităţi proprii.

Copilul infirm trebuie să beneficieze de instituţiile pentru copii preşcolari (grădiniţe de copii), precum şi de instrucţia generală şcolară ca şi a celorlalţi copii. Probleme speciale de instruire ridică copiii infirmi netransportabili, care trebuie să fie internaţi în cămine, unde să li se asigure şcolarizarea. Instrucţia sa generală trebuie desăvârşită în şcoli profesionale, licee şi chiar facultăţi.

La adolescente, eforturile trebuie depuse pentru înlăturarea complexului de inferioritate ce poate apărea din cauza infirmităţii. De câte ori este posibil, tânărul infirm trebuie să lucreze la un loc cu adolescenţii normali şi să împartă aceeaşi viaţă. Aceasta va duce la dezvoltarea spiritului de competiţie, care apare la această vârstă şi care îi va ajuta pe infirmi să se alinieze la munca colegilor valizi.

Copilul infirm motor trebuie supravegheat timp îndelungat de asistenta socială care îl are în grijă, până când readaptarea fizică, morală, socială şi profesională sunt realizate.

2. Asistenţa socială a persoanelor cu dizabilităţi senzorial[41]

Cu toate că organul cu care vorbim este din punct de vedere anatomic complet separat de organul auditiv, cu 50-60 de ani în urmă, defectarea unuia din aceste organe presupunea şi defectarea celuilalt, folosindu-se termenul de „surdo-mut".

Confundarea acestor defecte îşi are explicaţii prin faptul că o mare parte a persoanelor surde sunt surde din naştere, sau au devenit surde în scurt timp după naştere, când încă nu ştiau vorbi şi deci nu au avut deloc noţiunea graiului. În consecinţa, neavând posibilitatea de a învăţa să vorbească prin imitaţie, nu puteau folosi de această facultate.

Despre aceşti copii s-a crezut mult timp că sunt muţi, neputând să articuleze nici un cuvânt, fiindcă ei singuri nu ştiau că au glas, neputând să-l audă niciodată. La menţinerea credinţei că defectarea organului auditiv este însoţită în mod clar necesar şi de defectarea organului vocal a contribuit şi sistemul de comunicare între acest fel de defectivi prin limbajul lor de semne, eliminând complet necesitatea de a forma cuvinte cu ajutorului organului vocal. În felul acesta, surzii, înţelegându-se între ei exclusiv prin semne, nu mai era necesar să se ocupe de celălalt organ crezut defectiv, respectiv organul vocal.

Mai târziu însă s-a constatat că foarte multe dintre persoanele surde îşi au organul vocal complet sănătos şi normal, dar lipsa de experienţă şi auzul defectuos i-a făcut să nu uzeze de el. În ultimul timp, asistenţa socială modernă, recunoscând avantajele plasării în familie a infirmilor reeducaţi cu ajutorul unităţilor speciale, a căutat să le facă educarea sau reeducarea în aşa fel ca ei să poată trăi mai bine cât se poate de normal în sânul familie lor şi în comunitate.

În asistenţa surzilor, acest principiu s-a izbit în realitatea lui de o piedică fundamentală, imposibilitatea de înţelegere a surzilor cu membrii familiei şi cu membrii societăţii, surzii având ca singură posibilitate de comunicare alfabetul lor de semne, învăţat în şcoală, alfabet neinteligibil pentru oamenii normali. Pentru înlăturarea acestui inconvenient, s-a introdus pentru toţi surzii instruirea citirii de pe buze cu alfabetul normal.

Instruirea în şcoală se face de către cadre specializate în logopedie. În felul acesta, li s-a dat în mână cheia de a se înţelege cu toată lumea şi de a putea trăi şi ei în societate, luând parte activă la toate acţiunile ei. Odată învăţat felul normal de a forma cuvintele s-au făcut sforţări de a-i învăţa să-şi articuleze cuvintele. Începutul a fost greu, dar a dat rezultate bune. Surdul odată

[41] http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf

conştient că există o facultate a lui neperceptibilă pentru el, dar perceptibilă pentru alţii, face eforturi de a-şi dezvolta această facultate, de a uza de ea, fiindu-i astfel mai uşor să se descurce cu semenii lui de viaţă.

Astfel s-a descoperit că mulţi dintre surzi pot să vorbească bine, având organul vocal normal dar suficient de dezvoltat, din cauza neutilizării lui. Deci în mod normal s-a făcut o deosebire între defectivii surzi şi defectivii muţi, clasându-i în două categorii diferite. Surzii au un procent mai mic de dependenţă ca ceilalţi infirmi, îndeosebi după introducerea sistemului de citire de pe buze, sistem ce le dă posibilitatea de a se înţelege cu familia lui şi restul societăţii.

Având toate facultăţile normale în afară de cea auditivă, ei pot lua parte cu mai mult succes în lupta pentru existenţă. Surzii îmbrăţişează mai degrabă meserii practice, care se pot profesa fără auz.

Cele mai practice meserii pentru această grupă de persoane cu dizabilități erau tâmplar, strungar, desenator, zugrav, tipograf, dulgher, croitor, cizmar etc. Pentru femei : croitoria, confecţioner lenjerie, modiste, florărese, bucătărese, croitor, ţesătoare etc.

3. Asistenţa socială a copilului nevăzător sau cu vederea diminuată

Cea mai grea dintre toate infirmităţile este orbirea. Aceasta nu numai prin limitarea capacităţii de muncă, dar şi prin influenţa dezastruoasă pe care o exercită întunericul permanent asupra dispoziţiei sufleteşti, a celor afectaţi de acest handicap.

Din punct de vedere al modului cum trebuie privită asistenţa medico-socială a nevăzătorilor, se desprind două aspecte:

1. prevenirea orbirii şi conservarea vederii.
2. acordarea de sprijin persoanelor devenite infirme prin pierderea toată a vederii.

Datorită asistenţei sociale este de a descoperi aceste cazuri, de a duce pacientul la specialist, de a-l convinge să urmeze conştiincios tratamentul şi să controleze asupra modului în care să se prezinte la medic. Adesea se întâlnesc părinţi ai căror copii suferă de trachom sau oftalmie care au făcut câteva şedinţe de tratament şi după ce au observat o oarecare ameliorare, au renunţat la tratament.

Bineînţeles că boala a revenit, s-a agravat, nu a mai putu fi tratată medical şi pacientul a rămas infirm (orb). În privinţa asistenţei sociale propriu-zise, putem vorbi despre înfiinţarea azilelor pentru orbi încă din secolul al XII-lea la Paris, aşezământ social care funcţionează şi astăzi. Astăzi educaţia sau reeducarea orbilor se face aproape în toate ţările în instituite specializate pentru reeducarea acestora, care sunt bine organizate, având învăţământ primar, învăţământ profesional şi unele dintre ele chiar învăţământ secundar sau medicopedagogic. Învăţământul primar are la bază scrisul, cititul, calculul, geografia, istoria şi literatura. Scrisul nevăzătorilor a întâmpinat mari greutăţi.

La început s-a întrebuinţat alfabetul latin scris cu ajutorul unor rigle, apoi s-a ajuns la sistemul de scriere Braille, folosit astăzi în toată lumea atât pentru litere, cât şi pentru cifre, semne matematice şi semne muzicografice. Scrierea se face pe o tablă de metal cu ajutorul unui creion mai puţin ascuţit. Americanul F.Hall a construit o maşină, cu ajutorul căreia se poate scrie o literă dintr-o singură claviatură. Ea este universal introdusă; un orb poate scrie 10-15 pagini pe oră.

Cititul nu întâmpină atâtea greutăţi. Orbii de obicei pipăie cu degetele punctele sau literele reliefate. Se întrebuinţează mai des cele două degete arătătoare, din care cu cel drept se citeşte, iar cu cel stâng se ţine rândul şi se controlează cel drept. Ei pot citi 20-30 pagini pe oră. Frigul îi împiedică pe orbi la citit şi le slăbeşte fineţea tactilă. Calculul se face din memorie. Numai în clasele superioare, la operaţiuni, la operaţiuni speciale, ei fac calculul în scris cu semne reliefate sau puncte. Toate operaţiunile matematice le fac cu o uşurinţă deosebită faţă de persoanele normale, deoarece atenţia nevăzătorilor este concentrată numai asupra operaţiunii respective. Ştiinţele reale le învaţă prin mijloace speciale de intuiţie, sau prin metode reliefate.Geografia o învaţă pe hărţile reliefate.

După terminarea învăţământului primar, care durează 7 ani, elevii trec sau la învăţământul secundar, sau la cel profesional. Ei pot să facă anumite lucruri ce nu necesită mişcări mari.

Dintre toate profesiunile, cea mai răspândită este împletitul coşurilor cu uşurinţă şi frecvenţă, şi îi urmează imediat confecţionarea periilor, împletitul frânghiilor, tricotajul la maşină, fabricarea covoarelor etc.

În Germania, o bună parte sunt utilizaţi în zootehnie, iar în China şi Japonia majoritatea orbilor sunt maseuri. Mai sunt utilizaţi ca dactilografi, telefoniştii şi muzicanţi. După terminarea programului de educaţie a nevăzătorilor, urmează plasarea lor în muncă. Această activitate de plasare şi readaptare a orbilor pregătiţi pentru o competiţie liberă în lupta pentru existenţă o face asistenta socială, care trebuie să fie călăuza şi reazemul moral al persoanei cu dizabilități. Mulţi dintre orbi îşi pierd uşor echilibrul sufletesc. Aici asistenta socială are un rol deosebit de important, care se manifestă printr-o activitate de refortificare morală a persoanei cu dizabilități şi recăpătarea încrederii în propriile sale puteri.

La educarea copiilor nevăzători este de o importanţă deosebită deprinderea acestora la o vârstă cât se poate de fragedă de a-şi întrebuinţa simţirile, în special mâinile. Trebuie instruiţi de mici să se îmbrace şi să se hrănească singuri. La instruirea lor trebuie ţinut seama că, neavând capacitatea de a vedea, ei nu pot învăţa prin imitaţie, aşa cum fac copiii normali. Copiii nevăzători nu trebuie protejaţi şi ocrotiţi în mod inutil din milă, fiindcă este spre avantajul lor ca să se izbească cât se poate de mult de greutăţile vieţii, dobândind prin aceasta o rezistenţă mai mare în lupta pentru existenţă.

4. Asistenţa socială a persoanelor cu dizabilități mintal[42]

Unele boli psihice se manifestă nu numai prin tulburări ale funcţiei intelectuale, ci şi Prin modificări ale întregii personalităţi, ale legăturilor sale sociale şi afective, ale atitudinii faţă de muncă, ale capacităţii de a duce o activitate conştientă şi a urmări atingerea unui scop. În ceea ce priveşte copilul, se pune problema debilităţii sale intelectuale. Dacă debilitatea lui mintală duce la o oprire a desfăşurării facultăţilor intelectuale printr-un defect de maturizare, care poate fi datorat chiar unei carenţe de climat afectiv, atunci el este un întârziat mintal.

Tratamentul care se aplică în spitalele de psihiatrie este medico-psihico-social şi constă în tratament medicamentos, metode speciale de psihoterapie şi socioterapie. În aplicarea tratamentului terapeutic pe toate cele trei planuri, un rol determinant îl are ancheta socială, care trebuie să stabilească factorii care au condus la îmbolnăvire.

O deosebită importanţă prezintă asigurarea condiţiilor de viaţă socială în vederea revenirii în familie a bolnavului, după spitalizare. Acestor bolnavi trebuie să li se asigure stabilitate, liniște, limitarea responsabilităţilor, înlăturarea grijilor materiale, suprimarea oricărei forme de dificultate sau conflict care se poate ivi într-o participare socială activă sau din raporturile între oameni.

Pe măsura îmbunătăţirilor condiţiilor de viaţă se realizează marcant şi ameliorarea persoanei cu dizabilități. Rolul asistentei sociale apare evident prin intervenţiile ce le fac pentru îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă socială şi profesională a bolnavului şi acţiunile pe care le întreprinde pentru ca bolnavul să fie internat la timp în spitale de specialitate, să beneficieze de tratament medical şi de recuperare şi să se încadreze într-o formă de activitate corespunzătoare, dacă stadiul bolii îi permite aceasta.

Tot asistenta socială se îngrijeşte de ocrotirea bolnavilor mintali nerecuperabili, pentru internarea lor în cămine corespunzătoare. La bolnavii psihici, rolul psihiatrului este să precizeze diagnosticul, adică comportamentul defectuos sau morbid al acestuia faţă de mediul social, şi să stabilească tratamentul şi condiţiile defavorabile care trebuie evitate, cât şi a condiţiilor optime care trebuie să se asigure persoanei cu dizabilități.

Colaborarea dintre asistenta socială şi familia persoanei cu dizabilități – privind supravegherea medico-socială a persoanei cu dizabilități – trebuie să asigure o importantă

[42] http://www.incluziunesociala.ro/upls/58_49743_suport_curs_Asistenta_sociala.pdf

perioadă de timp şi după ieşirea acestuia di spital. Tulburările acestor persoane se manifestă mai ales prin dificultatea acestora de a face faţă situaţiilor curente din viaţa profesională, viaţa familială şi în general, în toate segmentele vieţii sociale. Aici diagnosticul ar fi pus mai degrabă de „curriculum viate", pe antecedentele lui personale din viaţa de zi cu zi. În aceste cazuri, ancheta socială la internarea bolnavului în spital, cât şi ancheta socială făcută în familie, la un anumit interval de timp după ieşirea din spital, au o importanţă deosebită pentru viaţa persoanei cu afecţiuni psihice. Se pot face paralele evidente între starea sănătăţii din perioada prezentă şi anterioară, şi cu aceste date psihiatrul poate interveni mai bine informat şi documentat în continuarea tratamentului de întreţinere. Se poate concluziona că în opera de igienă mintală este necesară o triplă colaborare între psihiatru, asistenta socială şi psiholog.

Tema 7. PREMISE ALE DEZINSTITUŢIONALIZĂRII ÎN CAZUL PERSOANELOR CU DISABILITĂŢI

1. Premise ale dezinstituţionalizării în cazul persoanelor cu disabilităţi
2. Crearea alternativelor
3. Prevenirea instituționalizării

Referințe:

1. Racu Aurelia, Popovici Doru Vlad, Crețu Verginia, Racu Sergiu, Bucinschi Cătălin. Asistența social a persoanelor cu dizabilități. – Chișinău, Ed. Pontos, 2007. 300 p.
2. Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova/ Maria Bulgaru, Nicolae Sali, Tatiana Gribincea. – Chișinău, 2008. p. 406-440.
3. Ghid teoretico-practic pentru asistența socială multifuncțională comunitară/ Agapii Eugenia, Botnari Valentina, Bulgaru Maria et. al; coord. șt.: Aurelia Racu; APDI NUMANITAS. – Chișinău: Pontos, 2018. 432 p.
4. POLITICI SOCIALE PRIVIND PROTECŢIA FAMILIEI ŞI A COPILULUI SUPORT DE CURS Titular modul/ Formator: Lect. univ. dr. Petronela Maria Talpaş http://www.incluziunesociala.ro/upls/30_49743_suport_curs_Politici_sociale_protectia_copilului.pdf
5. Izolaţi printre noi: dimensiuni ale participării copiilor cu cerinţe educaţionale speciale în sistemul de educaţie românesc / coord.: Mădălina Turza, Gelu Duminică. - Bucureşti: Rentrop & Straton, 2015.

1. Premise ale dezinstituţionalizării în cazul persoanelor cu disabilităţi

Dacă în perioada 1990-1996 se putea remarca o continuă creştere numărul de copii instituţionalizaţi, în condiţiile scăderii populaţiei şi legaliza avorturilor (E. Bonchiş, 2000, p. 124-125), în ultimii ani am fost martorii unei reduceri semnificative a numărului acestora ca urmare a restructurării rădicale a sistemului de asistenţă socială şi protecţie specială.

Discutând problematica instituţionalizării din perspectiva asistențială, trebuie să spunem că există argumente pro şi contra menţinerii unităţilor specializate în problematica deficienţelor severe şi profunde chiar dacă serviciile pe care ele le vor furniza în viitor vor fi altfel concepute şi implementate.

Una din dificultăţile insolubile în acest moment este aceea imposibilităţii plasamentului familial în cazul persoanelor cu dizabilități sever profund (fizic, mintal, asociat). Astfel, deşi scopul oricărui centru de plasament este acela de a asigura îngrijirea şi protecţia copilului pe o durată determinată în timp în vederea (re)integrării familiale, este foarte probabil ca CPCHS să rămână instituţie rezidenţială permanentă pentru cei mai mulţi dintre asistaţii săi. În aceste condiţii, mai realistă ni se pare preocuparea vizând atenuarea impactului psihosocial al instituţionalizării asupra copiilor din centru decît imaginarea unor scenarii improbabile de reinserţie familială şi comunitară.

Dacă prin instituţionalizare se înţelege „încadrarea unor persoane cu diverse tipuri de deficienţe în instituţii specializate unde aceşti beneficiază de îngrijire, hrană, odihnă, educaţie specializată şi chiar locuri de muncă, sub supravegherea unui personal specializat" (F. E. Verza, 2002, p.285), aceasta nu trebuie să mai conducă la structuri bazate pe dictat şi conduite rigide, impermeabile atât la particularităţile individuale ale copiilor, cât şi la influenţele lumii exterioare. În asemenea condiţii „ a ***instituţionaliza*** un copil ***înseamnă*** a-l plasa într-un mediu din care:

- lipsesc lucrurile personale,
- evenimentele personale,
- lipsesc activităţile adecvate individualizate fiecărei persoane,
- lipseşte contact într-un astfel de sistem,
- personalul controlează toate deciziile,

- rezidentul îşi pierde autonomia şi încetează a se mai vedea pe sine însuşi ca având alte roluri sau relaţii într-o lume exterioară instituţiei.
- El devine practic dependent de instituţie şi incapabil de organizare a propriei sale vieţi".

Apar, prin urmare, condiţiile dezvoltării unui efect Pygmalion: copiii sunt antrenaţi şi determinaţi să *se supună pasiv şi stereotip ritualului instituţional*, iar conduitele lor ajung să justifice convingerea personalului că dependenţa intensă de îngrijirile acordate este inerentă stării de handicap şi că, în consecinţă, conduita lor profesională este cea optimă.

Asistăm, la o schimbare a priorităţilor: dacă scopul declarat al unei astfel de instituţii este acela de a oferi îngrijire şi protecţie copilului aflat în dificultate iar personalul este selectat, angajat şi retribuit tocmai în vederea realizării acestui scop, foarte curând, *pe prim plan trec interesele personalului* iar copiii, clienţii ai instituţiei respective, devin toleraţii defacto ai acesteia.

Abuzurile instituţionale par a nu cunoaşte limite: ele merg de la neglijare şi umilire, la brutalităţi psihice şi fizice, culminând cu violul şi tortura. Cauzele rezidă atât în calitatea umană şi profesională a celor învestiţi cu autoritate şi putere asupra asistaţilor, cât şi în forma de organizare ce statuează ascendentul profesional şi social al personalului asupra acestora.

Transformarea asistatului în client, a instituţiei în serviciu şi a rezidenţei permanente în rezidenţă temporară constituie nu doar premise ale unei abordări europene în domeniul protecţiei persoanelor în dificultate, ci şi condiţii favorabile ale unei schimbări dezirabile de mentalitate.

Nu trebuie să rămânem totuşi cu impresia că interacţiunile psihosociale sunt singurele răspunzătoare de calitatea scăzută a vieţii persoanelor instituţionalizate şi că, prin urmare, plasamentul în sine reprezintă o măsură principial corectă. Dezvoltarea psihoindividuală generală, stimularea inteligenţei, maturizarea afectivă, formarea imaginii de sine, controlul frustrărilor şi educarea voinţei, diferenţierea şi ierarhizarea intereselor, interiorizarea valorilor etc.

Spunem „fără surpriză", deoarece ne aminteşte de diferenţa frapantă dintre idealizarea cetăţeanului în discursul politic al statului totalitar şi exploatarea acestuia fără scrupule în realitatea cotidiană. Păstrând proporţiile, schimbarea organizaţjonală trebuie concepută mai întâi de toate în sensul democratizării relaţiilor intrainstituţionale şi al precizării exprese a calităţii de serviciu prestat în beneficiul clientului. Altminteri, orice reformă instituţională ce nu presupune şi o schimbare de mentalitate nu înseamnă mai mult decât furnizarea aceluiaşi gen de produs dar într-un nou ambalaj.

Crearea alternativelor[43]

În mod esenţial, alternativele presupun adaptarea mediului (social, fizic, şcolar, atitudinal) la trebuinţele şi nevoile de activitate şi participare ale persoanei cu dizabilități.

Pentru promovarea unei noi calităţi a vieţii persoanei cu dizabilități pentru stimularea activităţii şi participării sale la nivelul vieţii familiale, al educaţiei, al activităţilor de muncă şi de timp liber sunt necesare două componente majore:

- schimbarea atitudinii/mentalităţii;
- crearea de servicii centrate pe nevoile speciale ale persoanei cu dizabilități şi a suportului individualizat.

=> **Schimbarea atitudinilor**[44]

Schimbarea atitudinilor presupune în primul rând schimbarea modalităţilor de abordare a persoanei cu dizabilități de către specialişti. Persoana trebuie privită ca un cetăţean, membru al comunităţii, care să aleagă alternativele care există şi stau în faţă pentru a avea o calitate a vieţii, aşa cum a resimţit-o din experienţă. Important în serviciile sociale este înţelegerea faptului că treptat trebuie depăşită perioada în care persoana cu dizabilități trebuia să-şi schimbe

[43] Racu Aurelia, Popovici Doru Vlad, Crețu Verginia, Racu Sergiu, Bucinschi Cătălin. Asistența social a persoanelor cu dizabilități. – Chișinău, Ed. Pontos, 2007. 300 p.
[44] *Ibidem.*

comportamentul pentru a accentua schimbarea mediului şi a atitudinilor pentru asigurarea drepturilor persoanei cu dizabilități.

În Declaraţia de la Madrid „înlăturarea discriminării plus acţiunea pozitivă conduc la incluziunea socială" (adoptată la Congresul European al Persoanelor cu dizabilități în martie 2002) se menţionează că „Dizabilitatea este o problemă care ţine de drepturile omului; ... Acţiunea se modifică de la accentul pus pe procesul de reabilitare a individului pentru ca acesta să se potrivească societăţii, către filozofia globală a modificării societăţii pentru ca aceasta să poată face faţă nevoilor tuturor persoanelor, inclusiv a persoanelor cu dizabilităţi".

Profesioniştii trebuie să acţioneze pornind de la faptul că fiecare fiinţă umană are nevoie de un plan de viitor, iar persoana cu dizabilități are nevoie de un cerc de suport individual. Din această perspectivă este esenţială cunoaşterea aspectelor pozitive ale persoanei cu dizabilități, a zonei proximei dezvoltări, a ceea ce poate face şi ceea ce va face mai bine în viitor dacă va primi sprijinul necesar. în ceea ce priveşte mentalităţile, se cer schimbate atitudinile publicului larg, care să înţeleagă că persoanele cu dizabilități vor şanse egale şi nu caritate, vor eliminarea barierelor sociale care conduc la discriminare şi excludere şi nu supraprotecţie.

De asemenea, atât profesioniştii, cât şi publicul larg trebuie să promoveze un proces şi o alianţă puternică cu organizaţiile persoanelor cu dizabilități şi cu persoanele însele pentru ca tot ceea ce se spune sau se face pentru acestea să se facă numai cu participarea lor şi a familiei lor. Este evidenţiat în documentele contemporane termenul de împuternicire a persoanelor cu dizabilități.

Persoana cu dizabilități trebuie să-şi schimbe mentalităţile, să-şi cunoască şi să-şi înţeleagă drepturile, să se implice în câştigarea lor.

Este deosebit de importantă responsabilizarea familiei, implicarea în acordarea suportului necesar şi în asigurarea activităţii şi participării, a realizării rolurilor pe care şi persoana cu dizabilități le poate avea aidoma celorlalţi (inclusiv rolul de întemeietor al propriei familii - dreptul de a se căsători şi a avea copii).

=> **Crearea de servicii centrate pe nevoile speciale ale persoanei cu disabilități şi a suportului individualizat**[45]

În procesul de aplicare a Strategiei naţionale privind protecţia socială şi integrarea socială a persoanelor cu dizabilități şi a Planului de Acţiune, construcţia serviciilor alternative face parte dintr-un proces structurat care se desfăşoară paralel cu dezinstituţionalizarea şi cu prevenirea instituţionalizării. Ţintele principale ale serviciilor sunt reprezentate de promovarea vieţii independente şi a unei participări totale. „Aceste servicii trebuie să fie de calitate, bazate pe nevoile reale ale persoanei cu dizabilități şi trebuie integrate în sistemul social de servicii fără a deveni un motiv de segregare", se arată în Declaraţia de la Madrid. în acelaşi document sunt subliniate sugestiile de acţiune pentru autorităţile naţionale care urmează „să revizuiască serviciile şi sistemul de beneficii astfel încât să se asigure că aceste strategii ajută şi încurajează persoanele cu dizabilități să rămână/sau să devină parte integrală a societăţii în care trăiesc". Grupele mari de servicii (alternative la instituţionalizare) sunt:

a) servicii la domiciliu;
b) servicii tip centre de zi;
c) servicii rezidenţiale şi semirezidenţiale.

a. Serviciile la domiciliu. La nivelul comunităţii locale trebuie să existe o gamă largă de servicii la domiciliu. Pe această bază de alternative oferite de stat, de societatea civilă, de instituţii private, în temeiul evaluării nevoilor de sprijin realizată de specialişti, persoana cu dizabilități alege serviciile de care are nevoie, sfătuită de specialişti.Oferta de servicii trebuie să fie diversă: îngrijirea persoanelor dependente 24 din 24 ore sau perioade mai reduse de timp; realizarea de cumpărături; pregătirea mesei; realizarea curăţeniei şi asigurarea igienei personale; servicii de recuperare; servicii educaţionale (în cadrul sistemului naţional de învăţământ al

[45] Racu Aurelia, Popovici Doru Vlad, Creţu Verginia, Racu Sergiu, Bucinschi Cătălin. Asistența social a persoanelor cu dizabilități. – Chișinău, Ed. Pontos, 2007. 300 p.

învăţământului obligatoriu cu profesorii itinerant sau în cadrul educaţiei permanente); servicii de masaj; kinetoterapie; de formare de deprinderi pentru o viaţă activă; de reabilitare vocaţională; de consiliere a persoanei cu dizabilități şi a părinţilor pentru a-şi cunoaşte şi susţine drepturile. Asistentul personal face parte din categoriile de personal care oferă unele dintre aceste servicii.

b. Centrele de zi sunt alternative, care asigură, în timpul zilei, persoanei aflate în familie o gamă largă de servicii.

• Diferite studii, printre care şi unul al Reprezentanţei UNÎCEF în România, a identificat 37 de tipuri de activităţi şi servicii oferite în centrele de zi, dintre cele mai diverse fiind:

- art terapie; terapie comportamentală; terapie cognitivă; consiliere părinţi; terapie complexă; dezvoltare abilităţi comunicare; stomatologie; intervenţie precoce; îngrijire medicală, balneo-terapie; gimnastică medicală; meloterapie; tratament neuropsihia-tric; servicii recuperare domiciliu; educaţie religioasă; activităţi de grup; ludoteca; împrumut casete video; servit masa; tabăra de vară;

- transport zilnic; şcoala părinţilor; formare internă personal; formare specialişti din exterior; pregătire profesională pentru tineri; pregătire profesională pentru desfăşurare de activităţi lucrative.

Corespunzător serviciilor, gama profesioniştilor, a personalului angajat este extrem de diversificat:

- coordonator educaţie; kinetoterapeut; asistent medical; infirmieră; specialist terapie ocupaţională; medic pediatru; neuropsihiatru; psiholog; psihodiagnostician; maistru instructor; profesor de muzică; asistent social; logoped; profesor; consilier pentru părinţi; personal de ajutor; director/program coordonator.

Programul activității urmează ciclul unei zile obişnuite, ale unei persoane de aceeaşi vârstă, care în mod normal nu stă acasă în prima parte a zilei. În mod obişnuit, persoana cu dizabilități poate beneficia de serviciile unui centru de zi de la două până la opt-zece ore/zi. În afara funcţiilor serviciilor specifice, centrele de zi previn instituţionalizarea, suplinesc lipsa de activitate din mediul familial. Ele nu înlocuiesc serviciile existente pe plan local şi naţional, din sistemul medical, din sistemul naţional de învăţământ, cele aflate în subordinea Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Copilului şi altele. Persoana cu dizabilități are dreptul să beneficieze de orice tip de serviciu, iar serviciile centrelor de zi trebuie integrate în sistemul social de servicii. În aşa mod funcţionează un sistem de servicii complexe şi integrate.

• De o importanţă deosebită pentru asigurarea de şanse egale pentru persoanele cu dizabilități sunt serviciile de pregătire pentru o viaţă activă şi pentru o profesiune. Angajarea în muncă este considerată un element-cheie pentru includerea socială de a promova demnitatea şi viaţa independentă a persoanelor cu dizabilități. Persoana cu dizabilități trebuie să găsească alternative pentru învăţarea unei meserii pentru formarea deprinderilor şi priceperilor, necesare găsirii unui anumit loc de muncă. De asemenea, el trebuie să primească sprijin din partea unui specialist care să găsească un loc de muncă ale cărui exigenţe pot fi realizate în pofida deficienţei şi care să organizeze trainingul specific. De asemenea, persoana de suport se relaţionează cu angajatorii pentru ca aceştia să cunoască facilităţile oferite de legislaţie şi să asigure accesibilizările necesare. Atelierele protejate asigură activităţi de muncă plătită în regim de zi.

Angajarea protejată este importantă în perioada dezinstituţionalizării, dar importante din perspectiva viitorului şi prioritare pentru politicile sociale sunt celelalte două alternative:

- angajarea pe piaţa liberă a muncii, o piaţă concurenţială, cu sprijin pentru persoana cu dizabilități şi cu facilităţi pentru angajator;
- autoangajarea (self-employment) - activitate de muncă bazată pe propria iniţiativă privată a persoanei cu dizabilități (care este propriul său angajator) şi în acest caz persoana cu dizabilități are nevoie de: sprijin din partea statului; consiliere; orientare şi formare profesională.

Aşa cum se relevă în documentele internaţionale, de exemplu în Declaraţia de la Madrid, angajatorii trebuie să îşi amplifice eforturile de a include, reţine şi promova persoanele cu dizabilități în forţa lor de muncă şi să proiecteze produsele şi serviciile lor astfel încât să se asigure

că nici una dintre acestea nu împiedică persoanele cu dizabilități să aibă şanse egale. Organizaţiile angajatorilor pot contribui la aceste eforturi prin colectarea a cât mai multe exemple de bună practică dintre cele existente. Sindicatele trebuie să îşi intensifice implicarea în îmbunătăţirea accesului la muncă şi la menţinerea în muncă a persoanelor cu dizabilităţi.

Imperativelor care solicită respectarea demnităţii umane li se alătură alte considerente legate de importanţa integrării persoanelor cu dizabilități pe piaţa muncii precum şi de crearea de alternative care asigură un altfel de gestionare a aspectelor legislative, financiare, tehnice şi economice aferente acestui proces. Există un consens în privinţa faptului că nici o ţară din lume nu-şi poate permite să ignore contribuţia potenţială pe care o pot aduce persoanele cu dizabilități. Menţinerea unui procent din populaţie (10-15%) în stare de oameni şi dependenţi este o risipă pentru orice economie, chiar şi pentru cea mai bogată ţară din lume. Inaccesibilitatea la o viaţă profesională, la o viaţă activă implică un cost ridicat pentru toată lumea.

In domeniul creării serviciilor de integrare profesională este bine să se cunoască experienţa unor ţări europene şi evoluţia alternativelor, în unele ţări (Spania) s-au dezvoltat noi întreprinderi de tip social, unele puse în funcţiune chiar de angajatori - părinţi ai copiilor cu dizabilități sau de mari organizaţii nonguvernamentale (Asociaţia nevăzătorilor). Această alternativă începe acum să fie părăsită, deşi a asigurat locuri de muncă în număr mare şi profit. Programele privind accesibilitatea totală demonstrează importanţa integrării profesionale a persoanelor cu dizabilități alături de ceilalţi membri ai societăţii, de alţi angajaţi în aceleaşi întreprinderi şi instituţii. Persoanele cu dizabilități se pot integra alături de ceilalţi într-un mediu de muncă prietenos, care ţine cont de cerinţele lor speciale.

în Portugalia există Centre de reabilitare profesională. Se testează: competenţa pentru anumite meserii; aspectele comportamentale ale persoanei.

Există un specialist care urmăreşte evoluţia persoanei după angajare: punctualitate; siguranţă; igienă.

Acelaşi specialist colaborează cu angajatorul pentru asigurarea accesibilităţii, adaptării locului de muncă, flexibilităţii programului de lucru şi a modului de retribuire

În Spania există iniţiative private ale persoanelor cu dizabilități şi asociaţilor lor; angajarea în tranziţie „care asigură apropierea progresivă de lumea muncii; angajare normală pe piaţa liberă a muncii; centre pentru cei cu dizabilități grav; programe de recuperare a muncitorilor accidentaţi.

Asistenţii sociali fac parte de asemenea din categoria de profesionişti chemaţi să elaboreze strategii, criterii de calitate, mecanisme de evaluare şi monitorizare pentru ca socialul să devină competitiv şi eficient, să contribuie la integrarea/reintegrarea persoanelor cu dizabilități şi la eliminarea excluderii.

c. Serviciile rezidenţiale şi semirezidenţiale. Instituţiile de interes public pentru protecţia specială a persoanelor cu dizabilități aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu dizabilități cu caracter rezidenţial sunt de mai multe tipuri: Centre de îngrijire şi asistenţă; Centre de recuperare şi reabilitare a persoanelor cu dizabilități; Centre de integrare prin terapie ocupaţională; Centre de recuperare şi reabilitare neuropsihiatrică; Centre pilot de recuperare şi reabilitare a persoanelor cu dizabilități; ş. a.

:=> **Alternative rezidenţiale**[46]

Alternativele la instituţiile tradiţionale sunt *locuinţele protejate*. Locuinţele protejate se diferenţiază în funcţie de numărul persoanelor care locuiesc în cadrul lor şi gradul de supraveghere de care au nevoie. În locuinţele de grup pot trăi 6-8-10 persoane având asistenţă printr-o persoană de suport (sprijin) 24 din 24 ore. De asemenea, persoanele cu dizabilități primesc consiliere şi alte tipuri de sprijin în funcţie de identificare a nevoilor de sprijin. Modelul european presupune accesul persoanelor din locuinţele protejate la toate tipurile de servicii care există în

[46] Racu Aurelia, Popovici Doru Vlad, Creţu Verginia, Racu Sergiu, Bucinschi Cătălin. Asistența social a persoanelor cu dizabilități. – Chișinău, Ed. Pontos, 2007. 300 p.

comunitate şi diversificarea serviciilor existente în comunitate, având în vedere şi nevoile speciale ale persoanei cu dizabilități.

Din categoria locuinţelor protejate fac parte şi *locuinţele pentru trai independent*. O persoană cu dizabilități trăieşte într-o locuinţă plătită de stat şi primeşte sprijin diversificat în funcţie de nevoile sale, începând de la asistenţă timp de 24 ore până la suport o dată pe săptămână sau consiliere telefonică.

=> **Alternative semirezidenţiale**

Centrele de criză reprezintă un tip de instituţii semirezidenţiale menite să asigure prevenirea instituţionalizării, populaţia ţintă fiind persoana cu dizabilități sau familia sa.

De exemplu, familia persoanei cu dizabilități sever şi profund este în criză, deoarece la problematica cotidiană şi de îngrijire a persoanei cu dizabilități s-au adăugat alţi factori de stres sau dezavantaje sociale. În acest caz persoana cu dizabilități poate fi preluată în centrul de criză, unde i se asigură cazare, masă, servicii de recuperare, îngrijire şi consiliere atât pentru el, cât şi pentru familia sa. De asemenea, asistentul social poate sprijini familia, în acest timp în rezolvarea problemelor sale.

Alternativele pentru persoanele cu dizabilități create **se** integrează cu serviciile existente şi sunt convergente cu acestea. Ele nu preiau atribuţiile serviciilor existente în reţelele altor ministere.

La nivelul unei comunităţi locale este necesar să se creeze un model de servicii integrate care conduc la dezinstituţionalizare.

În anexă este prezentat modelul abordării ciclice, inclus în Planul Naţional de Acţiune, dezvoltat de Hans J. E Tonnies în proiectul Steaua Urlaţi cu finanţare Matra. Crearea alternativelor este un proces complex cu obiective definite atât la nivel general, cât şi operaţional, cu o bună planificare, cu reevaluarea situaţiei la fiecare pas realizat şi cu continuarea procesului de sprijin şi după realizarea unei alternative, de exemplu, după mutarea persoanei cu dizabilități într-o locuinţă protejată.

Crearea de noi servicii, precum şi funcţionarea celor prezente necesită elaborarea de Standarde de Calitate a acestora, atât în vederea creşterii calităţii acestor servicii, cât şi datorită nevoii de monitorizare şi evaluare a acestora.

în România au fost elaborate şi aprobate standarde de calitate a serviciilor în asistenţa socială, precum şi standarde specifice atât pentru copii, cât şi pentru adulţii cu dizabilități.

Trebuie avut în vedere faptul că standardele de calitate a serviciilor nu sunt standarde ocupaţionale. Ele vizează trei aspecte importante:

calitatea vieţii - beneficiile utilizatorului ca rezultat al serviciilor primite

calitatea asistenţei - se referă la resursele şi activităţile implicate în furnizarea serviciilor

calitatea managementului - se referă la eficienţa cu care sunt gestionate resursele şi activităţile

Standardele de calitate ale serviciilor pentru persoanele cu dizabilități sunt structurate în România astfel:

a. b. primire, evaluare, ieşire
b. condiţii de locuit
c. îngrijire
d. recuperare, socializare
e. reintegrare familială şi comunitară
f. drepturi, reclamaţii, protecţie
g. personal
h. management şi administraţie

3. Prevenirea instituționalizării

Obiective:

- să distingă principiile de bază ale prevenirii instituţionalizării;
- să argumenteze necesitatea şi importanţa prevenirii instituţionalizării;
- să înţeleagă mecanismul de funcţionare a serviciilor de prevenire a instituţionalizării

5.1. Prevenirea instituţionalizării

(în limba engleză *„gatekeepincf')* reprezintă sistemul de luare a deciziilor care serveşte drept ghid pentru planificarea eficientă şi eficace a serviciilor. Motivele pentru prevenirea instituţionalizării pot varia, ceea ce la rândul său influenţează strategiile aplicate, însă în mod normal prevenirea este obţinută printr-o combinare a metodelor care includ prevenirea instituţionalizării atât la nivel individual/profesional, cât şi la nivel de sistem. Pe plan individual, metodele aplicate de supervizorii accesului *(„gatekeepers")* includ selectarea, evaluarea nevoilor, formularea planului de îngrijire şi revizuirea individualizată a dosarelor. Supervizorii pot elibera avize ulterioare pentru a confirma deciziile, luate de profesioniştii din îngrijirea primară, împreună cu comisiile special constituite. Supervizarea la nivel de sistem implică un amestec de metode, inclusiv angajamentul juridic de verificare, aplicarea datelor acumulate pentru a furniza opinii (feedback) referitor la funcţionarea serviciului, cu sau fără stimulente şi sancţiuni pentru neîndeplinirea obiectivelor, criterii formalizate de eligibilitate şi, ca cea mai radicală măsură, anularea anumitor tipuri de îngrijire.

Obiectivul primar al prevenirii instituţionalizării este, în primul rând, de a redirecţiona plasamentul copiilor în îngrijirea publică, dezvoltând programe de sprijin bazate pe comunitate, precum şi de a modifica paradigmele factorilor de decizie referitor la modul în care pot fi ajutaţi copiii. în al doilea rând, este necesar de asigurat faptul că acelor copii care intră în sistemul de îngrijire publică să fie realizată evaluarea complexă a situaţiei şi necesităţilor lor, să fie elaborate planuri individuale de îngrijire care să răspundă necesităţilor lor individuale şi situaţia lor să fie revăzută în mod sistematic în timpul aflării lor în îngrijire publică.

Sistemul de prevenire a instituţionalizării se va baza pe următoarele **principii:**

- ***Principiul respectării interesului superior al copilului***
- ***Principiul asigurării unui mediu familial pentru fiecare copil***
- ***Principiul responsabilităţii părinţilor***
- ***Principiul respectării opiniei copilului***
- ***Principiul nediscriminării şi egalităţii şanselor***
- ***Principiul descentralizării şi responsabilităţii comunităţii***
- ***Principiul parteneriatului dintre toate structurile de stat şi societatea civilă***
- ***Principiul valorificării potenţialului uman şi a resurselor existente în sistem***

Prevenirea instituţionalizării este un sistem care permite persoanelor responsabile de planificarea prestării serviciilor să încerce să creeze o balanţă între cerere şi ofertă şi să asigure o direcţionare mai eficientă şi adecvată a resurselor. O strategie activă de prevenire a instituţionalizării va contribui la dezvoltarea procesului de deinstituţionalizare, prevenind intrarea necorespunzătoare a copilului în sistemul de îngrijire şi asigurând faptul că acei copii care sunt plasaţi în afara familiei nu sunt separaţi de părinţi mai mult decât este nevoie.

Republica Moldova dispune de resurse limitate disponibile, de aceea trebuie să direcţioneze serviciile în mod eficient dacă se vrea satisfacerea necesităţilor celor mai vulnerabili membri ai societăţii. De aceea, un sistem elaborat pentru prestarea serviciilor doar acelor categorii de copii care corespund pe deplin criteriilor de eligibilitate va asigura cea mai eficientă utilizare a resurselor limitate. Aplicarea unei proceduri de evaluare complexă va asigura evaluarea copiilor şi satisfacerea necesităţilor lor.

Componentele de bază, necesare pentru implementarea eficientă a prevenirii instituţionalizării sunt:

Organizaţie/agenţie unică responsabilă pentru coordonarea evaluării situaţiei copilului;

Servicii comunitare pentru acordarea ajutorului şi susţinerii copiilor şi familiilor lor;

Procesul de luare a deciziilor pe baza unei abordări sistematice a evaluării şi revizuirii nevoilor copiilor şi a circumstanţelor familiale (vezi Anexa 7.);

Sisteme informaţionale ce asigură opinii (feed-back) referitoare la funcţionarea sistemului şi permit monitorizarea şi revizuirea deciziilor şi a rezultatelor lor.

5.2. Servicii de prevenire a instituţionalizării pentru copii şi familii social-vulnerabile

Orice copil separat de familia de origine suferă o traumă. Este bine din toate punctele de vedere, ca familiile să fie sprijinite pentru a-şi îngriji copiii, acolo unde acest lucru este posibil şi sigur. Deşi este evident că există situaţi în care copiii trebuie separaţi de familiile lor (situaţii de abuz sau pericol), există multiple cazuri în care copiii ar putea rămâne cu familiile lor, dacă ar avea sprijinul necesar. Conform Convenţiei ONU cu privire la Drepturile Copilului, oferirea de servicii şi sprijinirea familiilor de către stat este obligatorie, astfel încât acestea să îşi poată îngriji copiii.

Totodată, serviciile de prevenţie sunt extrem de eficiente şi în privinţa costurilor. Când încercăm să prevenim separarea copilului de familia naturală, o hartă a resurselor locale ar putea veni în ajutorul asistentului social. Dintre cele mai cunoscute servicii şi modalităţi de prevenţie sunt[10]:

Centrul de consiliere şi sprijin pentru părinţi - servicii care acordă părinţilor biologici sau îngrijitorului, sprijinul prin consiliere socială, psihologică, juridică sau de altă natură şi suport material sau/şi financiar necesare pentru a-i asigura copilului un nivel de viaţă corespunzător dezvoltării sale, promovând dreptul acestuia la păstrarea relaţiilor familiale. De foarte multe ori, familiile sau părinţii suferă de stres sever ca rezultat al îngrijirii copiilor cu nevoi speciale, sau pentru că sunt familii monoparentale. De multe ori au sentimentul că nu mai pot face faţă şi că un plasament instituţional ar fi cea mai bună soluţie pentru copil. În astfel de circumstanţe, un consilier experimentat îi poate ajuta pe părinţi să facă faţă stresului şi să găsească soluţii care nu necesită plasamentul copiilor în îngrijire.

Reţeaua de resurse. Asistenţii sociali trebuie să creeze reţele de resurse locale, implicând toţi agenţii locali care pot ajuta la rezolvarea problemelor copiilor şi familiilor aflate în situaţie de dificultate. Adesea, soluţia pentru o situaţie de dificultate în care se găseşte un copil sau o familie conţine mai multe componente şi implică mai multe servicii.

Grupurile de sprijin pot avea un efect similar şi conduc la reducerea sentimentului de izolare pe care îl au mulţi părinţi în situaţii de dificultate. Mai mult, grupurile de sprijin pot asista în identificarea nevoilor şi la lobby-ul pentru crearea de servicii la nivel local. Multe servicii de excelenţă pentru copii cu nevoi speciale sau boli cronice au la bază grupurile de suport.

Dezinstituţionalizarea serviciilor de proiecţie a copilului în România- Ghid metodologic. Publicaţie a Grupului la Nivel înalt pentru Copiii României. - Bucureşti, 2004, pag. 61 - 63.

individual, favorizează tendinţa naturală pentru cunoştinţe şi bucuria de a învăţa, contribuie la egalitatea între băieţi şi (ete prin metode educaţionale şi favorizează contactul între copiii cu dizabilităţi şi cei sănătoşi. Centrele de zi pot ajuta familiile care au nevoie de ajutor în îngrijirea copilului, astfel încât părinţii pot merge la serviciu. Astfel de centre pot, de asemenea, să furnizeze hrană şi asistenţă medicală gratis. în plus, centrele pot oferi sprijin educaţional pentru copiii care sunt marginalizaţi în şcoli şi se află în risc de abandon şcolar. Adesea, abandonul şcolar, sau problemele la şcoală constituie un factor precursor intrării copilului în instituţie. Centrele pot de asemenea oferi consiliere copiilor, părinţilor sau familiei.

Centrul maternal - prestează servicii de protecţie materno-infantilă de tip rezidenţial care asigură dreptul fiecărui copil de a-şi păstra relaţiile familiale prin oferirea mamei aflate în dificultate (care se confruntă cu dificultăţi de natură materială, socială, profesională sau relaţională) suportul necesar pentru ca să-şi asume exercitarea drepturilor şi îndatoririlor ce îi revin faţă de copil. în Centrul maternal se acordă mamei posibilitatea de a se acomoda cu copilul, a-şi cunoaşte copilul şi a-şi consolida ataşamentul faţă de propriul copii, asigurând condiţii de prevenire a insrituţionalizării copilului. în cazul mamelor aflate în situaţii de criză, ceea ce le predispune riscului de a-şi plasa copiii în îngrijirea statului, centrul maternal poate fi serviciul ideal. într-un astfel de centru, o mamă poate locui o perioadă limitată de timp cu copilul sau copiii ei, în timp ce asistentul social o ajută la pregătirea pentru traiul independent. Mama poate învăţa abilităţile de părinte şi autogospodărire, poate fi ajutată să-şi termine şcoala sau să-şi găsească un loc de muncă şi să-şi reclădească relaţia cu familia.

Centrul maternal, de regulă, activează pe lângă maternităţi, astfel subordonându-se Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova. Serviciul poate fi prestat de o instituţie de stat sau o structură neguvernamentală

- Centrul maternal oferă:
- Condiţii de locuit;
- Servicii de sănătate;
- Servicii de asistenţă socială şi consiliere:
- Servicii de integrare socio-familiale
- Servicii de monitorizare postrezidenţială

TEMA 8: EVOLUŢII ÎN SISTEMUL DE PROTECŢIE SOCIALĂ A PERSOANELOR CU DISABILITĂŢI

(prof. univ. dr. *Verginia Creţu*[47])

1. Sistemul, principiile şi funcţiile de organizare a asistenţei sociale
2. Caracteristici ale sistemului modern de protecţie socială în sprijinul persoanei cu dizabilități
    a. *Comunitatea - baza sprijinului şi serviciilor în favoarea persoanei cu dizabilități*
    b. *Prevalenta serviciilor în mediu deschis faţă de serviciile oferite în instituţii*
    c. *Prevenirea încălcării drepturilor persoanei cu dizabilități - principiu şi scop fundamental al protecţiei sociale*
3. Integrare şi incluziune socială. Exigenţele incluziunii
4. Etape în dezvoltarea serviciilor persoanelor cu dizabilități
5. Modele europene privind integrarea în comunitate a persoanelor cu dizabilităţi

Referințe**:**

1. Lapoșina E. Tendinţe ale educaţiei incluzive Revista facultăţii Psihologie şi Psihopedagogie specială a UPS „Creangă"din Chişinău „*Psihologie, Pedagogie specială, Asistenţă Socială*" nr. 2(11), 2008. Pag.27-38. ISBN 1857-0224
2. Lapoșina E. Dimensiunile educaţiei incluzive timpurii în Republica Moldova. Social work in European context SWEC, International colloquim, The second edition, aprilie 18-19, 2008, Pitesti, Romania
3. Lapoșina E. Prevenirea riscurilor excluderii copiilor cu disabilități din mediul educațional // "Asistența Psihologică și Socială ca factor al dezvoltării societății" , Conferința științifică internațională. Ediția II-a, din 16 decembrie 2011. Chișinău 2011.ISBN 978-9975-46-106-1. p.67-74.
4. Malcoci Ludmila. Incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi : Studiu sociologic / Ludmila Malcoci, Parascovia Munteanu ; Asoc. Keystone Moldova. – Chişinău : . n., 2017 (Tipogr. "Arva Color"). – 60 p.
5. Racu A. Popovici D. , Crețu V., Racu S., Bucinschim C. Asistența social a persoanelor cu dizabilități, Chișinăum 2007. Pp. 142-147.

1. Sistemul, principiile şi funcţiile de organizare a asistenţei sociale

În societatea postmodernă, asistenţa socială este mai mult decât un ajutor acordat dezinteresat. Dacă până nu demult primordială era sarcina adaptării persoanei cu dizabilităţi la condiţiile şi regulile societăţii, în epoca postmodernă problema se pune invers - societatea trebuie să se adapteze la nevoile acestor persoane. în variantă ideală, ambele părţi ar trebui să facă paşi una în întâmpinarea celeilalte. Şi în acordarea asistenţei sociale grăuntele raţional se găseşte în „mijlocul de aur". Există două mari pericole în abordarea chestiunii privind asistenţa socială - teoretizarea excesivă şi practicismul excesiv. Cele mai bune rezultate se obţin atunci când se merge pe dozarea bine gândită, argumentată a teoriei şi practicii.

Importanţa acestei dozări reiese din cele două modele diferite de handicap pe care le presupune abordarea preponderent-teoretică: 1) *modelul individual* - şi preponderent-practică - 2) *modelul social. în primul caz,* asistenţa socială urmăreşte adaptarea fizică şi psihologică a individului la condiţia specifică a handicapului, în acest caz, asistentul social consideră persoana cu dizabilități fie victimă, fie erou, în timp ce persoana însăşi nu doreşte decât să fie acceptată aşa cum este.

Cel de-al doilea model - social - *îi impune asistentului social sarcina de a adapta mediul la nevoile specifice ale persoanei concrete.* în această ordine de idei, într-o societate axată pe nevoile specifice ale persoanei în general, nu neapărat cu dizabilităţi, există şanse reale de a se întreţine prin muncă, de a se afirma sub aspect profesional şi personal. De exemplu, până mai ieri incapabili să

[47] Racu A. Popovici D. , Crețu V., Racu S., Bucinschim C. Asistența social a persoanelor cu dizabilități, Chișinăum 2007. Pp. 142-147.

activeze în domenii care necesită comunicarea prin telefon, surzii nu mai au această problemă restrictivă după ce a fost inventată comunicarea prin SMS-uri la telefoanele mobile.

În acest mod, persoana cu deficienţe nu mai este considerată ca fiind lipsită de capacităţi esenţiale, ci doar ca un individ special care îşi realizează potenţialul la fel ca oricare alt membru al societăţii, doar că foloseşte propriile căi. Actualmente modelul social se impune ca un imperativ chemat să substituie modelul exclusiv individual care s-a dovedit a fi ineficient în satisfacerea nevoilor speciale ale persoanelor cu dizabilităţi.

Concomitent, este important să reţinem că aplicarea în asistenţa socială a modelului social nu înseamnă renunţarea definitivă la studiile de caz. Asistenţa socială trebuie să-i ajute să depăşească cu demnitate această suferinţă. însă această preocupare nu trebuie să prevaleze în activitatea asistentului social. în mod prioritar acesta trebuie să se lase dominat de identificarea de către beneficiar a resurselor personale, sociale, economice şi comunitare, fapt care i-ar ajuta să trăiască în societate.

Fiind o activitate profesională de ajutorare a persoanelor cu nevoi speciale a copilului aflai în dificultate; a familiilor în care trăiesc astfel de persoane, asistenţa socială, este un important factor de educare a comunităţii în vederea atitudinii tolerante şi interesate faţă de membrii săi cu posibilităţi limitate. în plus, asistenţa socială este veriga de legătură între solicitant şi sistemele sociale/statale care trebuie să-i ofere resurse, servicii, oportunităţi. Nimeni nu cunoaşte mai bine decât asistentul social necesităţile reale ale persoanei cu dizabilităţi şi căile cele mai indicate de a le satisface. în acest sens, practica asistentului social este sursa de inspiraţie şi documentare pentru structurile abilitate cu elaborarea politicilor sociale în stat.

Cea mai mare greşeală a asistentului social este să se limiteze la acordarea unui ajutor (material, psihologic sau de alt ordin) fără a-l determina pe beneficiar să-şi exploreze propriul sistem de valori, fără a-l încuraja să-şi depăşească frustrările, dictate de condiţia sa fizică sau mentală, fără a contribui la schimbarea efectivă a mentalităţii şi atitudinii societăţii, factorilor decizionali din stat vizavi de persoanele cu dizabilităţi. în acest sens, asistentul social este forţa motrice a schimbării, catalizatorul ei.

Conform celor mai noi şi reformatoare standarde aprobate în domeniul politicilor sociale, *dizabilitatea nu mai este considerată o anomalie,* ci *o normă delimitată social.* în acest context, asistenţa socială este chemată să diminueze, să reducă maximum posibil această delimitare. Noţiunea de normă este relativă, fiind determinată de anumite circumstanţe de ordin social, economic, cultural, personal.

Ceea ce este adevărat şi obiectiv ţine de necesitatea persoanelor cu dizabilităţi şi a familiilor acestora de a beneficia de ajutor din partea celor de alături - rude, prieteni, vecini. în aceste cazuri nu putem vorbi despre asistenţă socială, ci doar despre o manifestare a solidarităţii umane. Asistentul social intervine atunci când există sau se profilează un conflict între norme, o discriminare şi o reducere a şanselor de afirmare. La baza activităţii asistentului social, trebuie să stea ideea că dizabilitatea nu este chestiunea personală a individului, ci şi o problemă a întregii societăţi, deoarece nu doar persoana dizabilitată trebuie să se conformeze realităţilor sociale, ci şi societatea trebuie să ţină cont de nevoile ei speciale, organizându-se în conformitate cu acestea.

Sistemul modern de *asistenţă socială se sprijină pe trei principii generale,* valabile pentru a fi respectate de toate nivelurile decizionale - de la cel central, unde sunt elaborate politicile sociale, la cel local, unde are loc acţiunea socială propriu-zisă. Să analizăm aceste principii:

• **Identificarea şi studierea sub toate aspectele a potenţialilor beneficiari de asistenţă socială.** Acest principiu are menirea de a asigura tipul şi volumul de asistenţă individualizată, conformă nevoilor personale ale beneficiarului. El poate fi realizat prin utilizarea evidenţelor medicale, şcolare şi de alt gen, dar şi prin studiile-sondaje efectuate în teren. Cunoaşterea contingentului de beneficiari se realizează prin intermediul familiei, colectivităţii, precum şi prin contact direct (vizite la domiciliu, convorbiri, monitorizare etc). Concluziile se vor axa pe situaţia reală, care, în unele cazuri, va fi una ameliorată prin aportul ONG-urilor, al serviciilor de alternativă în sprijinul persoanelor cu dizabilităţi şi al familiilor lor. Este important ca asistenţa socială să fie repartizată echitabil, excluzându-se cazurile de dublare, discrepanţele dintre atenţia acordată

unora şi lipsa acesteia în raport cu alţii. Cea mai mare greşeală la realizarea acestui principiu este ca persoanacu dizabilităţi să fie considerată obiect al acţiunii sociale, şi nu subiect.

• **Punerea la dispoziţia persoanelor cu dizabilităţi a serviciilor, mijloacelor şi facilităţilor, de care au realmente nevoie.** Acest principiu este foarte important, deoarece permite utilizarea conform destinaţiei, în regim de echitate, a volumului de asistenţă socială pe care şi-1 poate permite, în raport cu persoanele cu dizabilităţi, societatea. Asistenţii sociali vor respecta urgenţele şi priorităţile, astfel încât beneficiarul să primească ajutorul de care are mai mare nevoie la momentul respectiv, fie că este vorba despre suport material/financiar, de consultare, de monitorizare sau alte tipuri de ajutor.

• **Promovarea strategiilor de diversificare a serviciilor acordate în cadrul asistenţei sociale.** Realizarea acestui principiu se va desfăşura în parteneriat cu persoanele cu dizabilităţi şi familiile lor, necesitând din partea asistentului social spirit inventiv, cunoaştere profundă a nevoilor speciale, invocate de beneficiarii din diverse categorii, precum şi a posibilităţilor reale, de care dispune sistemul de asistenţă socială.

Principiile enumerate, dar mai ales materializarea lor, reprezintă simbioza dintre nevoile speciale ale beneficiarilor şi condiţiile/ exigenţele sociale faţă de acest gen de activitate. în urma experienţei în aplicarea celor trei principii s-a cristalizat un set de *reguli şi activităţi,* avându-le drept „ţintă" pe persoanele cu disabilităţi. Enumerăm câteva dintre acestea:

copiii cu dizabilităţi ar trebui să trăiască în familie;

- orice persoană cu dizabilităţi adultă trebuie să aibă posibilitatea de a locui separat de părinţi;
- orice persoană cu dizabilităţi are dreptul sa facă parte dintr-o colectivitate, să fie membru al unui grup restrâns de semeni cu sau fără disabilităţi, de genuri diferite;
- locuinţele de alternativă trebuie să fie integrate în comunitate;
- persoanele cu dizabilităţi trebuie să participe la diverse programe comunitare şi speciale, destinate normalizării.

Aceste şi alte reguli, de care trebuie să se conducă asistentul social în activitatea sa, au ca scop suprem **imperativul normalizării.** Primul şi cel mai important pas spre realizarea lui este dezinstituţionalizarea. Acest deziderat nu presupune în mod obligatoriu lichidarea instituţiei rezidenţiale şi integrarea persoanei cu dizabi-lităţi în familia sa biologică. Este vorba despre renunţarea la instituţiile rezidenţiale de tip clasic, cu atmosferă cazonă, asemănătoare cu instituţia medicală, în favoarea instituţiilor de tip familial, pentru un grup restrâns de beneficiari, ancorate în viaţa comunităţii.

Reforma în acest domeniu trebuie să se caracterizeze prin alternative, oportunităţi diferenţiate, în funcţie de nevoile speciale ale beneficiarului. Acest principiu presupune şi păstrarea instituţiilor de tip clasic (a unui număr mic dintre ele), deoarece întotdeauna vor exista persoane care vor necesita plasarea în acestea, ca răspuns la interesul lor suprem. Iată câteva situaţii care impun instituţiona-lizarea persoanei:

- nevoia de tratament şi reeducare intensivă (epilepsie, hiperactivitate, tulburări nevrotice şi/sau psihotice);
- imposibilitatea părinţilor de a face faţă provocărilor momentului (de exemplu, pubertatea la copilul cu dizabilităţi);
- intoleranţa membrilor familiei sau incapacitatea părinţilor de a îngriji un copil cu dizabilităţi (familie dezorganizată, boala cronică a părinţilor etc).

În acest context, decizia privind dezinstituţionalizarea persoanei se va lua în funcţie de cazul concret, caracterul dizabilităţii, interesul ei suprem, competenţele mediului familial în raport cu cel instituţional. Persoana cu dizabilităţi are dreptul să se afle acolo unde îi este mai bine, în acel mediu care i-ar putea permite să-şi valorifice mai deplin potenţialul, să-şi realizeze şansele. Acest mediu poate fi sau familia, sau instituţia, inclusiv cea de tip clasic. Ţine de competenţele asistentului social să pună pe cântar avantajele şi dezavantajele, indicaţiile şi contraindicaţiile, astfel încât decizia luată să fie una corectă.

Dacă această decizie este în favoarea instituţiei, atunci aceasta va trebui reformată conform unor principii stricte:

- integrarea instituţiei în viaţa comunitară;
- moderarea dimensiunilor instituţiei (de la mari la mici, compacte);
- separarea spaţiilor funcţionale cu respectarea dreptului beneficiarului la intimitate;
- continuitatea în activitatea diferitelor instituţii în care locuieşte şi este tratată persoana cu dizabilităţi.

Principiul normalizării trebuie să fie susţinut de un set de acţiuni, menite să-1 capaciteze pe beneficiar, astfel încât să-şi însuşească un comportament normal în diferite situaţii: să ştie a se îmbrăca, a mânca la fel ca orice persoană de vârsta respectivă, să frecventeze o şcoală obişnuită, să locuiască în condiţii cât mai apropiate de cele obişnuite.

2. Caracteristici ale sistemului modern de protecţie socială în sprijinul persoanei cu dizabilități

a. Comunitatea - baza sprijinului şi serviciilor în favoarea persoanei cu dizabilități

Realităţile europene contemporane au evoluat şi s-au întemeiat pe principiul democratizării şi descentralizării puterii. S-a conştientizat faptul că existenţa colectivităţilor locale, investite cu responsabilităţi efective, permite o administrare în acelaşi timp eficace şi apropiată de cetăţeni, inclusiv în domeniul asistenţei sociale. „Colectivităţile locale trebuie să aibă dreptul şi capacitatea efectivă de a regla şi administra în cadrul legii pe propria lor responsabilitate şi în folosul populaţiilor lor o parte importantă a afacerilor publice" (5, p. 145).

Conştientizarea indivizibilităţii drepturilor omului a fost însoţită de valorizarea familiei, a comunităţii şi a serviciilor bazate pe comunitate în acordarea asistenţei sociale. Persoana cu dizabilități are dreptul să trăiască şi să ducă o viaţă demnă acolo unde s-a născut, în propria familie, în comunitatea locală.

Termenul de comunitate, conform *Dicţionarului explicativ al limbii române* (p. 180), este definit drept „grup de oameni cu interese, credinţe sau norme de viaţă comune" (conform latinescului *comunitas-atis). Dictionary of Social Protection Terms* defineşte comunitatea drept „entitate umană şi socială ai cărei membri sunt legaţi prin convieţuirea pe acelaşi teritoriu ca şi prin relaţii sociale, constante şi tradiţionale". Alte dicţionare de prestigiu definesc comunitatea drept:

- „toţi oamenii care trăiesc într-o anumită localitate";
- „o anumită localitate ,inclusiv locuitorii acesteia";
- „grup de oameni având în comun o religie, o limbă, o profesie ş. a.".

După unii autori, conceptul de comunitate are şi o latură ideală (10, p. 12) implicând patru caracteristici:

- delimitare clară a ariei spaţiale şi a populaţiei care are ceva în comun;
- interpenetrarea comunicării şi a experienţei membrilor săi;
- un sentiment general împărtăşit al experienţei;
- participarea la o cauză comună.

Comunitatea este un ideal, dar şi o realitate care se construieşte în orice societate democratică. Serviciile bazate pe comunitate se organizează pe arii definite, pentru toţi locuitorii, chiar dacă cu precădere vor beneficia de ele anumite persoane care pot fi integrate într-o anumită categorie (vârstnici, persoane cu dizabilități). Comunitatea este responsabilă pentru crearea cadrului instituţional şi al serviciilor care să asigure persoanei cu dizabilități o viaţă demnă la propriul domiciliu şi nu într-o instituţie. Serviciile sociale au o astfel de localizare încât fiecare membru al comunităţii să acceadă de la ele pentru a primi îngrijiri de rutină, sprijin, tratament, recuperare, educaţie. Ele sunt astfel concepute încât să furnizeze o gamă completă de servicii diversificate unei populaţii definite.

Reţeaua de servicii bazate pe comunitate este centrată pe incluziunea în societate şi participarea persoanelor cu dizabilități. Serviciile bazate pe comunitate reduc presiunea asupra

instituţiilor închise, facilitează rămânerea în familie şi elimină izolarea persoanei cu dizabilităţi la propriul domiciliu. Serviciile bazate pe comunitate se caracterizează prin mai multe trăsături definitorii. Prezentăm câteva dintre acestea aşa cum au fost definite de instituţii şi la diferite conferinţe naţionale şi internaţionale:

1) sunt incluse în programele generale de dezvoltare a comunităţii;
2) sunt centrate pe persoană,cu luarea în considerare a nevoilor sale sociale şi a trebuinţelor sale speciale şi pe familia acesteia;
3) asigură prevenirea încălcării drepturilor omului, ale oricărei persoane care trăieşte în comunitatea respectivă;
4) asigură o îngrijire primară comprehensivă şi integrată;
5) previn instituţionalizarea;
6) asigură un control mai accentuat al persoanelor cu dizabilități asupra propriei vieţi; împuternicesc persoanele cu dizabilități şi familiile lor;
7) încurajează parteneriatul între persoana beneficiară, servicii, familie şi diferite categorii de specialişti;
8) recunosc drepturile speciale ale copilului, ale adultului şi ale copilului cu dizabilități, ale altor categorii de persoane vulnerabile;
9) asigură o evaluare şi monitorizare continuă a calităţii serviciilor;
10) sunt orientate spre viitor; asigură nu numai îngrijire, ci şi programe care dezvoltă potenţialul bio-psihic şi competenţe specifice, pregătire şi orientare profesională;
11) sunt susţinute la nivel judeţean şi naţional în baza principiului subsidiarităţii.

b. Prevalenta serviciilor în mediu deschis faţă de serviciile oferite în instituţii

Dezvoltarea societăţii contemporane a invalidat modelul instituţional de îngrijire a persoanei cu dizabilități. în majoritatea ţărilor europene, critica modelului instituţional s-a făcut din mai multe perspective, cu argumente ce ţin de o nouă filosofie şi politică socială. Aceste argumente au fost magistral sintetizate de Gunnar Stangvic.

- Argumentul legat de drepturile civile - Instituţia lipseşte clientul de drepturile sale civile sau le diminuează.
- Argumentul calităţii vieţii - Instituţia privează clientul de stimulare necesară şi de satisfacerea nevoilor umane de bază.
- Argumentul eficacităţii - Instituţia este un mediu ineficient de îngrijire şi educaţie comparativ cu modelele alternative.
- Argumentul controlului - Instituţia este mai ales instrumentul unui control autocratic.

Pe fondul unor valori comune şi al dezvoltării comunitare, modelul instituţiei închise a fost înlocuit cu modelul normalizării, începând cu ţările scandinave (Gunnar Stangvic).

Situaţia unei persoane cu dizabilități în raport cu ceilalţi concetăţeni ai săi poate fi deschisă prin raportare la dimensiunile/caracteristicile esenţiale ale normalizării.

1. **Integrarea** opusă izolării (descrie distanţa fizică şi socială faţă de persoana aflată în situaţiile obişnuite din comunitatea locală).

2. **Valorizarea** pozitivă opusă devalorizării (descrie distanţa simbolică a persoanei faţă de rolurile normale şi tipice ale comunităţii locale).

3. **Stimularea** în raport cu deprivarea (descrie nivelul stimulării care asigură competenţa).

4. **Controlul personal** opus dependenţei/reprimării (descrie gradul dependenţei de alţii şi absenţa sau prezenţa controlului personal asupra aspectelor importante ale situaţiei de viaţă, precum nivelul de individualizare a serviciilor care asigură satisfacţia şi exprimarea nevoilor personale.

Cele patru dimensiuni se cer evaluate în **toate domeniile vieţii:** viaţa domestică, educaţia, munca, recreerea şi la **toate nivele de intervenţie socială:** statul, comunitatea, serviciile, familia.

Persoana cu dizabilități poate fi izolată în propria familie (fără legătură cu celelalte rude, fără a participa la evenimentele existenţiale ale acesteia), în educaţie (nu are legătură cu colegii obişnuiţi de vârstă), în muncă (munceşte numai la domiciliu sau într-un atelier închis, cu colegi

cu dizabilități), în ceea ce priveşte loisirul (nu se poate deplasa la spectacole, nu face excursii). Pentru eliminarea izolării trebuie să contribuie familia, trebuie restructurate instituţiile, serviciile, comunitatea în întregul său şi să intervină statul prin politicile generale şi prin legislaţie.

Situaţiile vieţii normale sunt jalonul de referinţă pentru proiectarea şi acordarea sprijinului şi serviciilor pentru persoanele cu dizabilități. Persoanelor cu dizabilități trebuie să li se acorde şansa de a-şi trăi propria viaţă ca orice cetăţean obişnuit, de a avea acces la aceleaşi instituţii, activităţi şi roluri ca oricare altul. Serviciile comunitare trebuie puse în funcţiune pentru a da posibilitatea persoanei cu dizabilități să aibă experienţa aceloraşi căi şi aceluiaşi mod de viaţă ca cei apropiaţi, rude, prieteni şi alte persoane din grupa sa de vârstă. De asemenea, viaţa persoanei depinde de ceea ce este considerat a fi viaţă normală pentru el. Caracteristicile modelului dezirabil de viaţă dezvoltat pentru persoanele cu dizabilități depinde de ceva ce este considerat normal în mediul cultural şi social de care aparţine. în societatea contemporană viaţa normală presupune că orice persoană cu dizabilități:

- Are propriul cămin şi-şi trăieşte viaţa privată asemenea celorlalţi; copiii trăiesc în familie naturală, de adopţie sau de plasament.
- Se gospodăreşte singură, cu sau fără sprijin.
- Este integrată şi participă la toate activităţile zilnice care se desfăşoară în instituţiile destinate celor de o vârstă (grădiniţă, şcoală, întreprindere ş. a.).

Toate resursele, serviciile şi activităţile din comunitate sunt planificate şi vin să sprijine o anumită persoană, care are un anumit dezavantaj generat de deficienţă, să ducă o viaţă cu toate caracteristicile de bază ale vieţii normale, în propria locuinţă, în propria familie şi localitate.

Persoana cu dizabilități şi familia acestuia găseşte în comunitatea locală toate tipurile de servicii care le asigură o viaţă demnă, cât mai apropiată de normalitate, reducerea dezavantajelor date de deficienţă.

Aceste servicii se află în mediu deschis, nu sunt arondate unor circuite închise şi sunt accesibile oricărui cetăţean cu nevoi identificate, din comunitatea locală. Tipurile de activităţi şi servicii sunt diverse:

- de evaluare complexă (medico-psiho-socială);
- de orientare şcolară şi profesională;
- de consiliere şi pregătire pentru un loc de muncă;
- de susţinere a integrării profesionale;
- de terapie ocupaţională;
- de consiliere a părinţilor;
- de îngrijire medicală, de recuperare, de balneologie, de kinetoterapie, de ergoterapie;
- de educaţie pentru dezvoltarea autonomiei;
- terapia tulburărilor de limbaj.

Orientarea efortului spre includerea persoanei cu dizabilități în muncă şi corelativ asigurarea protecţiei sociale prin sistemul asigurărilor sociale.

Intervenţia timpurie, procesul de recuperare, educaţia şcolară în cadrul sistemului naţional de învăţământ, sistemul de orientare şi pregătire profesională şi toate facilităţile oferite angajatorului, finalizate prin integrarea în muncă a persoanei cu dizabilități, îi asigură acesteia o viaţă demnă. De aceea nici un efort nu este mai mare dacă persoana cu dizabilități se va bucura nu de ajutor noncontributoriu, ci va avea drepturile oricărui angajat, inclusiv la bătrâneţe.

Protecţia socială modernă presupune şi responsabilitatea beneficiarilor.

Acest lucru e evidenţiat şi de legislaţie: elevul primeşte alocaţia de stat pentru copii, dacă frecventează şcoala; venitul minim garantat este asigurat în condiţiile prestării unei activităţi în folosul comunităţii.

Activitatea asistentului social orientează şi spre găsirea unor modalităţi, sprijin de responsabilizare a beneficiarilor sistemului de protecţie specială şi a familiilor lor.

Asigurarea respectării principiului **resursa urmează copilul sau adultul cu dizabilități.**

Orientarea eforturilor spre prevenirea handicapului şi a încălcării drepturilor persoanei cu dizabilități.

c. Prevenirea încălcării drepturilor persoanei cu dizabilități - principiu şi scop fundamental al protecţiei sociale

Prevenirea încălcării drepturilor fundamentale ale omului, ale oricărui cetăţean, reprezintă un principiu şi un scop fundamental al protecţiei sociale.

Prevenirea în domeniul social presupune:

- concentrarea eforturilor societăţii în direcţia eliminării şi diminuării condiţiilor care afectează respectarea drepturilor omului şi a oricăror factori care generează fenomenul de boală, de handicap, de sărăcie şi creează dezavantaje majore pentru anumite persoane în ceea ce priveşte exercitarea rolurilor sociale obişnuite pentru cei de vârsta, sexul, comunitatea din care fac parte ceilalţi cetăţeni;
- un ansamblu de acţiuni vizând depistarea precoce, minimalizarea, neutralizarea şi eliminarea condiţiilor sociale, psihologice şi a altor condiţii care pot contribui la extinderea şi agravarea problemelor socioeconomice ale unor categorii de adulţi şi copii şi asigurarea unui nivel de trai decent;
- măsuri pentru evitarea instituţionalizării persoanelor aflate în dificultate.

Măsurile de prevenire sunt situate la trei nivele:

- Prevenirea primară presupune reducerea prevalentei unui fenomen negativ, reducerea cauzelor care generează un fenomen negativ.
- Prevenirea secundară presupune limitarea extinderii severităţii unei probleme prin identificarea timpurie a existenţei sale, studierea şi izolarea sa în aşa fel încât efectele sale asupra copilului sau adultului, asupra familiei şi altor persoane să fie diminuate prin măsuri, sprijin (ajutor social), terapie, tratament, educaţie.
- Prevenirea terţiară pregăteşte condiţiile ca fiecare persoană să se integreze în muncă şi societate, să ducă o viaţă în demnitate cu proprie responsabilizare.
- În domeniul activităţii cu persoanele cu dizabilități, activitatea de prevenire se desfăşoară pe mai multe arii:

3. Prevenirea apariţiei fenomenului cu dizabilități

Asistentul social se implică în conştientizarea factorilor de risc pentru mamă şi copil în timpul sarcinii (consumul de droguri şi alcool, o anumită medicaţie, îmbolnăvirea de rubeolă, RH negativ fără măsuri corespunzătoare), mai ales de către beneficiarii sistemului de asistenţă socială. Este importantă orientarea beneficiarilor sistemului de asistenţă socială spre serviciile de planificare familială, medicale şi consiliere. Depistarea familiilor în care copilul riscă să dobândească o deficienţă datorită neglijenţei, abuzului, accidentelor de orice fel şi stabilirea de măsuri corespunzătoare împreună cu ceilalţi parteneri.

Prevenirea neglijării persoanei cu dizabilități

Prevenirea neglijării copilului cu sau fără handicap şi a adultului cu dizabilități este un obiectiv al serviciilor de asistenţă socială. Neglijarea copilului se referă la incapacitatea sau refuzul adultului de a comunica adecvat cu copilul, de a-i satisface nevoile biologice, de securitate afectivă,de dezvoltare fizică şi psihică, de a-i asigura accesul la activităţi specifice vârstei (învăţare, joc) şi educaţie şcolară.

Neglijarea persoanei cu dizabilități se manifestă şi prin limitarea accesului la activităţile familiei şi comunităţii (tradiţii, activităţi culturale, sportive), precum şi a posibilităţilor de a duce o viaţă activă.

Prevenirea resemnării părinţilor

Prevenirea resemnării membrilor familiei cu dizabilități reprezintă un obiectiv important al serviciilor de asistenţă socială, de consiliere şi de execuţie pentru menţinerea motivaţiei părinţilor de a antrena maxim potenţialul biopsihic al copilului lor, barând tendinţa de a găsi soluţii uneori în zona medicală şi stimulând recurgerea la servicii de socializare, recuperare, integrare şcolară şi comunitară. Asistentul social în toate contractele pe care le are cu persoana cu dizabilități şi familia sa realizează:

- evidenţierea cazurilor existente în comunitate, în care persoana cu dizabilități sprijinită de familie a reuşit prin educaţie şi recuperare să aibă un mai mare grad de autonomie socială şi personală;
- punerea în contact cu alte familii şi persoane cu dizabilități în vederea sprijinirii reciproce.

Prevenirea instituţionalizării persoanei cu dizabilități Toate serviciile bazate pe comunitate, în mediul deschis sunt orientate spre menţinerea persoanei cu dizabilități în propria locuinţă, în propria familie şi previn instituţionalizarea.

Procesul de recuperare/reabilitare, educaţia şcolară şi serviciile de sprijin asigură în mod hotărâtor prevenirea secundară şi terţiară.

4. Integrare şi incluziune social. Exigenţele incluziunii.

Integrarea presupune prezenţa în comunitate şi societate a persoanei cu dizabilități în calitate de cetăţean cu drepturi depline, vizibilitatea ei, dar şi un sprijin pentru a se putea adapta instituţiilor, comunităţii, societăţii în care se integrează. Conceptul de integrare este definit în legislaţia românească privind protecţia specială sau în propunerile legislative.

Integrarea este definită drept „procesul de interacţiune dintre individ sau grup şi mediul social, prin intermediul căruia se realizează un echilibru funcţional al părţilor" (Strategia Naţională a României 2006-2013). Pentru a se integra într-un mediu dat, obişnuit, persoana cu dizabilități trebuie să depăşească ea însăşi anumite obstacole, să-şi schimbe comportamentul, să se „ajusteze", să se adapteze la cerinţele mediului, la situaţia de fapt. în ceea ce priveşte persoana cu dizabilități, considerăm că integrarea poate fi definită drept procesul prin care persoana cu dizabilități accede la toate activităţile/rolurile concetăţenilor săi pentru a le efectua/exercita în aceleaşi instituţii, condiţii, contexte, împreună cu aceştia, fără discriminare. Integrarea şcolară este definită în legislaţie drept „proces de adaptare a copilului la cerinţele şcolii pe care o urmează, de stabilire a unor raporturi afective pozitive cu membrii grupului şcolar (clasă) şi de desfăşurare cu succes a prestaţiilor şcolare.

Asimilarea de către copil a statutului de elev este rezultatul unor modificări interne, în echilibrul dintre anumite dominante de personalitate cu consecinţe în planul acţiunii sale" (HG 1251). Principiile formulate încă din 1982, în documentele ONU, cu prilejul lansării Programului Mondial de Acţiune pentru egalizarea şanselor persoanelor cu dizabilități, solicită „deplina participare şi egalitate în drepturi". „Deplina participare şi egalitate în drepturi" poate fi atinsă prin:

- servicii orientate în acest scop, de recuperare/reabilitare;
- procesul general de egalizare a şanselor pentru persoana cu dizabilități.

Pentru a se realiza participarea deplină a persoanelor cu dizabilități nu este suficientă existenţa serviciilor de recuperare/reabilitare. Rezultatele educaţiei, ale terapiei complexe, ale recuperării, ale utilizării serviciilor de reabilitare rămân incomplete, nefinalizate, dacă persoanei cu dizabilități, prin schimbările care au loc la nivelul comunităţii, prin serviciile existente nu i se oferă aceleaşi şanse pe care le au ceilalţi cetăţeni în ceea ce priveşte „elementele fundamentale ale traiului zilnic, viaţa de familie, educaţia, viaţa activă şi profesiunea, autogospodărirea, securitatea financiară şi personală, participarea în grupurile sociale şi politice, activitate religioasă, relaţii intime şi sexuale, acces la facilităţile publice, libertate şi mişcare şi un stil general al vieţii zilnice" (ONU, 1982).

Egalitatea în drepturi a persoanei cu dizabilități în calitate de cetăţean solicită asigurarea condiţiilor pentru deplina participare a acesteia la viaţa comunităţii, în toate domeniilor sociale. Deplina participare presupune nu numai pregătirea persoanei cu dizabilități pentru viaţa socială, dezvoltarea personalităţii sale, ci şi schimbarea, transformarea mediului, realităţilor instituţiilor şi factorilor atitudinali, pentru a răspunde diversităţii individuale şi pentru a asigura în mod firesc satisfacerea nevoilor fundamentale ale oricărei persoane, inclusiv ale persoanei cu dizabilități. Persoana cu dizabilități este abordată în calitate de cetăţean egal în drepturi cu oricare altul din ţara şi comunitatea căreia îi aparţine.

Realităţile europene au evoluat spre înţelegerea faptului că viitorul aparţine societăţii, care ia în considerare, în politici şi strategii, diversitatea individuală şi asigură resurse pentru satisfacerea nevoilor fundamentale ale oricărui cetăţean, fără nici o discriminare.

Este vorba de conceptualizarea, proiectarea şi construirea unor realităţi care iau în considerare fiecare individ şi, prin acest fapt, răspund nevoilor tuturor fără a mai fi nevoie de modificări şi adaptări ulterioare pentru anumite categorii de persoane, precum copiii, vârstnicii, persoanele cu dizabilităţi, persoanele în convalescenţă ş. a. Conceptul de cea mai largă extindere, care stă la baza acestei realităţi în devenire, este cel de societate pentru toţi. Societate pentru toţi solicită trecerea de la integrare la incluziune. Declaraţia de la Madrid „înlăturarea discriminării plus acţiunea pozitivă conduc la incluziunea socială", adoptată la Congresul European al persoanelor cu dizabilităţi (Madrid, martie 2002), evidenţiază importanţa trecerii de la filosofia paternalistă cu privire la persoanele cu dizabilităţi la o viziune care să le confere forţa de a-şi exercita controlul asupra propriilor vieţi. „Acţiunea se modifică, de la accentul pus pe procesul de reabilitare a individului pentru ca acesta să se potrivească societăţii, către filosofia globală a modificării societăţii pentru ca aceasta să poată face faţă nevoilor tuturor persoanelor inclusiv persoanelor cu dizabilităţi".

În unele acte juridice, „incluziunea socială reprezintă un set de măsuri şi acţiuni multidimensionale din domeniile protecţiei sociale, ocupării forţei de muncă, locuirii, educaţiei, sănătăţii, informării şi comunicării, mobilităţii, securităţii, justiţiei şi culturii, destinate combaterii excluziunii sociale". Incluziunea socială solicită „adaptarea" societăţii la persoana cu dizabilităţi. în Strategia Naţională privind protecţia, integrarea şi incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi din România în perioada 2006-2013 (HG 1175,14.X.2005) este definit termenul „adaptarea" societăţii la persoana cu dizabilităţi, potrivit căruia societatea în ansamblul ei trebuie să vină în întâmpinarea eforturilor de integrare a persoanelor cu dizabilităţi, prin adoptarea şi implementarea măsurilor adecvate, iar persoana cu dizabilităţi trebuie să-şi asume obligaţiile de cetăţean. Procesul transferă accentul pus pe reabilitarea persoanei pentru a se „încadra" în societate, pe concepţia de schimbare a societăţii, care trebuie să includă şi să facă faţă cerinţelor tuturor indivizilor, inclusiv a celor cu dizabilităţi.

Concertarea eforturilor pentru sporirea vizibilităţii problemei incluziunii şi crearea condiţiilor pentru egalitatea de şanse pentru fiecare individ şi pentru toate domeniile este deosebit de importantă şi pentru că se estimează că minimum zece la sută din populaţia UE este reprezentată de persoane cu dizabilităţi, iar în ţările candidate acest procertteste şi mai mare (Sofia, 2004). Datele statistice disponibile arată «că „persoanele cu dizabilităţi au un nivel inacceptabil de redus în ceea ce priveşte educaţia şi încadrarea în muncă" (Madrid, 2002). Guvernele, persoanele cu dizabilităţi, societatea civilă, asociaţiile şi fundaţiile persoanelor cu dizabilităţi, orgnismele Uniunii Europene şi-au conturat viziunea privind incluziunea socială.

Dreptul persoanei cu dizabilităţi de a nu fi discriminată trebuie completat cu dreptul de a beneficia de măsuri destinate să le asigure independenţa, integrarea şi participarea la viaţa comunităţii. Noua viziune solicită, printre altele: viaţa alături de ceilalţi cetăţeni; proiectarea unei lumi flexibile pentru toţi; strategii care iau în considerare abilităţile, competenţele în dezvoltare; furnizarea măsurilor de sprijin inclusiv pentru angajare în muncă; promovarea unui ambient accesibil şi stimulator, înlăturarea barierelor, revizuirea normelor, strategiilor şi culturilor; împuternicirea persoanelor cu dizabilităţi şi a organizaţiilor lor pentru a-şi obţine şi exercita drepturile, pentru a lua decizii independente şi a prelua responsabilităţi în chestiunile care-i privesc. Sprijinul special pe care-1 primesc persoanele cu dizabilităţi într-o societate incluzivă se realizează în cadrul unor servicii sociale, de sănătate, de educaţie şi calificare, de orientare şcolară şi profesională disponibile tuturor, într-o lume „flexibilă" destinată tuturor.

Noua viziune defineşte incluziunea socială drept nediscriminare plus acţiune pozitivă. De implementarea noii viziuni vor beneficia nu numai persoanele cu dizabilităţi, ci şi întreaga societate. în documentele adoptate pe plan internaţional, educaţia, pregătirea pentru o profesiune şi angajarea în muncă sunt primele elemente-cheie pentru angajarea în muncă. Şcoala are o misiune deosebită în schimbarea atitudinilor faţă de persoana cu dizabilităţi, înţelegerea problemelor lor specifice,

pentru angajarea forţelor nobile ale societăţii în susţinerea măsurilor legislative şi eforturilor comunităţii în combaterea prejudecăţilor şi stigmatizărilor. Sistemul educaţional, prin finalităţi şi resurse orientează şcoala incluzivă spre: dezvoltarea personală şi includerea socială a fiecărui copil; sprijinirea formării unei imagini pozitive în raport cu problemele dizabilităţii; definirea unui viitor pentru toţi atât din punct de vedere personal, cât şi profesional şi social. Şcoala incluzivă solicită eforturi pentru schimbarea mediului fizic şi atitudinal, a formelor de organizare a procesului de învăţământ, flexibilizarea/adaptarea programelor, metodelor şi mijloacelor de învăţământ în raport cu diversitatea individuală, schimbarea mentalităţilor tuturor persoanelor din contextul educaţional.

Strategiile incluziunii sociale se bazează pe acceptarea diversităţii, a diferenţei concomitent cu identificarea, de către fiecare persoană a ceea ce o aproprie de un altul diferit de ea. Ele solicită implicarea reală a instituţiilor, a educatorilor, a lucrătorilor sociali în depistarea sprijinului de care are nevoie fiecare persoană pentru a-i fi promovate drepturile şi libertăţile fundamentale. Se recunoaşte importanţa unui ansamblu de suport personal, pentru fiecare persoană cu dizabilități, şi crearea unei reţele de sprijin şi a serviciilor sociale specializate, aparţinând comunităţii. Din perspectiva incluziunii, serviciile de care are nevoie persoana cu dizabilități trebuie „să facă parte din serviciile generale ale ţării, ale comunităţii" (ONU, 1982) cu ridicarea tuturor obstacolelor în calea participării depline. Comunitatea răspunde de transformarea realităţilor şi de crearea sprijinului necesar pentru fiecare membru al comunităţii, pentru a avea şanse egale în toate domeniile vieţii. Raportat la diferite domenii, acest concept are subsumate noţiuni şi realităţi, precum şcoală incluzivă, design universal, integrare pe piaţa liberă a muncii, incluziune culturală ş. a.

Şcoala incluzivă este o realitate superioară din perspectiva drepturilor omului faţă de integrarea copilului cu dizabilități în realitatea şcolară. Ea presupune schimbarea realităţii şcolare, pornind de la finalităţi, resurse, strategii, curriculum, forme de organizare, metode şi mijloace, pentru a face faţă diversităţii individuale, pentru a asigura dezvoltarea personalităţii oricărui copil. în legislaţia românească (HG nr. 1251 din 13.X.2005) sunt definiţi termenii care acoperă realităţi ce se construiesc şi se dezvoltă. Incluziunea se raportează la procesul de pregătire a unităţilor de învăţământ pentru a cuprinde în educaţie toţi membrii comunităţii, indiferent de caracteristicile, dezavantajele sau dificultăţile acestora. Educaţia incluzivă este definită drept „procesul permanent de îmbunătăţire a instituţiei şcolare, având ca scop exploatarea resurselor existente, mai ales a resurselor umane, pentru a susţine participarea la procesul de învăţământ a tuturor persoanelor din cadrul unei comunităţi".

Şcoala incluzivă este acea „unitate de învăţământ în care se asigură o educaţie pentru toţi copiii şi reprezintă mijlocul cel mai eficient de combatere a atitudinilor de discriminare. Copiii din aceste unităţi de învăţământ beneficiază de toate drepturile şi serviciile sociale şi educaţionale conform principiului - *resursa urmează copilul*. Trecerea spre educaţia incluzivă în învăţământul românesc presupune o reconstrucţie instituţională, valorificarea resurselor umane şi informaţionale şi crearea unei reţele de sprijin pentru promovarea incluziunii şi prevenirea oricărei excluziuni în educaţie. în această direcţie s-au legiferat şi se constituie centrele şcolare pentru educaţie incluzivă, precum şi centre judeţene de resurse şi asistenţă educaţională. Centrul şcolar pentru educaţie incluzivă este conceput ca o instituţie şcolară care, pe lângă organizarea, desfăşurarea procesului de predare-învăţare-evaluare, îşi construieşte şi alte direcţii de dezvoltare instituţională: formare/informare în domeniul educaţiei speciale, documentare/ cercetare/experimentare, precum şi servicii educaţionale pentru în comunitate. Centrul judeţean de resurse şi asistenţă educaţională este conceput drept „unitate conexă cu personalitate juridică, subordonată Ministerului Educaţiei şi Cercetării, care desfăşoară servicii de asistenţă psihopedagogică pentru părinţi, copii, cadre didactice şi care coordonează, monitorizează şi evaluează, la nivel judeţean, activitatea şi serviciile educaţionale oferite de centrele şcolare pentru educaţie incluzivă, centrele logopedice interşcolare şi cabinetele logopedice, centrele şi cabinetele de asistenţă psihopedagogică, mediatorii şcolari".

Design-ul universal reprezintă producerea de obiecte şi amenajarea mediului în aşa fel încât să fie utilizabile de toată lumea, în cel mai larg sens posibil, fără a fi nevoie de adaptări ulterioare sau de un design specializat.

De exemplu, o rampă de acces într-o instituţie trebuie astfel proiectată încât să fie funcţională atât pentru persoana cu dizabilități, cât şi pentru un vârstnic, un cărucior de copil, o persoană cu probleme de sănătate ş. a. Utilizarea simplă, echitabilă, flexibilă, cu un minim de efort de către persoane cu cele mai diverse abilităţi, sintetizează principiile de bază ale design-ului universal/design pentru toţi/ design inclusiv. Design-ul inclusiv, care reprezintă o mişcare largă, solicită crearea unui spaţiu universal ce asigură şanse egale pentru o gamă mare de utilizatori, anticipând diversitatea umană,unicitatea individualităţilor umane.

Integrarea în muncă a persoanelor cu dizabilități a reprezentat, timp de decenii, un deziderat al ţărilor europene. El a devenit o realitate, materializată prin ateliere protejate, dar şi prin întreprinderi profitabile, gestionate de persoane cu dizabilități şi cu un număr mare de persoane cu dizabilități angajate (în Spania, de exemplu, această variantă de angajare pe piaţa muncii, deşi a contribuit mult la schimbarea calităţii vieţii persoanelor cu dizabilități, lasă în prezent loc integrării persoanei cu dizabilități pe piaţa liberă a muncii, inclusiv prin sprijinirea acesteia pentru a derula propria afacere). în lumina standardelor europene, problema esenţială este ca orice individ şi orice grup de persoane să întâlnească aceleaşi şanse pentru căutarea şi ocuparea unui loc de muncă, cu un sprijin adecvat în funcţie de situaţia individuală. Proiectul HOPI (Hori-zontal Project for Integration) al Comisiei Europene, orientat spre combaterea oricărei discriminări în angajare şi în mediul profesional, enumera principiile care sporesc şansele de integrare pe piaţa muncii a oricărei persoane: management diversificat, servicii flexibile de mentorat, reţele de sprijin la diferite nivele, acţiuni de informare, oficii antidiscriminare, acţiuni pozitive. Dată fiind trecerea de la integrarea persoanei cu dizabilități la incluziune, care presupune nu numai o schimbare conceptuală, ci şi noi realităţi în ţările Uniunii Europene, apar o serie de întrebări majore la care suntem datori cu toţii să răspundem.

Care sunt paşii imediat următori în diferite sectoare de activitate pentru a asigura respectarea drepturilor persoanei cu dizabilități în calitate de cetăţean, având în vedere perspectiva societăţii pentru toţi? De exemplu, în accesibilizarea mijloacelor de transport în comun se va merge pe soluţia existenţei unei rampe, utilizată atunci când apare o persoană cu dizabilități sau pe proiectarea mijlocului şi a căilor de acces încât să poată fi folosite în siguranţă de orice utilizator/având în vedere o mare diversitate individuală? Curriculumul şcolar va fi adaptat atunci când este înscris în şcoală un copil cu dizabilități sau şcoala în întregul său este adaptată diversităţii individuale, programele, strategiile, metodele şi stilul cadrelor didactice fiind suficient de flexibile pentru a asigura progresul oricărui copil, fie el cu dizabilități sau supradotat, cu dificultăţi de adaptare, provenind din diferite medii, cu ritmuri diferite în ariile activităţii şcolare? Este oare necesară sprijinirea logistică şi financiară a atelierelor protejate sau eforturile trebuie să se îndrepte spre egalizarea şanselor în căutarea şi ocuparea unui loc de muncă pentru persoana cu dizabilități, în baza unui sistem de orientare şcolară şi profesională care ia în considerare potenţialul şi valorile fiecărui copil/tânăr în parte?

Putem oare să sărim peste anumite etape pe care le-au parcurs ţările europene, şi să ne concentrăm direct eforturile spre ceea ce înseamnă infrastructura societăţii pentru toţi (şcoală incluzivă, design universal, angajare pe piaţa liberă a muncii Răspunsul la toate aceste întrebări se regăseşte în tendinţele europene cele mai încărcate de spiritul profund al drepturilor omului, în următoarele cerinţe sintetizate astfel: comunităţi deschise tuturor; şcoli deschise tuturor; instituţii şi întreprinderi deschise tuturor; cultură şi instituţii culturale şi sportive pentru toţi.

5. . MODELE EUROPENE *privind integrarea în comunitate a persoanelor cu dizabilităţi*[48]

Case pentru persoanele capabile de muncă

Aceste case oferă localizare permanentă şi asistenţă persoanelor cu dizabilităţi capabile de muncă.

Cuvintele „capabile de muncă" nu trebuie să fie înţelese în accepţiunea lor literară: aceste case nu sunt predestinate doar persoanelor cu dizabilităţi care lucrează ca atare, dar, de asemenea, şi acelora care sunt capabile de muncă. Practic, aproape toţi rezidenţii acestor case lucrează în ateliere protejate.

Indiferent de capacitatea casei, rezidenţii trăiesc în grupuri mici a câte zece persoane maximum.

Rezidenţii trăiesc ca o familie obişnuită: ei gătesc şi iau masa împreună, îndeplinesc activităţi casnice; toate aceste activităţi oricum necesită asistenţă şi îndrumare.

Case pentru activităţi

Ca şi în casele pentru persoanele capabile de muncă, în casele pentru activităţi sunt îngrijite persoanele cu dizabilităţi pe parcursul a 24 de ore, întrucât rezidenţii nu sunt capabili de muncă.

Aici se acordă mai multă atenţie sănătăţii şi igienei rezidenţilor decât în casele pentru persoanele capabile de muncă.

Un alt aspect important este petrecerea activităţilor pline de conţinut. Aceste activităţi zilnice preferabil se vor petrece într-un mediu diferit de unităţile de trai şi în mare majoritate sunt supravegheate de altă echipă de ghidare.

Trai supravegheat

Traiul supravegheat este un concept nou şi specific de îngrijire pentru persoane cu dizabilităţi care la moment stau acasă, oferindu-le posibilitatea să trăiască în afara facilităţilor. Oricum, ei continuă să fie consultaţi şi ghidaţi de personalul facilităţii ca atare.

Ambele case pentru persoanele capabile de muncă şi casele pentru activităţi sunt pe punctul de a organiza un trai protejat.

Beneficiarii trăiesc într-un apartament sau într-o casă obişnuită care nu are nimic comun cu casele sus-menţionate. Capacitatea variază de la unu la cinci indivizi.

Case de îngrijire permanentă

Aceste case sunt pentru persoanele cu dizabilităţi incapabile de muncă. Populaţia constă din cel puţin 40% persoane ţintuite la pat, persoane ce folosesc cărucioare, persoane cu dizabilităţi vizuale sau alte categorii.

Aici accentul este uşor transpus asupra menţinerii şi tratamentului paramedical. Exact la fel ca şi casele pentru persoane capabile de muncă şi casele pentru activităţi, casele de îngrijire permanentă au rolul de substituent al familiei.

Case de sejur temporar

în aceste case este organizată îngrijirea de zi şi de noapte a minorilor sau persoanelor cu dizabilităţi în vârstă.

Ei fac parte din grupul persoanelor cu dizabilităţi mintale, psihice, fizice şi senzoriale, capabile sau incapabile de muncă.

Funcţia lor este de a susţine familia, în primul rând, odată ce acordă rezidenţă pe parcursul perioadelor dificile în familii, la sfârşituri de săptămâni, vacanţe etc.

Durata de rezidenţă este limitată până la trei luni anual.

Centre de zi şi activităţi

Centrele de zi se ocupă de acelaşi grup de persoane cu dizabilităţi precum casele pentru activităţi, dar activează în timpul zilei. De fapt sunt unicile instituţii aprobate cu îngrijire de zi

1. [48] Racu Aurelia, Popovici Doru Vlad, Crețu Verginia, Racu Sergiu, Bucinschi Cătălin. Asistența social a persoanelor cu dizabilități. – Chișinău, Ed. Pontos, 2007. 300 p.

organizate pentru adulţii care nu sunt capabili să lucreze în atelierele protejate sau nu sunt angajaţi obişnuit în câmpul muncii. Centrele de zi îngrijesc de beneficiarii săi de la orele 8 dimineaţa până cel târziu la 6 seara. Centrele de zi sunt deschise de luni până vineri anul împrejur.

Persoanele ce beneficiază de serviciile prestate de centrul de zi trebuie să locuiască în apropierea centrului. Ei pot ajunge la centru cu propriile mijloace sau beneficiind de serviciile publice ale centrului. Centrele de zi sunt servicii locale care necesită o întindere geografică eficientă.

Gama de activităţi este organizată în aşa fel ca micile ateliere de protejare să fie adaptate în funcţie de capacităţile beneficiarilor. De obicei ele sunt divizate conform produsului de bază, cum ar fi textile, lemn, hârtie etc. Mai mult ca atât, o mare atenţie se atrage sportului, muzicii, activităţilor creative, relaxării etc.

Ateliere de protejare

Atelierele de protejare sunt unităţi de producţie speciale de bunuri şi servicii. Ele oferă un mediu adecvat pentru adulţii cu dizabilităţi care nu pot fi angajaţi în câmpul muncii obişnuit.

Atelierele de protejare au două scopuri de bază:

Primul este asigurarea că, datorită diferitor adaptări ale locurilor de muncă, persoanele cu dizabilităţi să aibă nu numai o ocupaţie folositoare, dar şi remunerabilă.

De a asigura ca aceste persoane, de asemenea, să aibă posibilitatea de a se profesionaliza în domeniul lor şi eventual să fie capabile să activeze într-o ambianţă normală.

Angajarea în câmpul muncii

Angajarea pe piaţa muncii este susţinută de subsidii şi compensaţii referitoare la patroni şi angajaţi.

Compensaţiile pentru patroni pot fi de două tipuri:

salariul persoanei cu dizabilităţi - compensaţia securităţii sociale,

rambursarea costului de adaptare la locul de muncă.

În afară de aceasta şi în condiţiile specifice, Fondul pentru persoanele cu dizabilităţi poate rambursa anumite cheltuieli angajaţilor, cum ar fi îmbrăcămintea de lucru, uneltele etc.

Trai asistat de ghid

Serviciile traiului asistat de ghid sunt predestinate pentru asistarea şi ghidarea persoanelor adulte cu dizabilităţi lejere de intelect, senzoriale şi motore. Ei duc o viaţă independentă, dar necesită suportul specialiştilor.

Serviciile de ghidare se prestează prin intermediul apelurilor de asistenţă la domiciliu. Cu ocazia unei astfel de vizite pot fi discutate toate aspectele vieţii cotidiene împreună.

Serviciile traiului independent

Serviciile traiului independent prestează serviciile unui asistent permanent prevăzute pentru persoanele cu dizabilităţi fizice severe ce sunt amplasate într-o casă cu echipament adaptat.

Combinaţia dintre casele adaptate şi serviciile prestate este numită trai independent.

Ei dispun de un întreg arsenal de case în număr de 12-15 care sunt amplasate în raza de aproximativ 200 metri.

Ei ţin legătura prin intermediul mijloacelor de comunicare, cu un oficiu de bază stabilit în apropiere.

Serviciile prestate constituie activităţi cum ar fi tualeta, îmbrăcămintea etc. Asistentul social poate fi chemat zi şi noapte prin intermediul sistemului de comunicare.

Serviciile de Asistenţă la Domiciliu

Acest serviciu oferă suport psihologic şi pedagogic familiilor care au copil sau adult cu dizabilităţi.

Familia trebuie interpretată într-un sens larg. Persoana cu dizabilităţi trebuie să trăiască alături de persoane apropiate care ar înlocui îngrijirea părintească.

Când apare o problemă particulară care deranjează modalitatea convieţuirii după acest model, este necesară adresarea la serviciile de asistenţă la domiciliu.

Asistentul social vizitează casa în care persistă problema în propria sa persoană. El poartă răspundere atât de persoana cu dizabilităţi, cât şi de familia acesteia. Este necesară înţelegerea reciprocă între asistentul la domiciliu şi familie sau persoana cu dizabilităţi.

Durata şi frecvenţa vizitelor la domiciliu este stabilită în timpul discuţiei cu familia.

Nu există un program standard, fiecare modalitate de asistenţă este adaptată la situaţia familiei.

Serviciile de Asistare de către o persoană apropiată

Aceste servicii sunt un fel de foster pentru persoanele cu diza-bilităţi. Este o alternativă pentru aşa-numitele Serviciile Traiului Asistat de un Ghid. Dar în acest caz serviciile sunt prestate de un vecin, prieten sau rudă. Este menită pentru persoane adulte cu diza-bilităţi care trăiesc independent şi sunt capabile să-şi organizeze viaţa într-un mod mai independent. Independenţa economică este o condiţie importantă şi necesară. în aşa fel persoana trebuie să fie în stare să-şi plătească cheltuielile de sine stătător.

Apartamentele sociale.

Acestea sporesc gradul de autonomiea persoanelor cu probleme, previn instituţionalizarea lor. Activiştii din ONG-uri le ajută locatarilor unor astfel de apartamente să se descurce în viaţa cotidiană, să se integreze în societate şi să-şi găsească o activitate utilă.

Casele de tip familial.

Spre deosebire de instituţiile rezidenţiale tradiţionale, nu izolează, ci integrează persoanele. De regulă, într-o astfel de casă locuiesc 3-7 copii, inclusiv înrudiţi biologic (fraţi, surori). Părinţii adoptivi sunt ajutaţi de voluntarii din ONG-uri să facă faţă obligaţiilor de îngrijire şi educare a copiilor. Copiii capătă deprinderi de viaţă, învaţă să fie responsabili să-şi respecte obligaţiile, fiind astfel pregătiţi pentru a locui independent după atingerea majoratului.

Centrele curative şi de terapie socială. Sunt destinate cu preponderenţă copiilor cu dizabilităţi severe. Activitatea acestora se bazează pe principiul filosofic al pedagogilor umanişti, conform căruia orice persoană este capabilă de dezvoltare şi are dreptul la şansa de a-şi valorifica potenţialul biopsihologic. Aici terapia alternează cu ocupaţiile dezvoltative, de orientare profesională, de autonomizare a persoanelor.

Centrele de voluntari. Stau la dispoziţia persoanelor aflate în dificultate, răspunzând nevoilor acestora de consiliere, suport în soluţionarea problemelor etc. Voluntarii vin în ajutorul familiilor care îngrijesc de copiii cu dizabilităţi severe sau profunde.

Centrele de reintegrare. Vin în ajutorul absolvenţilor unor instituţii rezidenţiale de tip clasic (internate, şcoli speciale etc.) care nu sunt pregătiţi pentru a se integra în societate,

a se angaja în câmpul muncii pentru a-şi câştiga existenţa. Centrele de reintegrare îi asistă în căpătarea unor deprinderi de viaţă, le acordă ajutorul necesar în soluţionarea problemei locative, în obţinerea unei profesii.

Linia telefonică de criză. Oferă răspunsuri nonstop în regimde urgenţă la cele mai arzătoare probleme ale persoanelor aflate în dificultate. Specialiştii care recepţionează sunetele de alarmă monitorizează modul cum îşi soluţionează persoana problemele, intervenind ori de câte ori este nevoie.

Centrele de zi pentru copii cu dizabilităţi. Sunt un factor important de prevenire a instituţionalizării. Aflându-se pe durata zilei în aceste centre, persoanele învaţă să-şi rezolve problemele, să ceară ajutor, să se adapteze şi să facă faţă provocărilor vieţii. Aici ele sunt antrenate în activităţi recuperative, ocupaţionale, profesionale.

Lista serviciilor pe care ar putea să le acorde persoanelor aflate în dificultate ONG-urile ar putea continua. Este foarte important ca activiştii din aceste organizaţii să posede pregătirea necesară pentru ca serviciile prestate să fie competente, de calitate şi eficiente. în activitatea de asistenţă socială calităţile umane şi cele profesionale trebuie să se completeze reciproc.

Fiecare ONG care activează în domeniul asistenţei sociale trebuie să posede o strategie de intervenţie elaborată în baza documentării stricte, evaluării situaţiei la faţa locului, planificării individuale a activităţii. în general, intervenţia se face în etape succesive:

- evaluarea problemei (înscrierea beneficiarilor);

- elaborarea planului de acţiune;
- coordonarea şi susţinerea/realizarea planului;
- evaluarea rezultatelor.

Strategia de intervenţie vizează nu doar persoana aflată în dificultate, dar şi familia acesteia.

Asistentul social vine în instituţiile speciale cu un scop bine determinat, şi anume cel de agent al schimbării, în situaţia când reformarea sistemului rezidenţial este dictată atât de ralierea Republicii Moldova la standardele europene, cât şi de necesităţile reale ale societăţii.

În cadrul instituţiei speciale, asistentul social este iniţiatorul procesului de dezinstituţionalizare a copiilor şi adulţilor prin pregătirea condiţiilor de reintegrare a acestora fie în familiile biologice, fie în cele adoptive sau în centre familiale recuperative. Această pregătire este necesară pentru ca schimbarea să fie cât mai puţin traumatizantă, iar perioada imediat următoare să ofere posibilitatea adaptării cât mai rapide la noua situaţie a ambelor părţi implicate în procesul reintegrării.

În afară de această sarcină, *asistentul social are obligaţia de a schimba mentalitatea, de a depăşi rezistenţa la schimbare, atitudinea neglijentă faţă de nevoile copilului care mai persistă în societate şi instituţii.* În acest context, asistentul social este „educatorul educatorilor". Actualmente, când politica socială a statului este orientată spre dezinstituţionalizarea treptată a copiilor din instituţiile rezidenţiale, asistentul social este cel care explică personalului care activează aici consecinţele reformei, şi anume că aceasta nu presupune disponibilizarea, ci doar reconversia instituţiilor actuale, fapt care va valoriza şi mai mult potenţialul profesional şi uman al pedagogilor. Asistentul social va avea grijă să-i informeze privitor la alte modele de plasament al copiilor aflaţi în dificultate care, urmând logica reformei, trebuie să înlocuiască internatele şi casele de copii de tip familial.

Şcolile speciale vor beneficia de asistenţă socială pe cele trei dimensiuni valabile în cazul copiilor cu dizabilităţi - psiho-socio-umanitară. *Asistentul social intervine în relaţia familie - şcoală, încercând să o armonizeze, să-i sporească eficienţa, astfel încât, în ultimă instanţă, să aibă de câştigat copilul.*

În raport cu persoanele/copiii cu dizabilităţi, *asistentul social are sarcini şi obligaţii clare, cum ar fi depistarea şi orientarea copiilor cu probleme spre şcoală, desfăşurarea anchetei sociale privitor la familiile copiilor, acordarea sprijinului pe durata şcolarizării, consilierea părinţilor şi a pedagogilor vizavi de copilul concret, suportul acordat familiei aflată în imposibilitatea de a-şi organiza viaţa, de a-şi soluţiona problemele, scopul asistentului fiind prevenirea instituţionalizării.*

În şcolile speciale *asistentul social completează activitatea de recuperare prestată de către psihologi, pedagogi şi medici cu activitatea socioumanitară, care are drept scop reabilitarea şi integrarea copilului în societate.* Dacă au alături un asistent social competent, mulţi copii cu dizabilităţi reuşesc să-şi găsească locul atât în învăţământul general/de masă, mediu şi superior, cât şi în colectivele profesionale şi în comunitate. De fapt, *familia şi asistenţa socială sunt factorii principali în integrarea copiilor cu dizabilităţi,* de pe urma acesteia având de câştigat şi copiii înşişi, şi familiile lor, şi societatea în ansamblu.

Tema 9. ASISTENȚA SOCIALĂ A FAMILIILOR CU COPII CU DIZABILITĂȚI

.

1. Politica dizabilității și calitatea vieții familiilor cu copii
2. Influența factorilor obiectivi asupra calității funcționării familiei
3. Cuplul marital şi copilul cu deficienţe
4. Relaţia părinte-copil
5. Consilierea mamelor care au în îngrijire copii cu disabilități
6. Nevoile copiilor cu dizabilități
7. Colaborarea mamei cu specialiștii în domeniul educației speciale
8. Educația în familie a copilului cu dizabilități
9. Prestaţii în favoarea persoanelor cu dizabilități
10. Cum poate copilul învăţa activităţi noi

Referințe:

1. Chicu V.,Cojocaru V.Educaţie incluzivă. Repere metodologice.-Ch., 2006. 124 p.
2. Ilut, P. Sociopsihologia si antropologia familiei, Editura Polirom, Iasi, 2005). 168 p.
3. Gerguţ A. Psihopedagogia persoanelor cu cerinţe educative speciale. Strategii diferenţiate și incluziune în educaţie. Polirom, Iași, 2006. 246 p.
4. Creţu V. Incluziunea social şi şcolară a persoanei cu handicap – Strategii şi metode de cercetare. Bucureşti: Ed. Printech, 2006. 232 p.
5. Lapoşin E.,Некоторые аспекты социальной работы с семьями, воспитывающими детей с проблемами в развитии. Articol în Culegerea „Probleme ale ştiinţelor socioumane şi modernizării învăţământului”, UPS „Ion Creangă”, Chişinău, 2008.
6. Lapoșina E. Adaptarea socială a cuplului marital la rolul de părinte al copilului cu disabilităţi. Asistenţa psihologică şi socială ca factor al dezvoltării societăţii. Conferinţa ştiinţifică internaţională jubiliară UPS I.Creangă din Chișinău. Vol. II, Chișinău, 2010.
7. Şerban Elenea-Petropela. Asistenţa socială a mamelor adolescente.- Iași. LUMEN, 2005
8. Лапошина Э.В. Коррекционная помощь семьям, воспитывающим детей с психо-моторными отклонениями Кишинев, 2011, UPS I.Creangă.
9. Лапошина Э.В. Влияние детско-родительского общения на личностное развитие особого ребенка. 6 pag. Международная научно-практическая Конференция "Limba, etnie, comunicare". Комрат, 9 декабря 2011.- Http:conferinta.rom@yandex.ru
10. (www.farmouswhy.ro/search/mamele+singure.htm)
11. www.elady.ro/articole/Familie/Greutatea_de-a-fi-o-mamă-singură.htm')

Lucrurile bune în viaţă le primesc cei ce ştiu să aştepte.
Lucrurile cele mai bune le primesc cei ce ştiu să încerce

1. Politica dizabilității și calitatea vieții familiilor cu copii

Politicile și strategiile naționale adresate persoanelor cu dizabilități au la baza o serie de principii care vizează protecția, integrarea și incluziunea socială a acestora în vederea eliminării barierelor care ar putea exista între acestea și ceilalți membri ai comunității. Astfel, la nivelul țării noastre, au fost propuse o serie de măsuri de natura socială, psihologică și psihopedagogică care vizează intervenția timpurie, facilitarea accesului la servicii educaționale, medicale și sociale, integrarea profesională și socială a persoanelor cu dizabilități. Toate aceste măsuri iau în calcul și implicarea membrilor familiei persoanelor cu dizabilități în acest proces, familia jucând un rol extrem de important în viața acestor persoane. Dar totuși, în afara familiei, măsurile de asistență socială dețin un rol primordial în menținerea stabilității la nivel individual și societal.

Obiectivul principal al intervențiilor în domeniu il constituie protejarea persoanelor care, datorită unor motive de natură economică, fizică, psihică sau socială, nu au posibilitatea să își

asigure nevoile sociale, să își dezvolte propriile capacități și competențe pentru participarea activă la viața socială. În acest context, asistența socială ca și parte componentă a sistemului de protecție sociala este vazută ca reprezentând serviciile sociale și prestațiile sociale acordate în vederea dezvoltării capacităților individuale sau colective pentru asigurarea nevoilor sociale, creșterea calității vieții și promovarea principiilor de coeziune și incluziune socială.

Calitatea vieții este des vehiculată când în centrul discuțiilor se află persoanele cu dizabilități considerate una din categoriile sociale cu risc ridicat de excluziune socială multiplă, consecintele rasfrângându-se atât la nivel individual, cât și familial, comunitar și societal.

Este nevoie de conceptualizat impactul dizabilității asupra copilului și a membrilor familiei acestuia, cu accent pe implicațiile dizabilității la nivel individual și cel de grup familial, realizând conexiuni cu rezultatele cercetărilor din domeniu. Cei mai mulți dintre cercetătorii care au fost preocupați de această problematică au surprins faptul că, atunci când vorbim despre copiii cu dizabilități nu putem să nu raportăm problemele cu care se confruntă la membrii familiilor acestora. Suferința cronică generată de dizabilitatea copilului are implicații asupra funcționării familiei în general. Ca și sistem, familia poate experimenta perioade intense de stres, poate invăța din aceaste experiente si poate deveni mai puternică. În acest context, suportul social, modul în care indivizii de raportează la propria persoană, la cei din jur și modul în care interactionează în anumite situații constituie factori care pot media reacția părinților la stresul generat de problemele copilului, factori care pot conduce la creșterea autoeficacității familiei, la adoptarea unor strategii de coping eficiente, care toate conduc la cresterea gradului de adaptabilitate și functionare a familiei.

Problema dizabilității și a implicațiilor acesteia la nivel individual și de grup are un puternic caracter social. Astfel, în abordarea problematicii dizabilității este necesar să facem referire la principalele teorii sociologice care ne pot ghida în studiul acesteia. Dintre teoriile sociologice care au fost prezentate în cadrul studiului acestei probleme, menționăm teoria structural-functionalista, teoria sistemica, teoria interactionismului simbolic, teoria etichetării, cea a comparării sociale și teoria rețelelor (Manea Livius, 2000, Roth M., Rebeleanu A. 2007 etc.). Aceaste teorii explică relațiile dintre variabilele care fac referire la relațiile întra și extrafamiliale, la dinamica familiei, la auto-percepția familiei etc.

2. Influența factorilor obiectivi asupra calității funcționării familiei

La nivelul familiilor copiilor cu dizabilități identificăm o serie de dimensiuni și indicatori care influentează funcționarea familiei. Dintre acestia, cei care au făcut referire la implicațiile dizabilității asupra sanătății membrilor familiei, venit, suport social, etc., pot influența calitatea vieții membrilor familiei, totodată, constituind indicatori ai modului în care familiile reușesc sa facă față dificultăților și adversitaților pe care le intâmpină, respectiv știu să folosească resursele sociale existente. Conceptul care unifică aceste caracteristici este cel de calitate a vieții.

Evaluarea calității vieții diferitelor subgrupuri sociale, aici putând fi incluse persoanele cu dizabilități, se află în centrul preocupărilor multidisciplinare (social, medical etc.). Vorbim aici de aspectele obiective și totodată de cele subiective de apreciere a calitășii vieții. Conceptul de calitate a vieții integrează toate caracteristicile viττii, având la bază doua variabile care pot fi utilizate ca indicatori: variabilele sociale, obiective reprezentate prin condițiile de mediu care satisfac nevoile de bază ale indivizilor și variabilele psihologice, subiective, reprezentate prin satisfacție și fericire.

În încercarea de a vedea influența factorilor asupra calității functionării familiei și asupra bunastării subiective, tipul familiei, cu cele trei variabile: familie monoparentală, familie care are copii cu dizabilități și gradul de handicap al copilului constituie de asemenea predictori ai functionării familiei. Satisfacția cu diferite aspecte ale vieții reprezintă o altă dimensiune a

funcționării familiei. Printre factorii semnificativi întâlnim: satisfacția cu veniturile, starea de sănătate a familiei, echilibrul dintre munca și viața și condițiile de locuit. Data fiind natura problematicii analizate, disponibilitatea serviciilor medicale în zona de locuit și calitatea acestora, regăsindu-se printre predictorii funcționarii familiei. Pe lânga predictorii menționați, studiile la care s-a făcut referire anterior evidențiaza importanța suportului social în bună funcționarea a unei familii. Putem observa că sprijinul din partea rudelor, prietenilor, autorităților în activitățile legate de copil și sentimentul de a fi respectat în comunitate reprezintă variavile dependente ale funcționării familiei și a părintelui care se ocupa în mod direct de creșterea și îngrijirea copilului (din experiența practică, îngrijitorul este în cele mai multe cazuri mama).

Bunăstarea subiectivă a membrilor familiei

Există o legătura strânsa între funcționarea familiei și bunăstarea subiectivă a membrilor familiei. Astfel, funcționarea familiei determină o bunăstare subiectivă a membrilor acesteia mai ridicată, implicit, aceasta din urma poate avea o influență pozitivă asupra precedentei. În urma analizei putem afirma că funcționarea familiei determină bunăstarea subiectivă a membrilor, însă nu putem afirma reciprocă (gradul de influență al bunastării subiective a membrilor asupra funcționării familiei.

Asa cum am precizat anterior, pornind de la studiile din literatura de specialitate, care ne evidențiază că factori care contribuie la bună funcționare a familiilor copiilor cu dizabilități: caracteristicile părinților; gradul de dizabilitate/severitate a bolii; calitatea relației dintre părinte și copil; factorii sociali; factorii economici și contextul cultural s-a încercat determinarea unui model care redă factorii predictori (cauze) pentru funcționarea familiei. Concluzia generală a studiului a fost aceea ca există o serie de factori care contribuie la funcționarea familiei care are un copil cu dizabilități și implicit la bunăstarea membrilor acesteia. Dintre aceștia amintim: caracteristici socio-demografice (sex, vârsta, nivel de educație, venituri, mediu de rezidență), tipul familiei, satisfacția cu anumite domenii ale vieții, accesul la anumite tipuri de servicii și suportul social. Acești factori constituie predictori pentru bună funcționare a familiei.

Prin concluziile ne alaturăm celor care sustin că doua categorii de factori intervin în conturarea calității vieții: cele endogene și cele exogene. Forțele endogene includ răspunsurile mentale, emoționale și fiziologice ale individului la condițiile de viață, acțiunile întreprinse de către fiecare individ. Forțele exogene includ structurile sociale, culturale și sociale, influențele psihologice ale mediului social care ghidează individul, grupul și comunitatea. Funcționarea familiei nu poate fi desprinsă de contextul societal. Oricât de puternică ar fi, oricâta coeziune ar fi între membrii ei, familia are nevoie și de sprijin din partea celorlalți membri ai societății. În plus, percepția socială a dizabilității nefiind de cele mai multe ori favorabilă, incluziunea socială se lovește inevitabil de bariere societale și culturale. Dupa cum putem observa aici intervine rolul societății, al valorilor pe care aceasta le promovează, ceea ce constituie de asemenea factori care contribuie la integrarea acestei categorii de populație în comunitate.

Sintetizând datele obținute în urma analizelor calitative și analizei cantitative, cele mai importante probleme/nevoi întâlnite la nivelul familiilor care au un copil cu dizabilități au fost: dificultăți în accesarea serviciilor medicale de specialitate, probleme privind integrarea copiilor într-o structură educațională, insuficienta resurselor financiare, dificultăți ale copiilor și familiilor din mediul rural în accesarea serviciilor (terapii specifice, servicii medicale de recuperare etc.), faptul că nu dețin informații privind serviciile de care pot beneficia, că întâmpină dificultăți în întelegerea informațiilor comunicate de către specialiști, îngrijorarea părinților privind viitorul copiilor, având în vedere faptul că nu există servicii precum: ateliere protejate, centre de terapie ocupațională, centre rezidențiale, centre de tip respiro etc.

3. Cuplul marital şi copilul cu deficienţe

Nici un părinte nu şi-a dorit vreodată să aibă un copil cu deficienţe, de aceea în momentul confirmării sarcinii, părinţii încep să viseze, să planifice deja viaţa viitorului copil, profesiunea pe care o va alege, activităţile sportive sau artistice la care va participa etc. Toate aceste remarce reprezintă un ansamblu de valori ale părinţilor, care speră pentru copiii lor tot ceea ce este bun.

În ultimele săptămâni de sarcină, familiile tinere sunt îngrijorate întrebându-se oare cât de sănătos se va naşte copilul lor. Şi, în cazul când copilul se naşte cu vreo patologie sau cu anumite deficienţe, durerea părinţilor este de nedescris. La început, sentimentele precum condamnarea, ruşinea, deznădejdea şi mila faţă de ei înşişi îi copleşesc într-atât încât apare dorinţa de a scăpa prin orice mijloace de această suferinţă irezistibilă.

Dacă părinţii nu pot trece peste această stare, sunt şanse ca ei să abandoneze copilul sau să-l ignore conştient ca un copil bolnav, sau să-şi autosugestioneze că nu este copilul lor. Poate să apară o întristare acutizată, un sentiment profund de goliciune interioară şi singurătate, sentimentul că ceva a fost pierdut o dată pentru totdeauna, şi anume - un copil sănătos. Starea de şoc trece treptat într-o depresie care poate dura ani de zile. În timp ce părinţii sunt absorbiţi de aceste trăriri şi sentimente şi, încet-încet, încep să se obişnuiască cu ideea că nu au un copil sănătos, pe care l-au aşteptat atît de mult, copilul pe care îl au este copilul lor, este un copil cu nevoi speciale care se află alături de ei şi cere atenţie constantă**.**

Felul în care părinţii se vor adapta la această situaţie extrem de de dificilă este un moment important nu doar pentru viitorul acestui copil cu nevoi speciale, ci şi pentru întreaga familie. Nu este de mirare că unor părinţi le apar sentimente controversate faţă de copii lor: uneori îsi manifestă o dragoste necondiţionată, ca faţă de un copil sănătos, alteori - iarăşi privesc lucririle prin prisma amărăciunii şi necazurilor legate de patologia copilului. Se întîmplă acest lucru pentru ca părinţii îşi iubesc copilul, indiferent de ceea ce se întâmplă, şi totuşi, în acelaşi timp nu au puterea săî accepte că deficienţa copilului este realitate şi aceasta le aduce multă suferinţă.

Părinţii încearcă să rezolve situaţia prin vizite necontenite de la un medic la altul, de la un spital la altul. Fiind în căutarea acelui specialist care le-ar oferi o vindecare miraculoasă a copilului lor, merg la extrasensori, la vraci sau merg la mănăstire şi încearcă tot felul de metode netradiţionale de vindecare.

Practic, copilul are menirea de a repara sau de a satisface lipsurile şi imperfecţiunile părinţilor lor. Pe acest teren de vise şi speranţe, apare vestea naşterii unui copil cu deficienţă. Pentru unii părinţi, visul de a avea un copil perfect se transformă în coşmar, odată cu descoperirea deficienţei. Specialiştii consideră că vestea naşterii unui copil cu probleme trebuie comunicată părinţilor cât mai repede, chiar din sala de naştere, dacă este posibil.

Părinţii vor avea o reacţie dublă, de respingere-protecţie. Prima reacţie este de respingere mai ales din partea tatălui, care afirmă: „nu trebuia să lăsaţi un astfel de copil să trăiască" sau „luaţi asta de aici" (ca şi cum ar fi un obiect). Reacţia de respingere apare deoarece acest copil „refuză să joace jocul" adică nu este aşa cum a fost visat. Reacţia de respingere se manifestă prin refuzul de a vedea copilul, printr-o dorinţă precoce sau tardivă de a-1 abandona.

Din fericire, pe măsura trecerii timpului, intervine necesitatea de protecţie a acestui copil, instinctul de protecţie. Acest instinct este şi mai puternic în faţa unui copil cu deficienţă fizică. Părinţii se simt învestiţi cu o misiune, percepută ca venind de la o autoritate supremă. Această reacţie dublă, de respingere-protecţie, este foarte intensă în cazul naşterii unui copil cu un defect genetic sau cu o malformaţie congenitală.

În alte cazuri, la copilul iniţial sănătos apare o naştere prematură, o asfixie, o hemoragie cerebrală sau o infecţie gravă. Dublul reflex de respingere-protecţie nu va interveni decât în faza de protecţie, deoarece copilul a fost iniţial normal, „a jucat jocul".

Psihiatrul american Elisabeth Kubler-Ross[49] a descris reacţiile unei persoane în faţa unui prognostic grav. Aceste reacţii sunt cunoscute sub numele de „cele 5 stadii ale agoniei". Mettey a studiat aceste 5 stadii şi a ajuns la concluzia că reacţiile părinţilor la anunţul deficienţei copilului corespund acestor stadii [30]. El propune înglobarea tuturor acestor reacţii sub numele de „reacţii

[49] https://www.astrocafe.ro/articole/cele-5-etape-ale-pierderii-si-suferintei

faţă de anunţul inevitabil". Elisabeth Kubler-Ross a fost de acord cu extinderea acestui model şi asupra situaţiilor de doliu, accidentelor, pierderii averii. Ea a denumit aceste reacţii „reacţii în faţa unei nenorociri".

Cele 5 reacţii descrise sunt: starea de şoc, furia, a treia reacţie este cea de tranzacţie, urmată de faza a patra, de depresie, şi ultima, de acceptare.

- La vestea deficienţei genetice sau malformaţiei congenitale a copilului, părinţii reacţionează iniţial printr-o **stare de şoc**, **neâncredere** şi uneori chiar negare. Ei nu vor să audă ceea ce li se spune, considerând că totul este în regulă cu copilulu lor. Părinţii sunt şocaţi, disperaţi şi se întreabă «de ce tocmai copilul meu? ». Refuzul deficienţei este o etapă naturală şi cvasiobligatorie a dramei trăite de părinţi.
- Urmează faza a doua, **de furie**, manifestată prin dorinţa obţinerii unei alte păreri (apelarea la un alt medic). Părinţii reacţionează prin sentimentul de vină şi autoacuzare. Vina apare din necesitatea de a înţelege cauzele acestei situaţii. Frecvent mama se consideră vinovată – a consumat băuturi alcoolice, a fumat, nu s-a alimentat corespunzător, a făcut sex, exerciţii fizice în timpul sarcinii. Vina poate fi asociată cu unele convingeri religioase, părinţii considerând că au fost pedepsiţi de Dumnezeu. Capacitatea de a-şi controla resentimentele şi autoacuzările reprezintă un factor esenţial în determinarea acceptării de către părinţi, a copilului cu deficienţe.
- A treia fază de evoluţie este **stadiul de tranzacţie**, în care părintele acceptă diagnosticul, dar continuă să spre că copilul va fi normal. După unii autori, această negociere reprezintă tot un refuz al deficienţei. Părinţii negociază cu doctorul, refuză să creadă rezultatele testelor, atribuie simptomele bolii unor probleme minore, amână tratamentele, refuză să vorbească despre situaţia copilului.
- In faza a patra, **resemnarea şi depresia** apar încetul cu încetul. Părinţii sunt incapabili să facă faţă situaţiei copilului, astfel că ei se retrag fie fizic, fie emoţional. Frecvent, devin incapabili de a mai reacţiona în modul lor obişnuit, astfel că încep să evite contactele interpersonale. Cercul familial se restrânge prin respingerea bunicilor, mai ales atunci când în stadiul de furie au apărut reproşuri. Reacţia de izolare individuală, familială şi socială este foarte răspândită, deoarece este legată de sentimentul de vină al părinţilor şi datorită dorinţei de protejare a copilului de agresiunile masive, dar tăcute pe care le trăiesc. Izolarea apare la toate nivelurile : soţul faţă de soţie, în cadrul grupului, a părinţilor faţă de copiii sănătoşi, a familiei faţă de comunitate.
- Pentru multe familii ultimul stadiu este caracterizat prin **acceptare** şi reintegrare în viaţa de familie. Unele familii suferă adevărate transformări cu ocazia acestei acceptări - reconcilieri cuplul se cimentează dând naştere unui alt copil sau apare o orientare către acţiuni umanitare în cadrul unei asociaţii sau o reorientare către religie. Etapa de acceptare înseamnă de asemenea reinserţia socială a familiei în activităţi ce implică relaţii în afara familiei, relaţie în care copilul cu deficienţă va fi acceptat ca un membru al grupului.

Nu se poate nega faptul că prezenţa unui copil cu deficienţă în nucleul familial duce la modificări de echilibru în acea familie, care este obligată să înfrunte probleme noi şi neobişnuite şi constrânsă la o redefinire a stilului de viaţă pentru toţi componenţii. Dar deseori această redefinire, care fiind neutră în sine s-ar putea traduce într-o bogăţie, ce desfăşoară într-o situaţie de solitudine şi se hrăneşte cu incertitudini în reorganizarea dinamicilor şi rolurilor. Desigur, nu trebuie să uităm, că în comparaţie cu trecutul, în care pentru subiecţi cu deficienţe fizice norma consta în izolare şi instituţionalizare, spre bucurie prezentul nu pune în discuţie dreptul persoanei cu deficienţă de a fi parte reală a vieţii de familie şi a vieţii sociale, de a poseda toate opportunităţile oricărui alt cetăţean.

Procesul de integrare nu se manifestă spontan şi automat, el cere o implicare activă şi permanentă. Dreptul copilului cu disabilităţi de a «fi parte» cu titlu deplin a lumii sociale, şcolare, lucrătoare a tras pe aceeaşi undă şi familia, care este este recunoscută drept familie cu probleme diverse, şi nu drept familie diversă. Familia se evidenţiază ca punct crucial a parcursurilor de integrare a copilului cu deficienţă.

O intervenţie care plasează în centru familia este esenţială nu numai în domeniul medical (de exemplu, cât priveşte aspectele de reabilitare), dar şi pentru acei care oprează în domeniul social sau educativ. Este inevitabil un parcurs care merge de la «a face pentru» spre «a face cu».

Alt element de amărăciune este nesiguranţă pentru viitoril propriului copil, şi nu doar pentru viitor la momentul bătrâneţii şi morţii proprii (cine se va ocupa de el, cine îl va înţelege când nu voi mai fi eu?), dar şi pentru viitorul apropiat («va fi aşteptat la şcoală?, va avea un profesor pregătit? va obţine orele de susţinere necesare pentru a desfăşura un program special?»), sau chiar pentru ziua de mâine («va fi totul bine sau mă vor chema din nou la şcoală rugându-mă să-l iau acasă?»).

În fond se ajunge la o adevărată conştientizare a gravităţii deficienţei, nu există părinte care n-ar spera să supravieţuiască propriului copil pentru a nu fi constrâns să-l părăsească unui viitor de marginalizare, cu o sarcună ulterioară de simţuri de vinovăţie şi neputinţă.

Copiii cu deficienţe au nevoie de grija şi afecţiunea părinţilor, de aceea ei trebuie să rămână în familie. Familia este mediul normal în care personalitatea unui copil se dezvoltă armonios sub toate aspectele.

4. Relaţia părinte-copil

Meseria de părinte este cea mai importantă din câte avem în viaţă, şi totuşi foarte puţini din părinţi sunt instruiţi pentru ea. Avem impresia că ştim din naştere cum se cresc şi se educă copiii, cum să ne descurcăm cu ei când nu sunt cooperanţi, cum să împăcăm nevoile lor cu ale noastre, cum să-I ajutăm să crească fericiţi şi împliniţi. Toate aceste întrebări au un răspuns şi rezultate bune, dacă această meserie, cea de părinte, este executată atât de mamă, cât şi de tată.

De obicei, atunci când se vorbeşte despre dezvoltarea copilului, se evidenţiază doar importanţa acesteia şi doar foarte puţini înţeleg cât de importantă este şi dezvoltarea părinţilor. Este evident că, cu timpul, relaţiile între părinţi şi copii se modifică (mai ales în cazul copiilor cu deficienţe). Cu alte cuvine, modelul relaţiilor dintre părinte şi bebeluşul de două luni diferă de cel al părinţilor cu copii de şase luni si mai ales de cel al părinţilor cu copii de cinci şi mai multi ani.

Evitaţi să spuneţi: «Este doar un bebeluş» sau «Copilul nu poate înţelege». Este posibil ca aceste fraze să fie spuse din intenţia de a ascunde problemele coipilului. Aceasta ar putea, însă, cauza apariţia în curând a dorinţei de a-l ţine pe copil infantil, adică de a-l considera şi trata pe copil ca pe un bebeluş pentru a confirma invaliditatea lui. Un astfel de comportament doar măreşte vulnerabilitatea şi neajutorarea copilului, încetinind în dezvoltare chiar şi funcţiile care se pot îmbunătăţi când este depus efortul necesar. În decursul formării deprinderilor de autonomie personală, dificultăţile generate de deficienţa lui devin tot mai vizibile. El are nevoie de putere pentru intrarea treptată în viaţa societăţii. Pe de altă parte, dacă părinții insistă că «copilul nu poate», pentru a ascunde deficienţa acestuia, înseamnă că ei vor lipsi propriul copil de posibilitatea de a dobândi o anumită autonomie.

Pentru a ajuta procesul de dezvoltare a copilului, este necesar ca părinții să-și schimbe atitudinea faţă de copil, cu dragoste să accepte toate tendinţele lui de a vorbi, de a observa şi studia mediul ambiant. Lună după lună, an după an, copilul, cu ajutorul părinţilor, trebuie să înveţe să facă ceea ce nu este capabil să facă. În aceasta şi nu în dezvoltarea dependenţei constante a copilului faţă de părinţi, constă dragostea adevărată a părinţilor.

Cel mai frecvent, părinţii reacţionează printr-o încercare de reparare. Expresia cea mai corectă este «poziţia de reparare», deoarece nu este posibilă o reparare efectivă (dispariţia deficienţei). Părinţii îngrijesc copilul, nu doar pentru că se simt vinovaţi, ci pentru că simt nevoia să-i ofere îngrijire, protecţie şi ajutor.

În relaţia cu acest copil, ei dau dovadă de o profundă generozitate, inteligenţă şi răbdare. O altă reacţie frecvebt întâlnită printre părinţi este cea de supraprotecţie. Părinţii sunt speriaţi în faţa dificultăţilor cu care se confruntă copilul, astfel că se simt obligaţi să preia controlul total al existenţei copilului lor. Copilul devine un obiect de porţelan, care este permanent expus pericolelor. În acest context, copilul îşi pierde spaţiul de libertate indispensabil dezvoltării

autonomiei. O altă metodă de apărare faţă de sentimentul de vinovăţie constă în a da vina pe persoanele din anturaj. Astfel, părintele atribuie o parte din vină partenerului de viaţă, unei rude apropiate sau societăţii în ansamblu. El nu va fi vinovat, ci întotdeauna alţii, în unele cazuri chiar copilul.

O altă «soluţie» folosită de părinţi pentru a se autoproteja este refuzul acceptării deficienţei. În această situaţie, copilul nu va putea fi îngrijit corespunzător, nici urmărit pe plan medica sau educaţional [29]. Şi ultima «soluţie» în faţa sentimentului de vină este reprezentată de nevoia de pedeapsă. Aceşti părinţi au impresia că au de plătit un tribut, că au o imensă datorie, că plătesc pentru o greşeală personală. Uneori ei consideră problemele copilului ca un sacrificiu cerut de Dumnezeu pentru a-şi dovedi credinţa.

În perioada copilăriei, părinţii se pot manifesta ca autoritari, permisivi sau influenţi.

Părinţii autoritari sau dictatoriali încearcă să-şi controleze copiluil prin stabilirea unor reguli care nu se discută. Cuvântul părintelui este lege, iar neascultare este aspru pedepsită.

Părinţii permisivi sau nepăsătorisunt cei care au puţine pretenţii de la copilul lor. Ei se consideră nişte resurse pentru copii, şi nu un model. Dacă există anumite reguli, acestea vor fi explicate încurajându-se opţiunile copilului, iar deciziile se iau doar după consultări.

Părinţii influenţi sau democratic iîncearcă să îmbine autoritatea cu înţelegerea. Ei sunt atenţi la solicitările copilului, controlul exercitat de părinţi este moderat, cu asigurarea înţelegerii şi încurajării copilului. Controlul este centrat pe consecinţe, şi pe şantaj sau pedeapsă.

Faţă de adolescenţi, se pot evidenţia şapte categorii de recţii ale părinţilor : autocratic, autoritar, democratic, egalitar, permisiv, nepăsător şi ignorar.

Autocratic – tânărul nu are dreptul să-şi exprime opiniile în legătură cu problemele propriei vieţi.

Autoritar – tânărul îşi poate exprima opiniile, dar decizia finală aparţine părintelui, în funcţie de propriile păreri.

Democratic – adolescentul contribuie la discutarea variantelor şi poate lua unele dedizii proprii, dar decizia finală este frecvent formulată de părinţi şi supusă aprobării tânărului.

Egalitar – părinţii şi tinerii joacă roluri similare, participând egal la luarea unei decizii.

Permisiv – adolescentul îşi asumă un rol activ în formularea unei decizii, luând totuşi în considerare opţiunile părinţilor.

Nepăsător – părinţii îşi lasă copiii să decidă pe cont propriu, uneori chiar ignorându-le părerile.

Ignorare – părinţii nu au nici un rol, nici o preocupare în direcţia comportamentului tânărului.

Copilul diferit se adaptează greu la relaţiile interpersonale; de aceea părinţii trebuie să joace rolul de mediator între copil şi persoanele străine. Uneori părinţii pot dramatiza excesiv reacţiile inadecvate venite din partea unei persoane străine, identificând o falsă rea-intenţie într-un gest oricât de neutru. În alte situaţii, ei neagă tot ceea ce copilul observă în jurul său legat de propria deficienţă, insistă pe răutate şi ipocrizia persoanelor din anturaj, cultivând la copil convingerea că lumea în care trăieşte este rea.

Pe de altă parte, unii părinţi refuză să ţină cont de dificultăţile sociale determinate de deficienţe. În acest fel, ei îi împiedică pe copii să înţeleagă şi să accepte toate aspectele legate de propria deficienţă.

Datorită acestui rol suplimentar de mediator, reacţiile părinţilor în faţa unui copil cu deficienţă fizică capătă o importanţă majoră. Părinţii reacţionează prin supraprotecţie , acceptare, negare sau respingre. Aceste reacţii au determinat gruparea părinţilor în următoarele categorii :

1. Părinţi echilibraţi;
2. Părinţi indiferenţi;
3. Părinţi exageraţi;
4. Părinţi autoritari (rigizi);
5. Părinţi inconsecvenţi.

1. **Părinţi echilibraţi**. Caracteristica acestei familii constă în realismul cu care ei privesc

situaţia. Ei ajung rapid în stadiul de acceptare, se maturizează şi pornesc la acţiune.

După ce cunosc situaţia reală a copilului, ei îşi organizează viaţa în aşa fel încât să acorde atenţie copilului cu nevoi speciale. Părinţii ştiu: «ce este necesar», «când şi cum trebuie oferit», «ce, cum şi cât de mul» se poate cere copilului cu nevoi speciale. Aceste reguli constituie un adevărat ghid al comportamentului faţă de copil. În funcţie de diagnostic şi prognostic, părinţii vor găsi resursele necesare pentru a acţiona singuri sau cu ajutorul celorlalţi membria ai familiei pentru a-l ajuta «pe cel mic». Părinţii unui copil cu deficienţe îndeplinesc teoretic aceeaşi funcţie ca şi părinţii unui copil sănătos. Ei trebuie să rămână în primul rând părinţi. Această atitudine aparţine părinţilor echilibraţi care privesc toate problemele cu calm. Aceşti părinţi joacă un rol important în medierea relaţiei dintre copil şi mediul exterior. Ei menţin un climat de toleranţă şi de egalitate în sânul familiei ţi în societate. Un copil cu deficienţă fizică, chiar dacă este susţinut, are probleme legate de comportamentul natural în faţa unei persoane străine. În acest caz, părinţii joacă un rol important de mediator între două persoane. Această intervenţie va permite depăşirea jenei şi tensiunilor ce pot apărea în cadrul relaţiilor interpersonale.

În cadrul unei familii echilibrate copilul cu deficienţă fizică are drepturi şi obligaţiuni egale. El are relaţii de reciprocitate şi de egalitate cu fraţii şi surorile sale, să se simtă «ca toată lumea». Dacă se simte egal în familie, el va ajunge să se simtă egal şi în societate. Practic, familia joacă rolul unui laborator în care copilului cu deficienţă fizică i se oferă oportunitatea de a-şi găsi locul şi de a se obişnui cu situaţia în care se află. Copiii cu deficienţă fizică trebuie să se regăsească pe acealşi plan afectiv cu fraţii şi surorile sale. Chiar dacă copilul cu deficienţă are nevoie de mai multă atenţie şi îngrijire, părintele nu trebuie să îndrepte toată dragostea doar asupra acestuia, ci s-o exprime în mod egal şi faţă de ceilalţi copii ai săi.

O persoană cu deficienţă are nevoie de a fi recunoscută pentru ceea ce este şi aşa cum este. Atmosfera familială va fi caldă doar atunci când fiecare membru îşi ocupă locul care îi aparţine. Părinţii echilibraţi sunt calmi, deschişi şi îşi manifestă frecvent dragostea. Căldura implică deschidere către cei din jur, plăcere, atenţie, tandreţe, ataşament. Aceşti părinţi zâmbesc des, îşi încurajează copiii fără a folosi critici permanente, pedepse, ameninţări. Copiii acestor părinţi vor fi atenţi, prietenoşi, cooperanţi şi stabili emoţional.

2. Părinţi indiferenţi – aceşti părinţi reacţionează printr-o hiperprotecţie, prin nepăsare, lipsă de interes. La o astfel de situaţie se poate ajunge prin :

a. lipsă de afecţiune;
b. suprasolicitarea copilului;
c. respingere

a) Lipsa de afecţiune – părinţii demonstrează copiilor o lipsă de interes, de afecţiune, de îngrijire. Frecvent, aceşti părinţi sunt reci, ostili, îşi ceartă copilul pentru nimic, îl pedepsesc sau îl ignoră. În aceste familli au loc certuri frecvente. Iar copilul este antrenat în disputele dintre părinţi.

O altă categorie de părinţi lipsiţi de afecţiune sunt cei care nu pot accepta sacrificarea vieţii mondene sau sacrificarea vieţii profesionale. În acest caz, pentru copilul cu deficienţă fizică, situaţia este foarte dificilă. El se confruntă cu numeroase probleme pe care nu le poate depăşi sau compensa. Dacă copilul nu este ajutat să le depăşească, se ajunge la situaţii de eşec. Sentimentul de inferioritate care apare datorită eşecurilor ajunge să fie trăit intens, devenind traumatizant.

b) Suprasolicitarea copilului – apare atunci când părinţii nu ţin seama de posibilităţile reale ale acestuia. Părinţii unui copil cu deficienţă fizică au o reacţie de negare a problemelor. Ei consideră copilul «ca toată lume » şi cer rezultate asemănătoare celor ale fraţilor şi surorilor sănătoase. În acest caz, apare o suprasolicitare care se soldează cu eşecuri demoralizatoare. În

situaţia eşecului, părinţii reacţionează prin reproşuri şi chiar prin pedepse repetate care duc la apariţia sentimentului de neputinţă, incapacitate şi inutilitate a efortului.

c) Respingerea – o altă modalitate de hipoprotecţie. Copilul cu deficienţă fizică este permanent comparat cu fraţii şi surorile sănătoase şi ridiculizat. Părinţii se detaşează emoţional de copilul cu deficienţă, dar nu îi asigură o îngrijire corespunzătoare. Atitudinea de respingere se manifestă mai mult sau mai puţin deschis, sub forma negării oricărei calităţii sau valori a copilului, care este permanent ignorat şi minimalizat. Aceste situaţii apar frecvent atunci când copilul nu a fost dorit.

3. Părinţi exageraţi – cel mai obişnuit răspuns, mai ales din partea mamei, este supraprotecţia, o sursă de dependenţă. Acest comportament implică copilul să-şi dezvolte propriul control, independenţă, iniţiativă şi respectul de sine.

Supraprotecţia este un element negativ, generând reacţii atât din partea părinţilor, cât şi din partea copiilor. Părinţii care se simt vinovaţi devin exagerat de atenţi, transformând copilul într-un individ dependent şi solicitant pentru familie. Această permanentă solicitare va genera reacţii de nemulţumire şi ostilitate din partea părinţilor, reacţii care-l vor face copil să devină nesigur.

Se remarcă zece caracteristici ale părintelui supraprotector:

- Sacrificarea propriei persoane şi a familiei pentru copilul cu deficienţă.
- Ajutorul permanent acordat copilului, chiar şi în situaţia în care el este capabil să se descurce.
- Inconsecvenţă în ceea ce priveşte disciplina; frecvent copilului cu deficienţă i se aplică alte reguli faţă de cele aplicate copiilor sănătoşi.
- Este dictatorial şi arbitrar, luând decizii fără să ia în considerare dorinţele copilului.
- Este nehotărât şi oferă sugestii, solicită atenţie pentru fiecare activitate.
- Protejează copilul de orice disconfort posibil.
- Interzice unele jocuri, din teama excesivă de accidente.
- Neagă dreptul copilului de a creşte asumându-şi unele responsabilităţi, mai ales acelea legate de autoîngrijire.
- Nu înţelege corect capacitatea de efort a copilului, astfel că îi impune ţeluri prea înalte sau prea mărunte.
- Monopolizează timpul copilului, astfel că acesta are puţini prieteni şi este împiedicat să participe la activităţile sociale sau educaţionale.

Această supraprotecţie apare mai ales atunci când părinţii înţeleg greşit indicaţiile medicale sau când sunt copleşiţi de sentimentul de vinovăţie. Aceşti copii sunt împiedicaţi să aibă o existenţă normală, să participe la viaţa de familie, să aibă unele responsabilităţi. Pentru copiii cu deficienţe fizice, situaţia este şi mai dificilă, întrucât în acest fel ei nu beneficiază de un regim care implică stimularea şi antrenarea în activităţile casnice. Aceşti părinţi vor reuşi „marea performanţă" de a creşte un copil singuratic, lipsit de posibilitatea de a-şi manifesta propria personalitate. Copilul se va confrunta cu greutăţile vieţii, dar nu va fi capabil să le facă faţă, deoarece nu a căpătat instrumentele cu ajutorul cărora să acţioneze şi să se apere.

4. Părinţii autoritari - acest tip de reacţie este tot o formă de hiperprotecţie a părinţilor cu o voinţă puternică. Aceşti părinţi îşi controlează copiii într-o manieră dictatorială. Ei stabilesc reguli care trebuie respectate fără întrebări. Copilul este transformat într-o marionetă, este dirijat permanent, nu are voie să-şi asume răspunderi şi iniţiative, i se pretinde să facă numai ce, cât şi cum i se spune. Un astfel de comportament din partea părinţilor are efecte negative, deoarece copilului i se anulează capacitatea de decizie şi acţiune.

O formă particulară de atitudine autoritară apare în relaţia dintre părinţi şi adolescenţi. Părinţii continuă să îi considere pe tineri copii, neputând accepta ideea maturizării lor. În acest context, ei le refuză libertatea, încercând să menţină o atitudine de tutelă, în dorinţa de a preveni surprizele neplăcute. In acest caz, răspunsul adolescentului este violenţa, ce determină o deteriorare a legăturilor afective cu familia. Uneori autoritatea pune în evidenţă atenţia acordată copilului şi

grija pentru o îndrumare corespunzătoare. Acest tip de autoritate este justificat mai ales în situaţia unui copil cu probleme, în aceste cazuri, tânărul este întrebat, participă la discuţii, dar în final tot părinţii decid, în funcţie de părerile lor.

5) Părinţii inconsecvenţi - oscilează de la severitate la permisivitate, de la indiferenţă la tutelă. Cel mai adesea este vorba despre părinţi instabili, nesiguri şi incapabili de a opta ferm pentru o anumită atitudine. Alteori copilul este „pasat" la diferiţi membri ai familiei, fiind supus unor metode educative diferite, adesea contradictorii. Crescuţi într-un mediu inconstant, lipsit de metode stabile, copilul devine nesigur şi uşor de influenţat de persoane rău intenţionate.

În familiile cu copii cu dizabilitîți trebuie să se ţină cont simultan de două drepturi:

- dreptul persoanei cu deficienţă de a trăi aproape de familia sa;
- dreptul celorlalţi membri ai familiei de a se bucura de aceleaşi avantaje ca şi alţi cetăţeni (meserie, studii, îngrijiri, relaxare).

Pornind de la aceste aspecte, vom discuta rolul fiecărui membru al familiei.

Rolul tatălui în cazul familiilor care au în îngrijire copii cu dizabilități.

Bărbatul reacţionează frecvent negativ la vestea deficienţei copilului, deseori prin respingere.

Familia are nevoie de tată la fel de mult ca de mamă. Majoritatea taţilor sunt principalul sprijin financiar al familiei, astfel că lipsesc de acasă 8-10 ore pe zi. Totuşi, tatăl are un rol important în familie, copilul cu deficienţă, ca şi cel sănătos, având nevoie de prezenţa tatălui.

Tata trebuie implicat în problemele copilului, chiar dacă nu poate participa direct la îngrijire; este aproape de copil şi totuşi văzut mai rar, ceea ce face să fie întotdeauna căutat, dorit şi aşteptat.

Tata este cel cu care se sfătuieşte mama. El reprezintă autoritatea supremă de care trebuie să se ţină cont: „să vedem ce părere are tatăl" sau „să vorbesc cu tata pentru a vedea dacă ne putem permite". Tatăl este cel care îl judecă pe copil pentru acţiunile lui. Cu calm, dar şi cu fermitate îi demonstrează prin puterea faptelor ce valoare acordă acţiunilor copilului. El trebuie să fie consultat şi implicat în deciziile privitoare la copil, chiar dacă nu poate participa, de exemplu, la orele de kinetoterapie, la programul special din grădiniţă sau din şcoală.

Ambii părinţi trebuie să facă eforturi pentru a vizita copilul la spital, pentru a hotărî de comun acord ceea ce are nevoie copilul cu deficienţă în dezvoltare.

Dragostea de tată este şi susţinătoare ca şi cea maternă, dar se manifestă altfel. Dacă dragostea de mamă încurajează şi are grijă de copil, atunci dragostea de tată îl îndeamnă pe ultimul să crească. El nu acceptă ceea ce este, ci vede ce trebuie să fie copilul, îndeamnă copilul să treacă peste obstacolele existente. Ea conţine elementul condiţionalului care îndeamnă persoana să învingă propria margine.

Baza bunelor raporturi dintre tată şi copilul său se stabileşte în prima copilărie, mai cu seamă după vârsta de şase ani, copilul începe să aibă nevoie de iubirea tatălui şi de călăuzirea sa.

Rolul mamei în cazul familiilor care au în îngrijire copii cu dizabilități.

Mamei îi revine, în majoritatea timpului, rolul de a iniţia activităţi de recuperare. După ce primul şoc emoţional dispare, ea se angajează în activităţi de protecţie şi de compensare a deficienţei. Ea este, în general, mult mai activă şi mai practică în comparaţie cu tatăl. Totuşi, frecvent mama are un sentiment acut de vinovăţie, deoarece consideră că tot ce se întâmplă cu copilul i se datorează ei. De obicei, ea se simte culpabilă pentru situația apărută.

Mama unui copil sănătos are numeroase posibilităţi să-şi facă prieteni la grădiniţă, în parc. Aceste posibilităţi există şi pentru mamele copiilor cu probleme, dar multe evită să iasă la plimbare cu copilul, deoarece se simt datoare să explice situaţia.

Mama petrece mult timp cu copilul cu dificultăţi, astfel că ea ajunge să simtă că este indispensabilă acestuia. Ea are tendinţa de a exagera îngrijirile acordate copilului cu deficienţă fizică, neglijând restul familiei. Frecvent, rămâne blocată la stadiul de negare sau la stadiul de tranzacţie şi apelează la diverse tratamente. Ea îşi imaginează că lucrând intensiv asupra dezvoltării copilului, acesta îşi va recupera deficienţele şi va deveni un copil normal. Programul respectiv este criticat de numeroşi autori (R. Mettey, P. Russell), care afirmă că este costisitor, solicită familia peste măsură, iar rezultatele nu întrunesc aşteptările. Cu toate acestea, numeroase mame continuă lupta împotriva deficienţei psiho-fizice a copilului.

Mama are nevoie de încurajare pentru a trăi o viaţă normală, pentru a veni în contact cu alte persoane. Din păcate, evitarea relaţiilor cu alte persoane este influenţată de reacţia acestora. Uneori apar reacţii de genul „dacă ai un copil ca acesta îl ascunzi" sau „în locul tău m-aş sinucide", în faţa acestor reacţii negative, de respingere, mama ajunge să prefere izolarea.

În viaţa unui copil, în general, şi a unui copil cu dizabilități, în particular, mama joacă un rol esenţial. Copilul intră în contact cu mediul înconjurător prin intermediul mamei. Mama pune copilul în contact cu obiectele, cu forma, culoarea şi consistenţa lor. Ea îl învaţă cum să manevreze obiectele. Gesturile cele mai simple, actele motrice, acţiunile sunt îndrumate permanent de către mamă. De asemenea, relaţiile sociale sunt îndrumate de comportamentul mamei. Copilul urmăreşte cum se comportă mama faţă de oameni, în familie, chiar faţă de el şi încearcă să o imite. Dacă mama îl urmăreşte şi îl stimulează, el va reuşi să depăşească pragul încercărilor, reuşitelor şi eşecurilor.

Mama este cea care urmăreşte formarea deprinderilor de bază şi utilitare, cu toate dificultăţile ce decurg din „învăţarea" acestora, mai ales la un copil cu un nivel ridicat de dependență.

Mama îl învaţă primele reguli după care trebuie să se conducă. Ea este cea care îl învaţă semnificaţia lui «nu este voie», «nu lua» sau opusul acestora: «aşa este bine», «este frumos», «este corect». Aceste încurajări şi interdicţii se «fixează» în mintea copilului, devenind elemente ale conduitei viitoare.

Relaţia copil – fraţi şi surori

În ultimii ani copiii cu deficienţe au fost valorificaţi; într-adevăr acum ei se află în centrul studiilor, cercetărilor. Părinţii sunt la fel luaţi în consideraţie şi ajutaţi de diverse structuri chiar din momentul naşterii copilului cu probleme. Fraţii şi surorile, însă, tind să fie uitaţi, parcă nici nu ar fi atinşi sau implicaţi de această prezenţă. Într-adevăr, pentru moment nu există multă literatură care tratează acest aspect, chiar dacă încep să apară studii relative la trăirile fraţilor şi surorilor unei persoane cu deficienţe.

Tezele propuse sunt contradictorii: unii autori afirmă că faptul de a fi frate sau soră a unui copil cu deficienţe nu constituie a priori o sursă de probleme, alţii, însă, afirmă că prezenţa unui copil cu deficienţă poate influenţa negativ viaţa psihică şi afectivă a fraţilor.

Copilul cu deficienţă fizică poate ridica probleme pentru fraţii şi surorile sale, deoarece monopolizează atenţia mamei. Atitudinea copiilor sănătoşi depinde de reacţia părinţilor. Dacă aceştia au o atitudine sănătoasă, ei vor găsi în copiii sănătoşi cel mai sincer ajutor.

Copiii sunt capabili să înţeleagă foarte rapid noţiunile de boală şi deficienţă. Părinţii trebuie să le explice ceea ce s-a întâmplat, deoarece altfel ei devin agitaţi, temându-se de ceva răi.

Reacţia copiilor diferă în funcţie de vârstă.

Fraţii şi surorile mai mari. Frecvent, aceştia acceptă spontan noul membru al familiei, chiar dacă simt instinctiv că el are nevoie de îngrijiri speciale. Singura problemă apare în momentul în care mama este blocată în stadiul de negare sau depresie şi îşi neglijează obligaţiile familiale [28]. În mod normal, copiii nu sunt ostili unei persoane cu deficienţă, dispunând de o capacitate uimitoare de a se împrieteni cu persoane care le plac.

Cu multă abilitate şi tact, părinţii vor încerca să-i pregătească pentru a-l accepta, a-l înţelege şi a-l iubi pe copilul cu nevoi speciale, în acest caz, fraţii şi surorile mai mari ajung să îşi asume un statut de pseudo-părinţi, convinşi fiind că în această postură vor fi şi mai mult apreciaţi de părinţi.

Părinţii trebuie să discute cu fraţii mai mari despre problemele copilului cu deficienţă, în acest fel, ei sunt incluşi în familie, fără a se simţi respinşi şi fără a fi obligaţi să se simtă «părinţi» copilului diferit.

O dată asigurată relaţia sănătoasă între fraţi, celelalte elemente decurg de la sine. Ei îl vor considera ca pe un membru cu drepturi depline al familiei, care uneori are nevoie de ajutor.

Copiii sănătoşi pot deveni un model de rol pentru copilul cu nevoi speciale, care va căuta să le urmeze exemplul, devenind independent, reuşind să se autoservească.

Cu trecerea timpului, fraţii şi surorile sănătoase vor părăsi casa părintească cu un sentiment de culpabilitate de a fi lăsat în urmă copilul cu probleme.

Fraţii şi surorile mai mici. Uneori medicii recomandă părinţilor să mai aibă un copil. Apariţia celui de-al doilea copil, de data aceasta normal, scade „presiunea" la care este supus copilul deficient, deoarece o parte din atenţie va fi concentrată pe „cel mai mic". În unele cazuri, copilul cu deficienţă devine gelos, deoarece trebuie să împartă atenţia mamei cu altcineva.

Părinţii speră că acest copil va vindeca rana provocată de naşterea celui cu deficienţe, în acelaşi timp, copilul cu probleme este un apel la realitate, de care ambii părinţi au nevoie.

În momentul naşterii celui de-al doilea copil, pot apărea două tipuri de reacţii negative:

- fie neglijează copilul sănătos în favoarea celui cu probleme;
- fie neglijează copilul cu probleme în favoarea celui sănătos.

Copilul sănătos îşi va pune permanent întrebarea „de ce eu nu", având un puternic sentiment de culpabilitate, în acest context, el va manifesta mai multă grijă, atenţie şi afectivitate pentru fratele mai mare. Ei nu sunt afectaţi de prezenţa acestui frate cu deficienţe fizice, deoarece ei au „deschis ochii" şi au crescut o dată cu el.

Atitudinea părinţilor faţă de copii joacă un rol esenţial. Mulţi părinţi observă un comportament specific, negativ sau pozitiv, la ceilalţi copii.

Comportamentul negativ se manifestă prin gelozie, furie, ostilitate, izolare socială, scăderea performanţelor şcolare. Comportamentul este reprezentat de maturitate, cooperare, sensibilitate, compasiune.

Copiii mici pot reacţiona complex, prin crize de gelozie manifestate prin plâns, prin momente de bucurie exagerată, în care se joacă şi colaborează cu fratele cu deficienţă. Uneori copiii sănătoşi devin anxioşi, deoarece înţeleg ce se întâmplă cu fratele lor. Ei pot deveni speriaţi datorită vizitelor frecvente la spital şi se tem că se vor îmbolnăvi la rândul lor.

În alte situaţii, copiii sănătoşi fură, lipsesc de la şcoală nemotivat. Instinctiv, părinţii devin furioşi, considerându-i lipsiţi de suflet şi de consideraţie. Ei îi pedepsesc, dar pedeapsa nu are succes, deoarece copiii nu doresc decât să atragă atenţia asupra lor.

În familiile în care există un dialog între părinţi şi copii, problemele sunt discutate deschis şi se încearcă găsirea unei soluţii de compromis. Atunci când dialogul nu există, părinţii pot greşi, generând resentimente mai ales copiilor mari.

Alteori părinţii le cultivă forţat copiilor sănătoşi o aspiraţie spre perfecţiune. Aceşti copii trebuie să obţină rezultate şcolare deosebite, performanţe sportive etc. De obicei ei se străduiesc să răspundă acestor solicitări, dar uneori este dificil şi atunci devin deprimaţi şi au resentimente.

În final, putem concluziona că statutul de frate al unui copil cu deficienţă nu este deloc unul comod, însă dificultăţile pot fi depăşite prin efortul comun al părinţilor şi al fratelui sănătos.

Relaţiile interpersonale dintre membrii unei familii pot fi:

- relaţii de înţelegere, dragoste, sprijin, implicare reciprocă şi educare;
- relaţii de răsfăţ, alintare, îndeplinirea tuturor dorinţelor;
- relaţii de dominare/dependenţă; pe de o parte, dominare, dirijare, control, inhibarea iniţiativelor şi pe de altă parte supunere, acceptare, incapacitate de ripostă;
- relaţii ostile şi tensionate - pe de o parte critică, insulte, sancţiuni, iar pe de altă parte ripostă similară, rezultând o continuă stare de tensiune;
- relaţii ambivalenţe, conflicte şi împăcări succesive sau inconsecvenţă şi lipsă de logică a sancţiunilor şi recompenselor;
- relaţii de respingere, excludere;

- relaţii de indiferenţă şi neglijare.

Aceste relaţii pot exista între toţi membrii familiei, atât timp cât există o legătură reciprocă ce funcţionează efectiv.

Oricât de multe lacune nu ar avea realitatea moldovenească vis-a-vis de copilul cu deficienţe şi familia acestuia, cu un minim de efort, toleranţă şi empatie putem transforma realitatea în una armonioasă, unde ar fi loc pentru fiecare. Drept exemplu ar putea servi cercetarea elveţienei Tiziana Lubini-Pedrazzi (1998), care a contactat în mod tacticos şi respectuos un anumit număr de familii care au fost de acord ca copiii lor să lucreze cu ea.

Relaţiile între părinţi şi copii ca baza ataşamentului

Ataşarea emoţională timpurie şi schimbul de emoţii şi impresii între părinţi şi copii sunt baza unei dezvoltări mentale şi sociale normale a copiilor. Ataşarea emoţională şi schimbul de emoţii şi impresii prezintă două părţi strâns legate între ele în comunicarea dintre părinţi şi copii. Pentru ca relaţiile reciproce să apară şi să fie percepute ca pozitive şi importante, atât părinţii cât şi copiii trebuie să fie cointeresaţi şi capabili să-şi aducă aportul la acel schimb bilateral pe care noi îl numim comunicare.

Este vorba de stabilirea acelui tip de contact în care părinţii şi copiii îşi aduc aportul la schimbul bilateral de impresii, simţuri, nevoi şi interese atât în relaţia dintre ei cât şi cu lumea înconjurătoare. Aceasta înseamnă că este important nu numai felul în care părinţii îşi exprimă dragostea, emoţiile şi grija, dar şi faptul că micuţii sunt capabili să ia iniţiativa şi să răspundă la contactul şi grija ce vine din partea părinţilor. Este important ca aceştia să-şi poată exterioriza emoţiile într-un fel care ar demonstra părinţilor că acţiunile lor au fost percepute de copil şi că ele îi plac. Aşa cum copilul are nevoie de o aprobare a faptului că părinţii înţeleg şi reacţionează la semnalele şi iniţiativa sa, părinţii au şi ei nevoie de perceperea clară a faptului că micuţul lor manifestă emoţii, simte şi vrea. Aceste semnale, care vin din partea copilului sunt percepute de părinţi; aceştia le atribuie sens şi astfel se stabileşte baza dialogului.

Vom încerca să prezentăm câteva exemple. Când Dumneavoastră încercaţi să stabiliţi un contact cu un copil mic de şapte-opt luni, de obicei vă apropiaţi de copil, emiteţi sunete, daţi din cap, vă aplecaţi asupra lui sau vă îndepărtaţi puţin, încercaţi să-i prindeţi privirea sau să-i atrageţi atenţia. Doar atunci când contactul este stabilit, Dumneavoastră încercaţi diferite tipuri de comportament care ar putea să placă copilului. Atunci când copilul răspunde cu privirea, cu un zâmbet sau cu sunete, vă daţi seama că acţiunile Dumneavoastră i-au plăcut, i s-au părut interesante şi vrea să i le repetaţi. Dacă veţi repeta aceste acţiuni atunci când copilului îi este foame sau vrea să fie luat în braţe, în loc de zâmbete şi bucurie el va începe să plângă sau va arăta că vrea să fie luat în braţe. Atunci veţi înţelege că copilul vrea altceva. Un astfel de dialog fin presupune faptul că fiecare din cele două părţi înţelege acţiunile celuilalt şi reacţionează în aşa fel încât să se conformeze unul altuia.

Dezvoltarea unei relaţii armonioase se poate complica odată cu prezenţa la copil a unei deficienţe fizice sau de altă origine. Există pericolul că dialogul dintre părinţi şi copiii cu dizabilitîți va fi dificil de dezvoltat sau întreţinut. Dacă părinţii nu vor găsi o soluţie sau nu vor primi ajutor pentru a înţelege în ce mod copilul încearcă să-şi exprime emoţiile şi nevoile, iar copilul nu reacţionează astfel încât ei să poată percepe aceasta, părinţii pot să cedeze uşor, să fie dezamăgiţi, şi probabil, se vor simţi respinşi şi neajutoraţi. Dezvoltarea relaţiilor între părinţi şi copii, necesare pentru punerea bazei ataşamentului şi dezvoltării treptate a autonomiei şi a caracteristicilor individuale, este posibil să nu înceapă sau să stagneze.

Copilul are nevoie de multă grijă şi dragoste pe care o primeşte un copil sănătos, are nevoie să fie acceptat aşa cum este, necondiţionat, indiferent de problemele pe care le are. O astfel de atitudine contribuie la stabilirea unui contact emoţional pozitiv între părinţi, fraţi, surori. Acest lucru îi permite copilului să-şi dezvolte caracterul şi personalitatea într-o ambianţă favorabilă. Nu contează în esenţă, dacă el nu va fi recuperat fizic complet, însă va fi capabil să se integreze social fără mari conflicte interioare şi neînţelegeri, va putea arăta bunătate, compasiune şi va putea fi un ajutor pentru ceilalţi – cu alte cuvinte, ca orice alt om.

Un copil cu o patologie înnăscută, la fel ca şi un copil sănătos, în procesul maturizării va putea atinge mult mai multe succese şi va putea juca un rol pozitiv pentru societate, dacă este crescut într-un mediu familial plin de bucurie, unitate şi înţelegere. Chiar şi instruirea devine un proces mult mai uşor şi plăcut pentru copilul care, de timpuriu, a simţit încredere şi a avut parte de linişte în familie.

Primul şoc pe care îl trăiesc părinţii după ce află că au un copil cu probleme de sănătate, poate fi atenuat în mare parte de către medic, în aceste momente de criză pentru părinţi, prin informare ce poate fi prezentată cu grijă şi simplitate. Multe familii nu au acces la astfel de informaţii, în timp ce greutăţile lor cresc continuu. Dacă părinţii simt necesitatea să primească mai mult ajutor decât cel oferit de către medic, atunci ei vor trebui să intre în contact cu asociaţii care le pot oferi acest ajutor la un nivel profesional. În timp ce părinţii îşi recapătă liniştea sufletească, ei trebuie să se preocupe de crearea condiţiilor favorabile pentru copilul cu nevoi speciale. Probabil, calitatea de bază care ar fi bine să o aibă familia este unitatea şi înţelegerea. Este extrem de important ca ambii părinţi să fie responsabili în egală măsură de procesul de educaţie şi îngrijire a copilului. Orice tendinţă de învinuire reciprocă sau de ignorare a responsabilităţilor în educaţie sau, pe de altă parte, asumarea tuturor responsabilităţilor de către unul din părinţi, poate fi o atitudine nesănătoasă. De obicei, mamele au tendinţa să-şi asume responsabilităţi prea mari pentru puterea lor în îngrijirea copilului. Şi taţii consideră aceste responsabilităţi ca ceva firesc, de la sine înţeles.

Mamele îşi poartă copiii nouă luni sub inima lor şi, tocmai de aceea, ele sunt primele cărora li se adresează sfaturi, ce trebuie să facă ca să asigure naşterea unui copil normal şi cum să evite diverse influenţe care ar fi în detrimentul copilului. Nu este de mirare, că mămicile, de cele mai dese ori, se învinuiesc când află că li s-a născut un copil cu deficienţe. Astfel, mamele încep să gândească că sunt un eşec ca soţii şi mame şi cred că acum educarea copilului este singurul lucru cu care ar trebui să se ocupe.

Cel mai bine este ca ambii părinţi să-şi unească eforturile şi puterile pentru a se ajuta reciproc, împărtăşind bucuriile şi necazurile. Soţul trebuie să conştientizeze ce consolare este pentru o soţie să aibă posibilitate să discute deschis despre copil, despre propriile trăire legate de copil, cât şi sentimentul că sunt înţelese, pe care îl obţin după astfel de discuţii.

Ar fi bine ca părinţii să conştientizeze că nu doar copilul are nevoi speciale, dar ei înşişi au astfel de nevoi şi, cu toate aceste, viaţa continuă. Este bine ca părinţii să petreacă ceva timp în intimitate; au nevoie de distracţii, comunicări cu prietenii, teatru, cinema; au nevoie de satisfacţie în viaţa sexuală şi că trebuie, de asemenea, să petreacă timp în comunicare cu ceilalţi copii din familie. Orice fel de modificare a vieţii normale pe care o are o familie, va fi atât în detrimentul copilului, cât şi în detrimentul fraţilor, surorilor şi a părinţilor. Nu trebuie să se preia atitudinea de jertfire completă de sine, că trebuie sacrificat totul de dragul copilului cu deficienţe care, în acelaşi timp, este un joc pentru părinţii exagerat de protectori, fiindcă suferinţele continue ale copilului cauzează suferinţe şi celorlalţi membri ai familiei. Şi până la urmă, familia s-ar putea destrăma într-o astfel de atmosferă. Soţului, lipsit de atenţia soţiei, îi poate apărea o ură faţă de copilul asupra căruia soţia şi-a concentrat toată atenţia şi ar putea chiar părăsi familia, pentru a găsi mângâiere în altă parte. Nu trebuie să vă lăsaţi copleşit de asemenea atitudine greşită. Copilul cu nevoi speciale are nevoie de a avea prieten şi de a fi înţeles ca şi un copil sănătos.

Comportamentul natural al părinţilor copiilor cu disabilităţi în societate oferă cele mai bune condiţii pentru informarea societăţii despre nevoile acestor copii şi pentru schimbarea stereotipurilor formate.

Strategii de intervenție asistențială în cazul familiilor care au în îngrijire copii cu dizabilități.

Cea mai precară situația este cea a familiilor monoparentale cu copii cu dizabilități.

Particularităţile problemelor mamelor singure care au în îngrijire copii cu dizabilități.

Pentru majoritatea tinerilor, naşterea unui copil reprezintă o schimbare radicală. Practic, le afectează întreaga viaţă, îndeosebi dacă nu beneficiază de sprijinul familiei. Multe dintre ele

renunţă la studii, serviciu (dacă îl deţin), apar regrete tardive, care însă nu pot schimba situaţia dată. Venirea pe lume a unui copil crează pentru mamele singure mai multe tipuri de probleme.

Claudia Ginescu și Ștefan Milea în lucrarea „Abandonul Maternal" (2002) diferenţiază două categorii de mame singure:

Mame cu intenţie de abandon preconceptă - în aceste cazuri convingerea lor de a renunţa la părăsirea copilului este aproape imposibilă. Acestea provin din familii destrămate, al căror model familial nu funcţionează; au fost presate, abuzate în copilărie; au un grad redus de percepţie şi înţelegere, pînă la lipsa responsabilităţii (oligofrenie, retard psihic); nu au locuinţa; provin de la casele de copii şi preiau modelul instituţionalizării ca fiind unul cunoscut şi familiar; sunt respinse de către familiile lor; provin din familii vulnerabile; au mulţi copii, inclusiv abandonaţi în antecedente; se află într-o situaţie socială de sărăcie extremă.

Mame care parcurg situaţii neprevăzute - copilul este abandonat sub influenţa unor evenimente de moment (abandon impulsiv, fără premeditare): sunt mamele care au un comportament ezitant, pot avea problemele enunţate mai sus, dar cu toate acestea nu au o atitudine clară, cer sfatul, încearcă să-şi reglementeze situaţia, dar pe parcurs renunţă sub influenţa unor evenimente cum ar fi: lipsa documentelor şi dificultatea procurării acestora; constatarea că este părăsită de partener, care nu mai vrea să recunoască copilul şi să le ofere sprijinul duce la deprimarea mamei care poate să abandoneze copilul pentru a-şi rezolva situaţia familială; pierderea unui părinte sau susţinător; evacuarea din locuinţă; pierderea venitului prin refuzul angajatorilor de a acorda concediu post-natal anajatelor „la negru"; sezon rece, lipsa încălzirii sau a altor facilităţi necesare pentru o bună îngrijire a copilului; probleme de sănătate ale copilului care prelungesc spitalizarea sau indică internări repetate.

Dar, indiferent din ce categorii face parte, mama singură imediat după naşterea copilului devine mai fragilă, mai sensibilă. Primele sentimente ce apar după naştere sunt cele de fericire îmbinate cu tristeţe, uneori chiar şoc, deseori evidenţiindu-se starea depresivă. Aceasta fiind condiţionată de supraîncărcarea hormonală, fizică şi spirituală. După naştere nu se deosebeşte prin nimic de o depresie obişnuită, ea apare din cauza stresului şi poate dura (dacă nu este tratată) pînă la 2 an. La fel de important este să nu-şi neglijezeze propria persoană, chiar dacă se află pe locul doi, după copilul său. Deşi majoritatea timpului î-1 dedică lui, trebuie să găsească o modalitate prin care să împace programul copilului cu nevoile sale.

Deci, pe lîngă faptul că fenomenul dat nu are o conceptualizare clară, această categorie de persoane se confruntă cu o gamă complexă de probleme. Dificultăţile date fiind de ordin: material, psihic şi social dar pe lîngă toate acestea există mai multe recomandări şi propuneri, care ar ajuta-o pe mamă să depăşească într-o măsură oarecare aceste dificultăţi

Conform dicţionarului de psihologie, autor Ursula Şchiopu (1997), stresul mamelor singure este generat de mai multe surse, una din ele este deprivare. Aceasta reprezintă trăirea intensă a unei tensiuni emoţionale, ce nu a fost satisfăcută şi sa stabilizat ca o experienţă erodantă, încărcată de regrete, devalorizări proprii, depresiuni, sentimente de izolare, anxietate. Ele tind să-şi construească idei că sunt singure şi neînţelese, acestea constituie manifestările mai frecvente ale stresului, ce are la bază sentimentul de deprivare.

Unii autori au arătat că există mai multe tipuri de stres în dependenţă de agentul care-l generează, mamele solitare înafară de stresul psihic şi psihofiziologic, prin care trec, se confruntă şi cu stresul psihosocial, care apare ca urmare a interacţiunii umane, a conveţuirii în grup şi a tipurilor de relaţii ce se stabilesc între beneficiare şi societate; stresul cultural, determinat de încălcarea unor valori şi norme morale. Aceste generînd sentimentul de vinovăţie, ceea ce amplifică gravitatea problemelor.

După cum s-a menţionat anterior, mamele solitare sunt principala categorie de persoane ce sunt predispuse acestei stări, deoarece în majoritatea cazurilor nu sunt susţinute material şi moral de partener şi familia biologică / lărgită. Tot aici se alătură şi mentalitatea neschimbată a personalului, o relaţionare defectuoasă între medicii neonatologi şi medicii obstetricieni pe de o parte şi pe de altă între medici şi asistentele medicale, duce la îngrijiri diferenţiate la mamele cu

diferite poziţii sociale. Astfel, de multe ori mamele singure, fără soţi sau venituri nu beneficiază de aceeaşi atenţie din partea personalului, sunt acuzate de imoralitate, despreţuite, marginalizate.

Pot fi deprimate femeile care au cerinţe prea mari faţă de sine, care nu pot să se odihnească şi se încăpăţinează să facă totul singură ca şi înainte. Ele au nevoie de cineva care să le ajute în munca de zi cu zi (curăţenia, pregătirea mîncării) şi să le susţină. O persoană care într-adevăr o va ajuta şi îi dă posibilitate femeii să se relaxeze, o persoană care nu încearcă s-o înveţe, nu critică şi în care ea are încredere. Odihna nu ajută cînd mintea e în continuare frămîntată de întrebarea: „Voi reuşi eu oare?".

Dar noua mamă trebuie susţinută atît timp, cît va dura această stare şi e nevoie ca cineva să-i explice că totul va trece. Deseori cauza schimbării comportamentului rezidă în acceptarea noului rol social - rolul de mamă. În legătură cu aceasta apar cerinţe, probleme şi aşteptări noi. Tînăra mamă poate avea frică de viitor şi de noile responsabilităţi.

Tinerele mame după naştere trec prin stări ambigue, stări de incertitudine caracterizate prin faptul că subiectul este stăpînit de idei contradictorii, care nu se armonizează, care sunt parţial acceptabile sau se datorează faptului că reprezentarea finală este încertă. Îndoială sau nesiguranţa mamelor singure se exprimă prin nehotărîrea, necapacitatea de a decide şi este impregnată de stări de disconfort şi insatisfacţie, deoarece pe de o parte trăiesc primele sentimente materne ce predispun spre păstrarea copilului; pe de altă parte sunt compleșite de problemele generale de apariţia copilului cu probleme grave de sănătare și dezvoltare şi centrul înclină spre abandonul copilului.

În această situaţie este bine să se implice asistentul social, care poate folosi starea confuză a mamei în favoarea copilului.

Fenomenului mame singure îi este caracteristic şi problemele emoţionale. După Ursula Șchiopul (1997): emoţiile sunt expresii bipolare, dependente de semnificaţia subiectivă a situaţiilor dar şi de statutul, rolul, caracteristicile interrelaţiilor în care se exprimă. Datorită învăţării se evită ceea ce este dezagreabil şi se caută ceea ce este agreabil.

Iar tulburările de emoţii sunt numeroase şi în cazuri de intensă dereglare sunt foarte grave. Există cazuri de imaturitate ca şi de instabilitate emotivă, de hiperemotivitate, dar şi de anemotivitate şi inemotivitate. Acestea generează uneori cazuri de comportamente perverse ceea ce a pus problema relaţiilor dintre emoţii şi caracter.

Toate mamele singure fără nici o excepţie, se confruntă cu durerea, cu resentimentele şi frustrările provocate de divorţ sau dispărțire de partenerul în cele mai multe cazuri. Se confruntă cu singurătatea, cu teama de viitor, cu grija pentru copiii lor cu probleme grave, cu teama că nu vor reuşi să-i educe singure corect, că nu vor putea să-i ferească de rău, că nu vor avea resurse pentru a-i creşte. De multe ori aceasta teama le paralizează sau le determină să facă greşeli mari în educarea copiilor.

Multe dintre mame solitare simt că nu sunt în stare să îşi controleze viaţa, mai ales după o schimbare atît de mare, naşterea unui copil cu disabilități și a trăi singură în afara căsătoriei. Pe un asemenea fon psiho-fizic unele femei suferă de boli cronice.

Frica de ziua de mîine în cadrul unei familii cu un singur părinte este absolut naturală. Părintele care are grijă de unul singur de copii nu ştie dacă o să reuşească singuri să îşi îndeplinească toate obligaţiile pe care le au faţă de copii, îndeosebi obligaţiile de ordin financiar.

Situaţia acestor familii din acest punct de vedere este precară, chiar disperată în unele cazuri. Mamele trebuie să împlinească şi să asigure singure nevoile de bază ale copiilor, iar cheltuielile de întrţinere sunt foarte mari. Problema financiară este generată în unele situaţii şi de lipsa unui loc permanent de muncă şi de sănătatea mamei și a copilului. Mama nu este sigură dacă va putea asigura confortul minim fizic al copilului, dacă-i va putea procura produse alimentare, îmbrăcăminte, jucării, cărţi şi nesiguranţă de ai asigura studii sau chiar o locuinţă. Totodată, mama are şi obligaţii morale faţă de copil, aici ea nu ştie dacă va fi o mamă bună, dacă îi va asigura copilului o educaţie adecvată.

Dar poate cea mai grea perioadă în viaţa unei mame care rămîne părinte unic este momentul cînd realizează ca a pierdut sau a fost părăsită în clipele grele, tradată, indiferent de motiv, de persoana foarte iubită, care este tatăl copilului.

Instabilitatea în viaţa sentimentală cumulat cu sentimentul de pierdere înrăutăţesc starea unei mame singure. Pentru ele nu este uşor să trăiească singure, se simt pierdute şi nesigure, iar frica de singurătate pentru o mamă singură poate fi un sentiment copleşitor şi stresant. Astfel, acumulîndu-se toate problemele menţionate anterior, dar şi viaţa de zi cu zi a mamei singure, prezenţa permanentă în viaţa copilului este cea mai mare „sursă" de stres. Mama este singura persoană care trebuie să ia de una singură toate deciziile, dar trebuie să şi fie foarte sigură că deciziile luate sunt cele corecte pentru ea şi pentru copiii ei.

Poate cea mai periculoasă stare psihică este faptul că mama începe să creadă că este o victimă pentru că a rămas singură cu copilul. Toate mamele singure ar trebui să înţeleagă că nu sunt victime şi că nu trebuie să se dea bătute. Într-adevăr, trec printr-o perioadă foarte grea, dar trebuie să ştie şi să înveţe să supravieţuiască şi să treacă peste orice problemă, pentru că numai astfel să poate întreţine bunăstarea şi fericirea familiei ei.

Familiile cu un singur părinte sunt supuse unui risc sporit de sărăcie. Astfel, în mediul rural cele mai vulnerabile s-au dovedit a fi gospodăriile monoparentale.

Revenirea mamei singure în cîmpul muncii tot nu este lipsita de greutăți. În prezent, femeile sunt prezente în majoritatea cazurilor în sfera bugetară cu nivel scăzut de remunerare. Necesitatea de a intreține un copil/copii motivează femeia să fie mai activă pe piața muncii, sa-și caute un loc de muncă bine remunerat sau să caute un cîștig suplimentar. Femeia-mama, care crește un copil fără tată, are singura responsabilitatea pentru bunăstarea familiei. Unele - fac față problemelor cu care se confruntă, altele au nevoie de sprijin din partea statului și a comunitatii. O situatie precară se creează în familiile, în care mamele singure cresc un copil cu dezabilități, în special dacă copilul are nevoie de îngrijire specială și permanentă, mama neavînd nici o posibilitate sa-și îmbunătățească starea materială a familiei, sursa principala de venit constituind-o pensia pentru invaliditate și indemnizația pentru copil.

Necesitatea de ingrijire a copilului și lipsa ajutorului din afara, subdezvoltarea sistemului de deservire socială nu permit femeii să se manifeste în sfera profesională, responsabilitatea materială avînd un rol decisiv în ceea ce privește comportamentul lor.

În același timp, bunastarea materiala și deseori ocupația dublă determină faptul că funcția educativă se deplasează pe plan secundar. Chiar cea mai responsabilă mama nu are capacitatea să acorde o atentie cuvenită copilului. Modul de viata specific familiei cu un parinte are o influență semnificativa asupra educației și formării copilului și poate cauza comportamentul asocial al copilului.

În familiile materne, baieții nu văd ca exemplu comportamentul bărbatului în familie, ceea ce provoacă formarea reprezentărilor greșite cu privire la rolurile sociale ale bărbatului: soțului si părintelui. Fetele, la fel, nu au posibilitatea să însusească modelul de comportament al femeii în familie completa: soție si mama, dat fiind faptul că comportamentul mamei singure este determinat de lipsa soțului (altui parinte). Educației efective împiedica un șir de factori obiectivi: lipsa unei triade firești ai familiei „tata+mama+copiii", supra ocupatie la serviciu care nu permite acordarea atenției cuvenite copiilor.

La problemele de ordin economic și educativ se adaugă problemele ce țin de starea psihologică a mamelor singure. Desi, societatea contemporana a devenit foarte tolerantă fata de diferite comportamente, atitudini si opinii, deseori mamele singure sunt stigmatizate, opinia celor din jur fiind una de condamnare.

Statistica demonstreaza frecvența mai înalta în familiile monoparentale a deprinderilor vicioase (fumatul, abuzul de alcool), probleme de ordin social, menaj si locuință, nerespectarea normelor igienice de viață, adresabilitatea scazuta la serviciile medicale în cazul maladiei copiilor, autotratamentul etc.

Poziţia deplasată mamei se manifestă prin faptul că acest copil este privit ca o victimă a împrejurărilor, ca o fiinţă nedreptăţită de soartă, neajutorată, care are nevoie de o

pennamentă tutelă. Această tutelă exagerată, sau hipertutelare, are consecinţe grave asupra copilului cu disabilităţi, dependenţa lui nu doar de mamă, ci şi emotivă de părinţi, de cei care îl tratează în asemenea manieră, autoperceperea drept o fiinţă inferioară în comparaţie cu congenerii cu acelaşi grad de dîsabilitate. Drep urmare, perioada de adaptare în colectivitatea pentru un asemenea copil durează cu mult mai mult decît în cazul celor care au fost trataţi adecvat în familie. Părinţii și apropiații mamei s-au împăcat cu disbilitatea copilului lor, dar nu accepă copilul ca atare. Situaţia se cuprinde în enunţul, de exemplu: „Înteleg că am dat naştere unui copil cu disabiliăţi, dar aş dori să am un contact cît mai redus cu acest copii".

S-au evidenţiat diverse tipuri de atitudini ale părinţilor dar în realitate lucrurile sunt mai complexe şi atitudenile mult mai diversificate.

Dezvoltarea în familie a copilului cu dizabilităţi depinde nu numai de atitudenea părinţilor faţă de el, ci şi de relaţiile permamente cu prietenii şi colegi. Este important ca mama să nu se izoleze, să nu se închidă în propria „lume". Menţenând contactul cu mediul social a copilui şi la sensibilizarea societăţii, formînd la membrii ei o aitudine corectă faţă de copil trezîndu-le sentimente de simpatie şi dorinţa de a-i acorda ajutor.

Atitudinile şi practicele educative materne au consecinţe diferite în funcţie de vârsta copilului: atitudini stimulative la vîrste mici îşi pierd acest caracter pe măsură ce copilul înaintează în vîrstă.

Părinţii şi copii sînt parteneri, iar relaţia educativă este bazată pe schimb şi reciprocitate. Părintele analizează diferitele opţiuni şi soluţii împreună cu copilul, făcînd apel la raţionalitatea acestuia. El îşi asumă propriile greşeli- stimulînd copilul să procedeze la fel - şi accepă să înveţe din relaţia cu copilul. Acesta din urmă se transformă, astfel, în acor nu numai al propriei deveniri, dar şi al construcţiei continue a rolurilor parentale. Aceste trei modele trebuie privite ca ipuri ideale: în practicele cotidiene, aceiaşi părinţi adopă, de la caz la caz, o poziţie su alta. In plus, fiecare model prezintă avantajele şi dezavntajele lui, astfel că nu se poate stabili o ierarhie valorică între ele.

Dacă este neîndoielnic că stilul educativ al familiei influenţeză dezvoltarea cognitivă a copilului - vîrsta critică pentru dezvoltarea intelectuală situîndu-se înainte de patru ani, cu un „vîrf" între opt şi optsprezece luni, nu se poate formula o regulă care să exprime corelaţia certă dintre un nivel înalt al dezvoltării şi un anume stil educativ.

Dimpotrivă, mamele ai căror copii au performanţe cognitive mai slabe sînt tentate să dirijeze şi să controleze mai mult copilul, să acţioneze în locul copilului, să se exprime modul impeativ, să formuleze soluţii şi să nu ofere posibilitatea opţiunii între mai multe posibilităţi

5. Consilierea mamelor care au în îngrijire copii cu disabilități

Elenea-Petropela Şerban în lucrarea sa "Asistenţa socială a mamelor adolescente" menţionează că o mamă singură cu toată complexitatea problemelor sale poate fi fericită [20]. În acest context sunt înaintate următoarele recomandări:

- Primul scop al unei mame singure este să înţeleagă care sunt cauzele şi motivele stării de stres, supărare, furie şi frică pe care le resimte. După ce se înţelege care sunt cauzele acestor surse de rău, ar trebui să găsească o modalitate de a reduce toate aceste sentimente negative de supărare sau chiar să îl depăşească în totalitate. Într-adevăr, este greu pentru un om să îşi schimbe total modul de trai al vieţii de zi cu zi, însă trebuie să ne concentrăm asupra punctelor pozitive.

De exemplu, avem două slujbe pentru a putea reuşi să ne inreţinem familia. Dar gîndiţi-vă la ce s-ar fi întîmplat dacă nu am fi avut nici un singur serviciu?

- Dacă te simţi obosită ar fi bine să găseşti puţin timp şi pentru tine. Chiar nu este nevoie să facă curăţenea în fiecare zi. După o perioadă atît de grea, trebuie să înveţe să-şi facă puţin timp şi pentru sine şi să încerce să-şi adune gîndurile şi să se relaxeze.

Supărarea, stresul şi oboseala care se adună în fiecare mamă singură o fac uneori foarte agresivă în faţa copiilului. Trebuie însă să găsiască modalităţi de a canaliza furia în alte direcţii. Pot face gimnastica sau să se descarce nervos bătînd un covor. O să se simtă mult mai calme şi

cînd va fi timpul să vorbiască cu copilul îi va fi mult mai uşor de abordat şi mult mai înţelegătoare cu cei mici

- Să nu se streseze pentru lucrurile mărunte, dar să-şi păstreze energia pentru a lupta, ca copilul să aibă o viaţă fericită. Nu trebuie să se lase copleşită de gîndul că trebuie să aibă grijă să crească o fiinţă atît e fragilă.
- Să evite pe cît posibil să se lase pradă grijilor şi întrebărilor chinuitoare Teoria instinctului matern nu este doar o simplă teorie. Ea s-a verificat în practică aproape la majoritatea mamelor (restul de femei la care nu a funcţionat aceasta teorie este reprezentat de cele care şi-au părăsit copii nou-născuţi, cei care i-au omorît, şi deja aici nu se mai poate discuta că aceste persoane să fie numite oameni). Deci tot ceea ce trebuie să facă să aibă încredere în instinctul ei matern, care-i va da forţe pentru a lupta şi care-i va genera o bunăstare.
- Simplul fapt de a fi mamă este o binecuvîntare, chiar şi mamă singură. La fel de binecuvîntate sunt şi zilele petrecute alături de copilul său, pe care trebuie să le vadă ca pe o bucurie şi nu ca pe o corvoadă. O asemenea gîndire pozitivă o va salva în majoritatea cazurilor.
- Mai trebuie să înveţe să ceară ajutorul persoanelor apropiate. Va avea probabil parte de dezamăgiri din partea multora, însă, chiar dacă o singură persoană este de acord să o ajute, înseamnă că va cîştiga mult
- Dacă este adeptă unui program strict şi bine fixat, să învaţe să şi-l flexibilezeze, deoarece, atunci cînd creşte un copil singură, va avea parte de o serie de evenimente neprevăzute cărora trebuie să le facă faţă.

6. Nevoile copiilor cu dizabilități

Se obisnuia să se creada că nevoile de dezvoltare întră în acțiune într-o succesiune ierarhică, cele mai de bază fiind cele necesare pentru simplă supraviețuire (cum ar fi nevoia de hrană si apă) și numai când acestea au fost satisfăcute ies la iveală nevoile de grad superior (ca de exemplu, nevoia unei relații de dragoste).

Acum se susține că toate nevoile umane sunt interconectate și interdependente intr-o maniera subtilă, complexă si continuă.

De exemplu, un copil nefericit aflat într-o instituție poate respinge hrana și chiar dacă o acceptă totuși nu crește, sau un copil plasat de curând la o familie substitut (asistenți maternali) poate refuza să adoarmă de teama să nu rămană singur acasă.

S-a crezut de asemenea ca atașamentul copilului față de mama să vine de la faptul că ea il hrăneste. Statistica a arătat că această teorie a "dragostei interesate" nu este justificată. În mod similar, sentimentele si invatarea au fost considerate ca fiind aspecte distincte si separate ale dezvoltării [4, 2, 5].

Se poate spune ca nevoile fizice sunt nu numai mai bine înțelese dar și mai usor și în general mai bine satisfacute, de aceea accentul se pune pe nevoile psiho-sociale [38].

Pentru scopuri practice o clasificare in 4 categorii pare suficienta:

- Nevoia de dragoste si siguranta
- Nevoia de experiente noi
- Nevoia de laude si recunoastere
- Nevoia de responsabilitate

Aceste nevoi trebuie să fie satisfăcute înca de la începutul vieții și continuă să solicite să fie satisfăcute într-o măsura mai mare sau mai mică pe tot parcursul perioadei de maturitate. Binențeles importanța lor relativă se schimbă pe parcursul diferitelor trepte de dezvoltare la fel ca și modalitățile în care sunt ele satisfăcute.

Nevoia de dragoste și siguranță. Nevoia de dragoste este satisfăcută pentru copilul care, începand de la naștere și în continuare are o relație stabilă, continuă și de dependență cu și față de părinții sai (sau față de părinții substitut permanenți). Prin intermediul acestei realții mai intâi cu mama și apoi cu tatăl sau treptat cu un grup mai mare de oameni copilul ajunge să realizeze identitatea personală și propria lui valoare.Aceasta poate forma baza tuturor relațiilor ulterioare

nu numai cu familia, dar și cu prietenii și în cele din urmă cu propria lui familie. De ea depinde dezvoltarea serioasă a personalității, abilitatea de a răspunde la afecțiune.

Trăsătura de bază în atotprezența dragostei părintești este faptul ca un copil este apreciat necondiționat și pentru binele lui, indiferent de sex, infățișare, abilități sau comportament.

Parinții transmit copilului această afecțiune necondiționată prin toate relațiile lor cu el: de la îngrijirea fizica și faptul că il țin în brațe până la reacția la primul sau zâmbet și sunete; de la protejarea lui de lume și inițiearea treptată în lumea socială; și de la reținerea și eventual pedepsirea lui pentru depașirea limitelor stabilite pentru un comportamnet acceptabil.

Cel mai mare impact o asemenea dragoste il are asupra personalității. Aprobarea și acceptarea de către alții sunt esențiale pentru dezvoltarea aprobării propriilor acțiuni și acceptării de sine. Faptul că un copil va dezvolta o atitudine constructive sau destructive mai întâi față de sine insuși și apoi față de alți oameni, depinde în primul rând de atitudinea părinților față de el.

De-a lungul primilor ani de viață contactul fizic apropiat continuă sa-l facă pe copil să se simta în siguranță, și în același timp este și o expresie a afecțiunii părintești.

Se poate spune că dragostea mamei este unica în sensul că este adaptată la nevoile copilului (speciale și individuale). O asemenea dragoste este extrem de greu de inlocuit și de aceea copilul devine vulnerabil atunci când o pierde, fie temporar, fie permanent.

În majoritatea cazurilor, ceea ce "ingrijirea comunitara"poate oferi cel mai bine este imparțialitatea - adica – faptul că toți copiii sunt tratați cam la fel. Dar un copil cu o personalitate în plină dezvoltare are nevoie mai mult decât de atât : are nevoie sa știe că ii pasă cuiva mai mult de el decăt de ceilalți copii, că cineva este gata să facă orice de dragul lui.

Nevoia de siguranță este satisfacută prin faptul că i se dă copilului siguranță unor relații familaile stabile unde atitudinile și comportamentul sunt consistente și prezintă încredere; siguranță unui "loc familial" și siguranță unei "rutine cunoscute". Toate acestea înlesnesc continuitatea și anticiparea într-o lume în care copilul trebuie să întâlnească și să înțeleagă atât de multe lucruri noi și schimbatoare.

Deoarece copilul este mic și ignorant, multe din ceea ce mai târziu vor fi acceptate fără probleme sunt văzute ca amenințătoare. Comportamentul imprevizibil al unor obiecte poate sa-l sperie. Dacă întregul cadru al vieții sale reprezintă ceva sigur, aceasta ii furnizează asigurarea necesară de a se aventura, știind că se poate întoarce din nou în siguranța lui confortabilă.

Există si alte 2 aspecte care ii faciliatează copilului dreptul la anumite hipersensibilități în casă : în primul rând faptul că se poate întoarce la un comportamnet mult mai imatur – devine o prețioasă supapa de sigurantă în față unor cerințe constante și în creștere de a da dovadă de mai multă maturitate și control ; și în al doilea rând copilul începe sa învețe că în intimitatea familiei sunt premise standarde diferite de comportament, ceea ce il va ajuta să înțeleagă și să facă față aceluiași fenomen în școală și alte medii sociale.

Viata stabila de familie oferă de asemenea copilului sentimental continuitãii personale, ca și pe acela de a avea un trecut ca și un viitor.Facând o legatura cu evenimentele din primii săi ani de viață, cunoscute din fotografii, amintiri și privind înainte la posibila dezvoltare a vieții sale, el capătă o imagine despre sine coerentă, lucru esențial pentru personalitate.

În paralel gândindu-ne la copilul instituționalizat care este privat de posibilitatea de-a-si depana amintiri, fotografii, nazbatii cu parintii realizăm golul existent în viața lor.Totuși acest lucru se încearcă de catre familiile substitut a se corecta prin asa zisa "povestea vietii" care-l ajuta pe copil din timp în timp să realizeze, ajutat de familia substitut, un bilaț al vietii copilului alcatuit din cuvinte, imagini, fotografii și documente. Indiferent care a fost trecutul său, copilul l-a trăit și a supravietuit. Oricum faptele pot fi prezentate într-o maniera care ii ajută pe copii sa inteleagă și să-și accepte trecutul, în timp ce respectul de sine crește.

Prin experiența adulții care ii ajuat pe copii pot învăta să realcătuiască experiențele de viață, fie negativ, fie pozitiv, luptându-se să le depîșească.

Eu cred ca "povestea vieții"trebuie să înceapă atunci când copilul întră în sistemul de protectie a copilului și că această poveste trebuie sa-l însoțească și să se completeze tot timpul,

că și cum el ar călători prin viață, fie că aceasta include reunirea cu famila naturală, plasamnetul la rude sau adopția.

Nevoia de experiente noi. Experiențele noi constituie o condiție obligatorie pentru dezvoltarea mentală. Începând da la naștere cerințele corespunzătoare fiecărui stagiu de dezvoltare sunt prezentate copilului și însușirea și stăpânirea lor furnizează baza trecerii la sarcini și mai complexe.De exemplu într-un mediu în care nu se vorbește, copilul nu va învăta să vorbească chiar dacă organele auditive și ale vorbirii sunt relativ normale.

Copilul mic are o tendință puternică de a explora și tot ceea ce se desfășoară în jurul lui devine o experiență nouă care-l absoarbe imediat ce este capabil să o perceapă.

Odată aparut, interesul pentru nou devine din ce în ce mai important ca sursa de motivație pentru explorările viitoare și deci pentru invățare. Așa cum spunea J. Piaget "cu căt un copil a vazut și a auzit mai multe, cu atat mai multe vrea să vadă și să auda".

Una din calitățile îngrijirii copilului este de a putea să aprecieze correct nivelul optim care va sprijini dezvoltarea cognitivă a unui anumit copil în orice stadiu al cresterii sale.

Experientele noi dau copilului posibilitatea să învețe una din cele mai importante lecții din primii ani de viață : să învețe cum să învețe, și, să învețe că stăpânirea lucruri este plăcută și constituie un sens al realizării. Acest lucru este demonstrat de strigătul de bucurie "pot si eu".

In opus cu cele de mai sus, copilul ale cărui activități exploratorii sunt dezaprobate, descurajate și pedepsite – fie că se datorează faptului că prin acestea ei dezorganizează o atmosferă casnică ordonată, linistită, în centrul careia se află adulții, sau deoarece potențialul lor îngrîijorează în mod serios o mamă anxioasa sau o familie substitut.

O altă situație poate fi aceea în care există condiții de supra aglomerare, un parinte chinuit, copleșit de treburile casnice, nu-i poate oferi copilului timp sau spațiu - lucru care face copilul să capete o atitudine total diferită față de învățare, iar trasaturile lui probabile vor fi pasivitatea, teama, frustrarea sau iritabilitatea și pentru el vor exista putine bucurii sau satisfacții.

Așa cum pentru o creștere fizică normală este necesar un regim alimentar corespunzător, același lucru este necesar și pentru dezvoltarea mentala. Cele mai importante componente ale acestui regim sunt jocul și limbajul. Joaca este o experiență extrem de captivantă și chiar mai importantă pentru copil decât este munca pentru adulț. Deci ea trebuie privită cu același respect.

Jocul dă de asemenea copilului posibilitatea de a-și controla propriul corp, sau de-a încerca să se transpună în diferite roluri care ii pot oferi unui copil posibilitatea de-a întelege unele frustrări și conflicte care sunt inevitabile într-o societate complexă și schimbătoare.

În ultimul rând, dar în nici un caz de o importanță minora, jocul este plăcut nu numai pentru copil, ci și pentru adult. Există și unii părinți care pun acest lucru pe un loc secundar față de toate activitățile gospodarești și de familie. Alegerea jucăriilor, materialelor și îmbrăcămințiii corespunzătoare vârstei copilului și gradului sau de maturitate necesită grija și intelegere.

Limbajul are de asemenea un rol foarte important ajutând copilul să gândească, să înțeleagă lumea înconjurătoare, să stabilească contacte atât cu adulții cât și cu copiii și ramâne un sens vital al descurcării în viață și întelegerii acesteia. În cele din urmă, reacția copilului față de școală și progresul de care el este capabil să-l facă vor depinde nu în mică măsură de abilitatea de a se exprima și satisfacția de a vorbi.

Nevoia de laude si recunoastere. Deoarece dezvoltarea de la stadiul de bebelus neajutorat la stadiul de adult independent necesita o enorma munca de invatare emotionala, sociala, intelectuala si deoarece aceasta este in mod inevitabil insotita de dificultati, conflicte si oprelisti, este nevoie de un stimulent puternic.Acesta este oferit fata de placerea manifestata de un success al copilului si prin aprecierea realizarilor sale de catre adultii care-l iubesc si pe care la randul lor, copiii ii iubesc si doresc sa le aduca bucurii.Incurajarea si un nivel rezonabil al asteptarilor fata de copii actioneaza ca un imbold la perseverenta.Prea putina solicitare face ca copilul sa adopte un standard prea scazut de effort si realizare; un nivel de solicitare prea inalt il face sa simta ca nu poate face fata la ceea ce I se cere si aceasta produce descurajarea si diminuarea efortului.

Nevoia de responsabilitate. Această nevoie este satisfăcută dacă i se permite copilului să acumuleze îndependență personală, pentru început prin a-l învăța să aibă grija de el însuși în viață de zi cu zi, de exemplu: să mănânce, să se îmbrace și să se spele singur. Deoarece copilul urmează în mod constant modelul părinților săi, el vrea să imite ce pot ei sa facă.

În ciuda dificultăților și frustrărilor ce apar datorită imaturității și lipsei de control, copilul cere să i se dea șansa de a continua, de aceea "fac și eu'este un refren constant la aproximativ 2 ani. Această nevoie este satisfacută și când i se dă voie să aibă obiecte personale, oricât de mici și de neinsemnate ar fi acestea, al căror stapân unic să fie numai el, copilul.

Pe măsura ce înaintează în vârstă, independența din ce in ce mai mare înseamnă să i se permită, și chiar să fie încurajat și să i se dea libertate – a miscărilor fizice, a preferințelor la mâncare, la joacă și haine, și poate cel mai important dintre ele de a-și alege prietenii, studiile, pasiunile, cariera și eventual partenerii de viață.

A da o astfel de independență copilului atât pentru parintele natural cât și pentru o familie substitut nu înseamnă a renunța la părerile, gusturile și preferințele proprii sau la motivele pentru care acestea există; nici a renunța la implicarea în viața copiilor și a trece cu vederea orice ar face ei.

Dimpotrivă, copiii au nevoie de un cardu de îndrumare, de limite – să cunoască ce se asteaptă de la ei sau ce este permis și care sunt regulile – motivele pentru acestea și dacă ele sunt în interesul lor sau în interesul altora. Aceasta înseamna că este important să se facă o distincție clară între dezaprobarea comportamentului lor, pe de o parte și respingerea copilului pe de alta parte; și că singurul argument durabil și eficient pentru influențarea convingerilor și comportamentului lor este modelul dat de noi înșine; ceea ce contează cu adevarat este ce anume suntem noi și cum ne comportam, nu ceea ce spunem sau ceea ce credem că suntem.

Un copil care traiește într-o familie zi de zi cu părinții naturali sau substitut învață despre valori pe care adulții le prețuiesc, despre standardele, despre preocupările și ambițiile adulților într-un mod subtil dar care-l influențează.

Iată deci, cât de important este să conștientizăm faptul că un copil aparține în totdeauna unei familii, fie ea naturală, adoptiv sau substitutive iar asitenții sociali, cei care lucrăm fie cu familia, fie cu copilul suntem datori să înțelegem legătura profundă dintre acestia și să găsim soluțiile cele mai potrivite împreună cu acestia.

7. Colaborarea mamei cu specialiștii în domeniul educației speciale

Începutul studierii caracteristicilor emoţionale ale părinţilor copiilor bolnavi a fost pus peste hotare. Majoritatea autorilor apuseni descriu diapazonul larg al dereglărilor neurotice şi psihice ale părinţilor cu copii anomali. Printre problemele analizate la cercetători trezeşte interes nivelul manifestării şi durata stresului emoţional, tendinţa spre izolare socială şi înstrăinarea acestor familii, problema stabilităţii familiei şi schimbarea statului social al părinţilor.

Spectrul problemelor cu care părinţii sunt preocupaţi este:

- dezvoltarea copilului lor în procesul instruirii, educaţiei şi tratării medicale,
- normalizarea relaţiilor între copilul anomal şi mama sa, între copilul anomal şi alţi copii din familie sau cu alţi membri ai familiei,
- armonizarea legăturii dintre tată şi copilul anomal, păstrarea şi susţinerea atmosferei favorabile în familie,
- formarea la copil a atitudinii pozitive faţă de procesul instructiv, faţă de colegii de clasă, de învăţători etc.

Rezolvarea acestor probleme nu ţine doar de domeniul psihologo-pedagogic, în centrul atenţiei căruia este doar copilul anomal. Realizarea acestor sarcini presupune studierea psihologică a particularităţilor defectelor personalităţii, ce se manifestă la părinţii copiilor "deosebiţi" şi influenţa lor asupra acestora.

La generalizarea datelor obţinute au fost remarcate trei grupe de mame:

–de tip neurotic;

–de tip autoritar;

–de tip psihosomatic – cărora li s-a dovedit a fi atribuită caracteristica individuală şi tipologică specifică.

Mai jos aducem particularităţile tipice caracteristice fiecărei grupe numite.

Pentru mama cu tip neurotic al caracterului este caracteristic: poziţie personală pasivă; îndreptăţeşte propria inactivitate în procesul de dezvoltare a copilului şi nu înţelege că unele defecte ce apar la copil sunt secundare şi sunt rezultatul nu a dereglării biologice, dar a poziţiei personale iraţionale a mamei; dorinţa de a proteja copilul de probleme, chiar şi de ceea ce copilul poate să le rezolve cu puterile proprii; manifestarea slăbiciunii sau a inerţiei în realizarea scopului educativ propus; fonul dispoziţiei permanent preocupat, alarmat; prezenţa unor presupuneri necorespunzătoare despre un anumit lucru, la rândul său se transmit copilului şi pot fi cauza formării la el a unor calităţi neurotice ale caracterului.

Caracteristicile polare, dacă le comparăm cu tipul neurotic, formează portretul unei mame de tip autoritar. Ce se manifestă în felul următor: poziţie de viaţă activă, dorinţa de a se conduce de propriile convingeri necătând la părerile celor din jur (sfaturilor rudelor, specialiştilor); dorinţa de a găsi ieşire din situaţia creată atât pentru sine, cât şi pentru copilul său; neîndemânarea de a-şi controla mânia şi iritarea; lipsa controlului impulsivităţii faptelor proprii, predispoziţii de participare în certe şi scandaluri; răceală sau eschivare de problemele copilului, la stabilirea contactului cu el; caracterul instabil de folosire a metodelor de educaţie, deseori folosirea formelor brutale de pedepsire (strigăt, bătaie, influenţa asupra personalităţii copilului).

La categoria mamelor de tip psihosomatic se observă calităţi atât din prima, cât şi din a doua grupă. Lor le sunt caracteristice cele mai dese schimbări de dispoziţie (de la bucurie nelimitată la o depresie totală, provocată de un lucru neimportant). La unele dintre ele în mare măsură se evidenţiază tendinţa de dominare, ca şi la mamele de tip autoritar.

Descoperit în timpul examinării părinţilor, specificul dereglărilor personalităţii a stabilit sistema de măsuri orientate spre corecţia lor. Cu scopul realizării acestor măsuri a fost prelucrată metodica psihologo-pedagogică de ajutor familiilor care educă copii cu cerinţe educative speciale. În metodică se evidenţiază două direcţii de lucru: pedagogică (influenţa mijloacelor pedagogice) şi psiho-corecţională, care la rândul său e petrecută sub forma individuală şi de grup.

Direcţia pedagogică îşi pune scopul de restructurare a ierarhiei valorilor morale ale mamei copilului bolnav, pe calea corelării ei la lucrul cu copilul, prin posibilitatea participării personale la dezvoltarea lui. Mama copilului "deosebit" s-a instruit cu ajutorul specialistului în scopul posedării unui set de procedee metodice speciale, folosite în practica pedagogiei-corecţionale devenind "pedagog familial". Atingerea efectului psihoterapeutic se realizează prin colaborarea personală a mamei copilului în procesul instructiv-educativ, adică influenţa psihologică se realizează prin mijloace pedagogice. Realizarea acestui obiectiv presupunea desfăşurarea activităţilor individuale ale psihopedagogului cu copilul, în cadrul cărora participa şi mama.

În procesul desfăşurării activităţii cu copilul "deosebit" şi mama lui, psihopedagogul stabilea următoarele obiective:

1. Învăţarea mamelor a procedeelor metodice şi corecţionale speciale, necesare pentru efectuarea activităţilor cu copilul în condiţiile casnice.
2. Învăţarea mamei a procedeelor educative speciale, necesare pentru corecţia personalităţii copilului anomal.
3. Corecţia stării psihologice interne a mamei.
4. Corecţia legăturilor reciproce dintre mamă şi copil.

Orientându-se la aceste obiective, psihopedagogul rezolva următoarele sarcini:

- corecţia formelor neconstructive ale comportamentului mamei, aşa ca agresivitatea, aprecierea neobiectivă a comportamentului copilului, dorinţe negative, tendinţa de a evita greutăţile, comportamentul primitiv legat de autoaprecierea joasă şi formarea formelor productive de relaţii reciproce cu copilul;
- formarea înţelegerii de către mamă a problemelor copilului şi anume: prelucrarea treptată de pe poziţia ce neagă prezenţa problemei ("el este la fel ca şi ceilalţi"), spre poziţia opunerii faţă

de ceilalţi şi trecerea la poziţia colaborării (“Dar cum să-l învăţ? Eu nu pot”);

- excluderea treptată a aşteptării minunii ce ar face copilul sănătos complet, orientarea mamei de pe poziţia inactivităţii şi aşteptării minunii spre poziţia activităţii cu copilul;

- excluderea treptată a hiperbolizării problemei copilului, a părerii că lipseşte perspectiva dezvoltării copilului, (“Nu, din el niciodată nu se va primi nimic”);

- corecţia relaţiilor reciproce cu copilul (din relaţiile caracterizate prin protecţie excesivă sau insuficientă la relaţii optime);

- corecţia stării psihologice interne a mamei, starea de retrăire a insuccesului legat de insuficienţa psihofizică a copilului trebuie să treacă treptat în înţelegerea posibilităţilor copilului, în bucuria “micilor lui succese”; reconstruirea ierarhiei valorilor morale ale mamei copilului bolnav (e important doar faptul că el există, dar nu ceea cum este, e scump pentru că el îşi iubeşte mama, iar mama îl iubeşte pe el);

- realizarea creşterii personalităţii mamei în procesul colaborării cu copilul, în procesul instruirii lui şi educării cu ajutorul psihopedagogului, trecerea mamei de pe poziţia retrăirii pentru defectul lui la poziţia căutării realizării posibilităţilor copilului;

- ridicarea autoaprecierii personale a mamei prin aprecierea rezultatelor muncii ei, evidenţiind succesele copilului;

- transformarea procesului instructiv-educativ realizat de mamă în privinţa copilului, într-un proces terapeutic de faţă de sine, când activitatea mamei orientată spre copilul ei, o ajută prin înlăturarea influenţei negative a stresului psihologic.

Pentru susţinerea psihologo-pedagogică a familiilor care educă copilul cu deficienţă mintală pot fi utilizate diferite forme de lucru, printre care:

1. Demonstrarea mamei a metodelor de lucru cu copilul.
2. Conspectarea de către mamă a lecţiilor petrecute de psiholog.
3. Realizarea însărcinărilor pentru acasă cu copilul de către mamă.
4. Citirea de către mamă a literaturii de specialitate, recomandată de psiholog.
5. Realizarea ideilor creative ale mamei în lucrul cu copilul.

În lucrul psihologului cu mamele se pot evidenţia trei etape. Convenţional ele au fost numite: de atragere în activitate, de entuziasmare a activităţilor realizate, de creativitate.

Prima etapă e îndreptată spre atragerea mamei în procesul educativ al copilului. Psihopedagogul trebuie să convingă mama copilului bolnav că copilul are nevoie anume de ea, că în afară ei, de acest proces n-are cine se preocupa.

A doua etapă - formarea entuziasmului mamei faţă de procesul dezvoltării copilului. Psihopedagogul a arătat mamei posibilitatea realizării unor realizări mici, dar importante pentru copil, atingerea scopului. Mama a învăţat să prelucreze cu copilul acasă însărcinările propuse de psihopedagog, să completeze “zilnicul observaţiilor” pe calea înregistrării în tabel a succeselor copilului (numărul problemelor şi câte din ele au rezultat pozitiv).

Etapa a treia se caracterizează prin descoperirea de către mamă a căilor creative de educaţie a copilului şi participarea ei personală în examinarea posibilităţilor lui.

Psihopedagogul a efectuat activităţile individuale cu copilul, invitând să asiste şi mama. Participarea mamei copilului la această formă de activitate a fost orientată spre neutralizarea formelor neconstructive ale comportamentului ei. Realizarea ocupării productive a mamei îi permitea să-şi satisfacă tendinţa de a activa în general şi a activa cu copilul în particular, la fel o eliberează de perceperea asocială a lumii sau de unele sentimente ce deformează psihicul (simţul propriei vinovăţii, ruşinii, suferinţei...) ce apar în urma stresului. Pentru efectuarea a unor astfel de activităţi nu trebuie alese anumite teme. Participarea mamei în activitatea de învăţare a copilului poate fi începută cu orice temă care poate fi însuşită de copil în corespundere cu dezvoltarea actuală.

Orice interrelaţie cu copilul deficient mintal trebuie începută de la stabilirea contactului emoţional. Uneori acest fapt este foarte dificil. Cu toate acestea la etapa iniţială, psihopedagogul trebuie să arate mamei cele mai productive forme de colaborare cu copilul, incluzând metodele de atragere a atenţiei şi dirijare a lui. Aşezând copilul alături, psihologul trebuie să găsească un

loc pentru mamă, de unde i-ar fi comod să urmărească activitatea copilului şi a psihopedagogului.

Mama copilului trebuie informată din timp că va trebui să facă unele însemnări şi de aceea este necesar să aibă un caiet pentru observări. Reamintirea mamei despre necesitatea conspectării, de obicei o orientează spre un lucru serios.

Mamele ce se referă la tipul neurotic, de obicei vin la activităţi cu sentimentul de frică că copilul ei nu va putea îndeplini însărcinările psihologului. Unele mame după primele încercări nereuşite ale copilului încep să-l apere: "El acasă face aceasta cu ochii închişi. El tot ştie şi face". Astfel de comportament evidenţiază atitudinea necritică a mamei în aprecierea copilului său, tendinţa inconştientă de a ascunde defectul şi de a reda acţiunile dorite ca reale. Unele mame din această subgrupă nu conştientizează până la capăt insuficienţa propriilor eforturi orientate spre depăşirea problemelor ce stau în faţa copilului. În aşa caz, nu trebuie demonstrată imediat nedreptatea sa. Acest fapt poate duce la intensificarea reacţiilor de apărare ce se manifestă la mamele din subgrupa dată.

Scopul psihopedagogului constă în predispunerea fiecărei din ele faţă de sine şi în schimbarea atitudinii reciproce în direcţia lucrului eficient. De aceea, e mai bine să-i răspundem aşa: "E foarte bine ca acasă totul se primeşte. Dar aş dori să se primească şi la activităţile mele. De aceea, vă propunem următoarea metodă de instruire a acestei deprinderi. Faceţi aşa". Apoi psihopedagogul arată mamei metode speciale de corecţie, de însuşire a unei teme.

Sunt mame ce se referă la aceiaşi categorie, ce retrăiesc dureros problemele copilului său. Ele încearcă din toate puterile să-l ajute, manifestându-se uneori neadecvat. În primul rând astfel de mamă trebuie calmată, susţinută, ea trebuie să simtă că psihologul înţelege problemele ei, uneori dându-i posibilitatea să plângă, ceea ce la momentul dat poate duce la uşurarea ei sufletească, după ce se linişteşte, trebuie preîntâmpinată de faptul că retrăirile se transmit copilului şi că data viitoare trebuie să fie mai reţinută. Orice reacţie neadecvată a părinţilor se reflectă în comportamentul copilului şi în îndeplinirea de către el a însărcinărilor necesare. De aceea, în prezenţa copilului nu trebuie să-şi manifeste slăbiciunile. Mamei trebuie să i se explice că copilul întotdeauna aşteaptă de la ea protecţie, bunătate şi susţinere.

Se pot arăta mamei unele metode ce ajută copilul la însuşirea materialului (de exemplu la însuşirea culorilor, formei obiectelor, reprezentărilor matematice elementare). Psihopedagogul numaidecât explică mamei ce obiective vrea să rezolve şi care vor fi consecinţele lor pentru dezvoltarea copilului.

Psihopedagogul trebuie să spună despre aceea că în cazul apariţiei dificultăţilor în formarea anumitei deprinderi sau reprezentări, însărcinarea trebuie divizată în părţi mici şi în aşa fel să atingă scopul "cu paşi mai lenţi" (metoda pas cu pas), dându-i posibilitatea să retrăiască succesul îndeplinirii acţiunilor pe calea creării posibilităţilor realizării independente "a ultimului pas", treptat mărind numărul paşilor independenţi.

Familiarizarea mamei cu procedeele metodice speciale are loc chiar la activităţi, când ea are posibilitatea să urmărească lucrul pedagogului, poate fi martora manifestărilor, posibilităţilor copilului ne presupuse de ea.

Experienţa vorbeşte despre aceea că petrecerea de către psihopedagog a activităţilor cu mama neurotică şi cu copilul bolnav creează mamei o susţinere morală, îi permite să simtă încrezută în sine şi să privească real viitorul copilului său.

În cazul când mama văzând insuccesul copilului său la activităţi, începe să afirme că ceea ce întreabă psihopedagogul copilul ei demult ştie şi poate (această formă de comportament se referă la tipul mamelor autoritare), atunci trebuie s-o întrebăm: "De ce copilul nu poate îndeplini această însărcinare la activitate? Dacă însuşirea materialului dat, ar fi atins nivelul necesar, atunci copilul ar fi putut face acesta. Însă el nu a putut îndeplini această însărcinare, înseamnă că calitatea însuşirii este incompletă. De aceea e mai bine de făcut aşa cum propun eu". Apoi psihopedagogul demonstrează cum trebuie instruit copilul.

Lucrând paralel cu părinţii şi copii pe baza datelor diagnosticului, psihopedagogul trebuie să arate părinţilor atât modelul relaţiilor lor cu copilul, cât şi modelul posibilei depăşiri a

insuficienţei lui. Această atitudine ar permite părinţilor de tip autoritar să se gândească la poziţia sa şi măcar pentru sine să accepte ceea ce propune specialistul.

8. Educația în familie a copilului cu dizabilități.

Recuperarea persoanelor cu dizabilități constituie „un miracol de fiecare zi”. Recuperarea reprezintă etapa finală sau mai degrabă rezultatul unui proces mult mai complicat – deși uneori ni se pare simplu – și anume a acelui de educație.

Dezvoltarea personalității umane – care constituie obiectivul fundamental al educației - este poate cea mai dificilă lucrare a individului și societății. Educația ca proces complex de modelare prin metode variate, a dezvoltării personalității umane nu se rezumă în nici un caz la „conversația” pe care parintii o poartă pe tema modului de comportament al copilului sau pe „sfaturile”, pedepsele, etc. oferite acestuia. Prin condiție a unei educații, considerata ca acțiune fundamentată științific, este cunoașterea modelului normal de creștere și dezvoltare a copilului, la care trebuie raportat nivelul atins în dezvoltarea sa de propriul copil.

Acest fapt are cîteva consecințe educaționale fundamentale:

a. se identifică din timp orice modificare a procesului de creștere și dezvoltare;

b. se intervine la timp pentru corectarea acestei perturbări;

c. se anticipeaza modul de dezvoltare a personalității în funcție de modelul normal.

Primul punct înlătură decalajul pe care-l creeaza amânarea (lasă că o să vorbească, o să meargă etc.). Determină parintele să consulte medicul de specialitate (neurologul, psihologul, neuropsihiatrul) și să instituie la timp o terapie medicamentoasa, dar și educațională. În felul acesta părintele nu mai este singur, ci se formează o echipă care stabilește un plan de actiune terapeutică și educativă. Condiția realizării planului de acțiune constă în efortul conștient și afectiv de a întelege copilul cu dizabilitîți în intimitatea proceselor sale psiho-afective, în modificările, tensiunile, „dramele” sale interioare de a veni în ajutorul sau.

Educatia copilului cu dizabilități presupune determinarea, prin modul de organizare a condițiilor de viață, a relațiilor din cadrul familiei și din afară, prin organizarea jocului, a activității, a unui mecanism complex de compensare, de reechilibrare globala a personalității.

Incepand cu actele simple – hrana, de exemplu – este nevoie de grija, atenție și afecțiune, special acordate copilului cudizabilități, pentru ca acesta să poată executa – la nivelul posibilităților sale – cât mai multe situații specifice copilului normal. Pentru acest lucru el are nevoie de un ajutor în învățarea și desfășurarea activităților, mult mai îndelung și mai rabdator decât cel acordat copilului normal.

In procesul de dezvoltare a personalității copilului cudizabilități, autonomia personală constituie unul dintre cele mai importante obiective educaționale. Aceasta autonomie se invață dintr-un început, învățându-l pe copil să execute comportamentele necesare adaptării la condițiile existente. Tot așa după cum de-o importanță majoră sunt relații afective – morale ale acestuia. Modelarea comportamentului social – morale – special pentru copilulcu dizabilitîți – este, în primul rând, rodul stilului de relații existente în mediul familial.

Una din problemele cheie ale educatiei copilului cu dizabilitîți este educația pentru bucuria de-a exista. Probabil – sau sigur – părinții care au copii cu dizabilități vor fi contrariați de aceasta afirmație . tocmai pentru că stim bine cât de profundă este suferința acestora,îi facem atenți ca efortul cel mai nobil este acela de a găsi resursele necesare de transformare a ei în bucuria de a ajuta un copil bolnav să învețe să se bucure de viață.

O altă dimensiune a actului educațional este reeducarea permanentă a noastră pentru a corespunde necesităților supreme ale modelării personalității copilului. Cel mai important fapt este convingerea că printr-o bună organizare a procesului educațional, capacitatea de a rectifica urmările deficienței copilului este practic foarte mare. Numai cei care nu își dau seama de acest adevăr se resemnează. Respectiv castigă cei care știu să lupte cu o profundă convingere în forțele umane.

Toti copiii cu dizabilitîți se dezvolta și trăiesc în cadrul societății. Ei vin în contact pe stradă, în instituții, la plimbare, în viața de toate zilele cu persoane care nu au în familie asemenea cazuri. Readaptarea sociala a copilului cu dizabilități trebuie să fie rezultantă cooperării dintre familie, școala și societate, în concordanță cu programul complex de readaptare. Parinții trebuie informați exact despre afecțiunea copilului și despre perspective, în condițiile unui tratament corect condus. Puși în fața realității, parintii vor ști să accepte o existenta normala pentru ei și să solicite asistență posibilă pentru copil.

Dezvoltarea unui copil cu dizabilități este în funcție de cadrul familial în care el va crește. Armonia soților, modul lor de a se întelege și a ajuta pe micuțul cu dizabilitîți sunt deosebit de importante și de un imens ajutor. Acest copil are nevoie de preocupări speciale și acestea nu pot fi îndeplinite dacă nu există un ajutor reciproc conștient.

Adesea întreaga atmosfera familială se schimbă odată cu aparitia unui alt copil normal. Acest eveniment face în primul rând să se șteargă sentimentul de vinovație care este resimțit de ambii părinți. Existența unor copii normali în familie este deosebit de favorabilă evoluției copilului cudizabilități. În primul rând fiindcă, eliberează starea psihică a părinților și ii face să nu-și concentreze - în mod nefolositor – întreaga atenție asupra copiluluicu dizabilități.

În al doilea rând, pentru că aceasta găsește în fratele, frații sau surorile lui, la început, un model pe care se străduiește să-l imite și apoi să-l ajungă, iar apoi un ajutor moral și fizic. El va beneficia de anturajul de prieteni ai acelor copii, anturajul pe care el nu și-l poate crea. Va fi poate ajutat de aceștia laîinvățătură, iar pentru cazurile grave, va putea să supravietuiască datorită grijii lor. Important este ca treptat, pe masura ce conștiința lor se dezvoltă, frații și surorile unui astfel de copil să învețe să înteleagă natura dificultății fratelui sau surorii lor, să o accepte și să nu aiba față de ea curiozitatea pe care o au în general oamenii care trăiesc în afara acestor probleme.

Parinții trebuie să se joace cu copilul! Jocul este o necesitate, o manifestare afectivă, dar și un excelent mijloc de educație. Când copilul este mic, jocul să cuprindă neaparat modalitatea exprimării unor situații noi și diferite, a unor acțiuni speciale, pe care el nu le poate lua singur, a învingerii sentimentului de frică pe care neputința să i-l creează. Jocurile copilului trebuie să fie simple, să-i stimuleze imaginația și gândirea, dar în același timp sâ fie un exercițiu de manualitate pentru el: cuburi, mozaicuri, loto-uri cu figuri, construcții din lemn sau mecanisme, plastilina, traforaj, colorarea unor imagini și decuparea lor cu foarfecele, etc..

Jocurile fac parte integrantă din educație. Prin ele copilul ia cunostință de lumea inconjurătoare: invață diferite senzații, își dezvoltă aptitudinile fizice și intelectuale, descoperă prieteni și reguli de comportament în colectivitate. Ele sunt forma cea mai apropiată de adaptare socială. Educația artistică este de mare utilitate. Un copil cu dizabilități poate nu va dansa, nu se va mișca liber, nu va simți satisfacția muncii, dar va putea să se bucure de trairea intensă a muzicii, a poeziei, a picturii. Este o compensare care dă sens vieții, un simț de valoare și superioritate.

Pentru acesti copii exista o problemă a contactului social. În condițiile în care un fapt material te deosebește de ceilalți, contactul cu ei se dovedește handicapat de un sistem de jenă și inferioritate, de teama de a nu fi acceptat și adesea însăși de respingere. Indiferent de gradul de afectare a copiluluicu dizabilitîți, este bine ca primul contact cu alți copii sa-l aiba înainte cu trei ani, adica înaintarea vârstei la care se dezvoltă aceasta conștiința de sine care-l face sa intrebe:”Eu de ce nu sunt la fel cu ceilalti?” La această varstă învață ușor să stabileasăa relații. Acum se vor stabili prieteniile de mai târziu. Educația trebuie completată cu o corectă și prietenoasă informare asupra vieții sexuale, atunci când handicapul ajunge la varsta corespunzatoare.

9. Prestaţii în favoarea persoanelor cu dizabilităţi

Segmente importante ale populaţiei riscă, datorită unui complex de factori economici şi sociali, să fie împinse la marginea societăţii, să fie caracterizate prin limitarea cronică a accesului la oportunităţile pe care societatea le-a creat pentru majoritatea membrilor săi.

S-a conturat o nouă orientare a societăţii: construirea societăţii coezive, în care toţi membrii săi să ducă o viaţă socială prosperă, vor fi eliminate mecanismele care limitează accesul la oportunităţi şi afectează distructiv persoana umană în diferite modalităţi.

Desigur, se pune întrebarea în ce măsură un asemenea obiectiv este posibil de atins, în ce condiţii ar putea fi realizat?

Pentru a combate excluziunea socială, nu este suficient doar suportul financiar, ci trebuie dezvoltate diverse forme de suport pentru a evita excluziunea şi pentru a recupera social persoanele împinse la marginea societăţii.

La un nivel înalt de generalitate se poate considera că progresul economic şi social, dezvoltarea pe termen scurt sau lung contribuie la prevenirea apariţiei deficienţelor. Nivelul de dezvoltare economică şi socială condiţionează răspunsul pe care îl poate oferi societatea unor probleme cum ar fi abuzul de alcool, de tutun şi droguri, creşterea ponderii populaţiei vârstnice şi a nevoilor de îngrijire, prevalenta unor afecţiuni (boli cardio-vasculare, hipertensiune arterială, diabet etc.) care antrenează creşterea nevoilor de servicii sanitare şi de structuri de susţinere familială.

În scopul prevenirii pot fi luate în considerare îngrijirile primare ale sănătăţii - depistarea, diagnosticul, intervenţia precoce. Tot aici pot fi vizate campanii de educaţie în scopul explicării cauzelor, simptomelor şi consecinţelor deficienţelor, ca şi a tehnicilor de prevenţie, pentru a descuraja şi contracara anumite atitudini, obiceiuri, tabuuri, superstiţii care au legătură cu deficienţele şi handicapurile.

Mărimea medie a pensiei de dizabilitate la 1 ianuarie 2016 a constituit 933,4 lei, comparativ cu 1165,2 lei pentru total pensionari. În funcţie de gradul de dizabilitate mărimea acesteia variază de la 592,9 lei pentru persoanele cu dizabilitate medie până la 1173,9 lei pentru cele cu dizabilitate severă. Comparativ cu anul 2011 mărimea medie a pensiei de dizabilitate s-a majorat în medie cu 30%, în timp ce mărimea medie a pensiei per total a crescut cu 33%.

Alocaţii sociale de stat destinate copiilor cu dizabilităţi şi persoanelor cu dizabilităţi care nu îndeplinesc condiţiile necesare pentru obţinerea dreptului la pensie, din bugetul asigurărilor sociale de stat. În anul 2015, mărimea medie a alocaţiei sociale de stat pentru toate categoriile de beneficiari a constituit 373,4 lei, fiind în creştere cu 59% faţă de anul 2011. Cuantumul alocaţiei este mai mare la copiii în vârstă de până la 18 ani cu dizabilităţi severe (487,5 lei) şi persoanele cu dizabilităţi severe din copilărie (479,3 lei).

Alocaţii sociale pentru îngrijire. Persoanele cu dizabilitate severă beneficiază şi de alocaţie pentru îngrijire. În anul 2015 aceasta s-a majorat, constituind 646,4 lei.

Compensaţii pentru transport. Pentru compensarea parţială a călătoriilor în transportul public urban, suburban şi interurban, de către autorităţile administraţiei publice locale sunt alocate compensaţii pentru transport, cuantumul mediu al căreia constituie 46 lei/lunar pentru persoanele cu dizabilităţi severe şi copii cu dizabilităţi şi 23 lei/lunar pentru persoanele cu dizabilităţi accentuate. Pentru persoanele cu dizabilităţi locomotorii se acordă anual compensaţii anuale de transport, în mărime de 800 lei.[50]

Alte direcţii de acţiune în scopul prevenţiei pot fi: sănătatea mamei şi copilului (crearea şi dezvoltarea unei reţele de îngrijire, cu personal calificat), combaterea malnutriţiei, a carenţelor de vitamine cu incidenţe negative asupra stării de sănătate, vaccinările, prevenirea accidentelor etc. Un accent deosebit este pus pe depistarea precoce deficienţelor în dezvoltarea copiilor care creează condiţiile instituirii cât mai rapide a asistenţei adecvate.

Numeroase ţări se orientează spre educarea copiilor cu dizabilităţi în sistemul obişnuit de învăţământ, bazându-se pe principiul integrării, care oferă avantajul interacţiunilor şi adaptării reciproce a lor cu copiii care nu prezintă incapacităţi. Desfăşurarea procesului de învăţământ presupune instalaţii speciale indispensabile, mijloace speciale, metode de comunicare adecvate.

---

[50] Sursa: Raportul privind situaţia persoanelor cu dizabilităţi din Republica Moldova în anul 2015 disponibil pe: http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=5434

Desigur, prestaţiile în favoarea persoanelor handicapate cunosc o mare diversitate; ele ar putea fi evidenţiate printr-o grupare în funcţie de obiectivele esenţiale pe care le vizează: prevenţia, readaptarea şi egalizarea şanselor.

10. Cum poate copilul învăţa activităţi noi

• Există mai multe moduri prin care puteţi învăţa copilul activităţi noi. Puteţi folosi următoarele metode:

Efectuând activităţi pe care copilul le poate vedea sau auzi.

Explicându-i şi povestindu-i activităţi ce le-aţi făcut.

Făcând împreună cu copilul diverse activităţi.

Vorbind despre activităţi pe care le faceţi împreună.

Povestindu-i ce fac alţi copii.

Încurajând copilul să facă cât mai multe activităţi fără ajutorul dumneavoastră.

• Aflaţi mai întâi cât de mult şi cum vă înţelege copilul.

Este posibil ca el să vă înţeleagă mai bine ascultându- vă vorbind sau poate înţelege mai bine privindu-vă expresia feţei, mişcările mâinilor şi ale corpului. Poate vă înţelege doar când vă atinge în timp ce faceţi ceva sau atunci când faceţi împreună o activitate.Când învăţaţi copilul ceva, vorbiţi şi explicaţi în felul în care el înţelege cel mai bine.

Învăţaţi copilul să efectueze anumite activităţi la anumite ore din zi. De exemplu, jutaţi-1 să mănânce atunci când e ora de masă; învăţaţi-1 să se dezbrace sau să se îmbrace când e ora de culcare, respectiv, de sculare.

Începeţi antrenamentul copilului cu activităţi pe care credeţi că le va învăţa mai uşor.

învăţaţi-1 o singură activitate odată. Când copilul poate face activitatea bine, puteţi să-1 învăţaţi alta nouă.

Antrenaţi copilul zilnic.

Copilul poate învăţa o activitate mai uşor odată ce a înţeles că este o activitate pe care o face toată lumea. De exemplu, poate învăţa să mănânce fără ajutor şi la ore regulate, dacă înţelege că toţi membrii familiei fac la fel.

Sunt perioade de timp când copilul nu mai poate învăţa activităţi noi, oricât aţi încerca. Este bine ca în acest timp să-1 lăsaţi să continue să efectueze şi să perfecţioneze activităţile deja învăţate. Urmăriţi copilul cu atenţie pentru a şti când este gata să înveţe lucruri noi. Abia atunci puteţi continua să-i arătaţi activităţi noi.

• Copilul trebuie să vă acorde toată atenţia atunci când îl învăţaţi un lucru nou. Nu veţi reuşi să atrageţi atenţia copilului dacă acesta este flămând sau ud. Copilul trebuie să fie sătul, cu schimburi curate şi să stea confortabil pentru a putea fi atent.

Copilul nu va fi atent la dumneavoastră dacă înjur se află mai multe persoane sau este zgomot. El va dori să privească şi să asculte tot ce este în jurul lui. Căutaţi un loc liniştit pentru a desfăşura antrenamentul unde copilul să se poată concentra numai la ce faceţi împreună.

Unii copii nu se pot concentra decât o perioadă scurtă de timp. în acest caz începeţi prin a antrena copilul, folosind activităţi sau jocuri care îi fac plăcere. De exemplu, jucaţi-vă cu o minge sau puneţi copilul să construiască un castel din cuburi şi apoi să-1 dărâme.

Faceţi ca durata de timp a acestor activităţi să se mărească cu fiecare zi. Antrenaţi în acest fel copilul sa şi păstreze atenţia pentru perioade mai mari de timp. Când consideraţi că este suficient de antrenat puteţi încerca şi alte activităţi.

Aveţi în vedere că dacă un copil face o activitate un timp prea îndelungat, ar putea să se plictisească şi atunci nu mai vrea să o facă niciodată. Din acest motiv nu-1 obligaţi să efectueze aceeaşi activitate prea mult timp. Urmăriţi copilul pentru a observa când începe să se plictisească şi întrerupeţi activitatea înainte de a se plictisi copilul.

Aveţi răbdare cu copilul. Vorbiţi-i rar şi nu ridicaţi vocea. Copilul nu va învăţa nimic dacă ţipaţi la el sau îl speriaţi. Nu bateţi copilul. Bătaia şi ţipătul nu va ajuta copilul să înveţe.

Un copil are nevoie să repete o activitate învăţată. Cu cât o repetă mai mult cu atât va şti să o efectueze mai bine.

Cum să folosiţi răsplata pentru a ajuta copilul să înveţe

Recompensele pot ajuta copilul să înveţe mai repede. Dacă copilul primeşte o recompensă pentru un lucru făcut bine, el va dori să-1 repete. Lăsaţi deci, copilul să ştie că va fi răsplătit pentru activităţile efectuate corect. Oferiţi recompensa imediat şi de fiecare dată când copilul a făcut ceva corect.

Urmăriţi copilul ca să aflaţi ce-i place. Puteţi astfel să-i oferiţi răsplata dorită.

Recompensă poate fi unul din lucrurile următoare: Un zâmbet, o îmbrăţişare, o laudă sau mai multă atenţie. Daţi copilului ceva special, un fruct sau o jucărie.Lăsaţi copilul să facă ce doreşte: să se joace sau să asculte cântece şi muzică.

Când copilul a efectuat un lucru uşor, de exemplu, a băut un pahar de lapte, oferiţi-i o recompensă mică ca o mângâiere sau un sărut. Recompensa va fi mai mare când activitatea efectuată va fi mai importantă. De exemplu, dacă mănâncă tot din farfurie, lăsaţi-1 să se joace sau să asculte muzică.

Răsplata trebuie dată numai dacă activitatea este făcută corect. Nu trebuie recompensat copilul pentru ceva ce nu trebuia să facă. Copilul va încerca din nou ca să primească recompensa. Încercaţi să ignoraţi copilul atunci când face ce nu doriţi să mai repete. Nu puteţi accepta o activitate prin care copilul poate să aducă daune lui însuşi sau altor persoane. Opriţi activitatea periculoasă imediat şi încurajaţi copilul să facă altceva.

Daţi o recompensă copilului ce face o activitate corect, la timpul şi locul potrivit. De exemplu, răsplătiţi copilul care se îmbracă cu hainele cu care trebuia să se îmbrace sau care mănâncă alături de membrii familiei la ora potrivită.

Continuaţi să răsplătiţi copilul până când a învăţat activitatea corect. După aceea, treptat, renunţaţi la răsplată.

Cum să învăţaţi copilul să efectueze o activitate

Aţi observat copilul pe care-1 antrenaţi şi cunoaşteţi deja ce posibilităţi are.

Ştiţi cam ce volum dintr-o activitate este capabil să efectueze singur. De asemenea, ştiţi şi ce anume nu poate face. Încurajaţi întotdeauna copilul în orice poate face de unul singur. Asiguraţi-vă că el efectuează activitatea pe cât e posibil fără ajutor.

Ţineţi permanent copilul sub observaţie atunci când învaţă o activitate nouă. Căutaţi să aflaţi de fiecare dată cât de mult mai poate face singur, fără ajutorul dumneavoastră. Ajutaţi-1 să efectueze acele părţi ale activităţii pe care nu le poate face singur.

De fiecare dată, când învăţaţi copilul o activitate, amintiţi-vă aceste lucruri.

Puteţi folosi următoarea metodă în a învăţa copilul o activitate:

Gândiţi-vă cum copilul ar efectua activitatea.

Explicaţi copilului activitatea.

În timp ce îl ajutaţi, spuneţi copilului să efectueze activitatea pe cât poate fără ajutorul dumneavoastră.

De fiecare dată când a terminat o activitate, arătaţi copilului cât de mulţumit sunteţi, dându-i o recompensă.

Faceţi activitatea în acelaşi fel de fiecare dată şi de câte ori copilul are nevoie.

Micşoraţi ajutorul acordat la fiecare nouă încercare.

Continuaţi să antrenaţi copilul până când este capabil să efectueze corect întreaga activitate fără ajutorul dumneavoastră.

Următorul exemplu descrie modul în care puteţi învăţa copilul să bea din cană.

1. Gândiţi-vă cum copilul ar efectua activitatea.

Gândiţi-vă deci, cum ar bea copilul din cană. Va ridica cana, o va duce la gură, sau va lua o înghiţitură şi va pune cana la loc.

2. Explicaţi copilului activitatea.

Explicaţi-i ce trebuie să facă pentru a putea bea din cană. Explicaţi-i şi de ce trebuie să bea.

Arătaţi copilului cum să bea din cană. Puneţi mâna pe mâna copilului şi efectuaţi împreună mişcările.

3. în timp ce ajutaţi copilul, spuneţi-i să efectueze activitatea pe cât poate fără ajutorul dumneavoastră. Spuneţi-i clar şi simplu ce trebuie să facă.

Dacă nu a înţeles pe deplin ce trebuie să facă, repetaţi mişcările necesare împreună.

Ajutaţi copilul de fiecare dată când nu poate efectua de unul singur o parte din activitate. Astfel, ajutaţi să ducă activitatea la bun sfârşit.

4. De fiecare dată când terminaţi împreună cu copilul o activitate, arătaţi-i cât sunteţi de mulţumit. Spuneţi-i că a făcut bine. II puteţi mângâia sau îmbrăţişa răsplătindu-l astfel pentru ducerea la bun sfârşit a activităţii. Acest lucru va face copilul să dorească să efectueze activitatea şi altă dată.

Ajutaţi de fiecare dată copilul să termine activitatea. Dacă o face de unul singur trebuie răsplătit.

Dacă copilul reuşeşte să facă o parte din activitatea pe care înainte nu putea să o facă, arătaţi-i că sunteţi mulţumit.

Răsplătiţi copilul de fiecare dată când efectuează corect o activitate. Aceste recompense vor încuraja copilul să facă şi alte activităţi de unul singur.

Faceţi activitatea în acelaşi fel de fiecare dată şi de câte ori copilul are nevoie. Nu schimbaţi instrucţiunile şi recompensa când repetaţi activitatea cu copilul.

Diminuaţi ajutorul acordat de fiecare dată. Cereţi-i copilului să efectueze tot mai mult fără ajutorul dumneavoastră. Acordaţi ajutor numai în cazul în care copilul este incapabil să facă activitatea.

Continuaţi să antrenaţi copilul până când este capabil să facă corect întreaga activitate fără ajutorul dumneavoastră. Acest lucru poate lua zile întregi, săptămâni sau chiar luni.

Concluzii şi recomandări

Fiecare copil are o cale proprie de dezvoltare care este unică şi irepetabilă. O bună parte din copii îşi menţin ritmul de dezvoltare, pe cînd o altă parte din copii se confruntă cu obstacole în calea devenirii, abătîndu-se de la ritmul firesc al dezvoltării. Aceste obstacole se datorează anumitor deficienţe care pot fi înăscute sau dobîndite pe parcursul vieţii. Astfel, copilul cu deficienţă este mult mai vulnerabil şi mai dependent, decît copilul care parcurge puseul de dezvoltare într-un ritm firesc. Copilul cu dizabilități necesită o abordare educativă specială, ţinîndu-se cont de potenţialul lui, are nevoie într-o mai mare măsură de un mediu bine structurat şi diferenţiat, ce i-ar favoriza dezvoltarea ulterioară. Un prim mediu care trebuie să răspundă apariției unui copil cu dizabilități, desigur că este familia.

Familia este nucleul societăţii - primul loc unde valorile sunt învăţate de copil şi transmise din generaţie în generaţie. Copilul cu disabilitîți este parte a familiei şi are tendinţa de a asimila tradiţiile, obiceiurile, normele şi istoria acesteia. Copilul cu disabilități se integrează mai uşor social şi cultural în societate prin intermediul familiei sale, care este parte a societăţii şi împărtăşeşte anumite valori, norme şi principii.

Educaţia şi cultura joacă un rol important în viaţa unui copil. Acestea îl definesc pe copil ca personalitate, îl ajută să înţeleagă cum să-şi trăiască viaţa, îl inspiră cum să se integreze în societate. Copilul devine o personalitate şi doar prin educație corectă însuşeşte şi transmite valorile culturale, normele, principiile şi tradițiile luate de la părinții săi. Exclusiv familia îi poate oferi unui copil un mediu cultural, social şi sprijinul instructiv şi spiritual de care acesta are nevoie pentru a-şi consolida propriul drum în viaţă.

Educaţia, moştenirea culturală şi integrarea socială a copilului prin instituţia familiei este o sarcină foarte importantă pentru părinţi atât naturali, cât şi adoptivi. Dacă partea economică face familia care are în îngrijire un copil cu dizabilități să fie vulnerabilă în faţa noilor provocări din societate, atunci doar existenţa unui set de norme, principii, competențe, valori culturale şi spirituale valorificate în cadrul familiei o poate menţine integră şi o face rezistentă la încercări. Atunci când ambele lipsesc, de regulă, instituţia familiei are toate premisele să se dezmembreze, cel mai mult suferind copilul.

Dacă copilul este lăstarul educaţiei, atunci familia este rădăcina educaţiei. Copilul devine personalitate integrală în plan moral, intelectual, spiritual, afectiv-motivaţional însuşind valorile, principiile şi normele în cadrul familiei şi mediului social în care se dezvoltă. De aceea, exclusiv familia trebuie să asigure copilului un mediu sănătos de formare şi dezvoltare. În lipsa unei

familii, copilul se expune unui potenţial risc de influenţă distructivă asupra personalităţii sale din partea societăţii.

Este foarte important să selectăm chibzuit activităţile de recuperare, care îl vor ajuta pe copil să achiziţioneze noi abilităţi ce vor contribui la facilitarea dezvoltării copilului pe orizontală şi pe verticală. Edicația acestor copii este centrată pe nevoia de atenţie şi asistenţă educaţională suplimentară, aceasta se referă la o abordare individualizată în baza particularităţilor şi/sau caracteristicilor unei dizabilităţi.

Unul din obiectivele generale ale recuperării este consilierea, în special a părinţilor. Consilierea constă în ameliorarea sau schimbarea stării psihologice a pacientului. Consilerea părinţilor include informarea părinţilor cu probleme de dezvoltare psihică, fizică şi modalităţi de recuperare a copiilor; organizarea instruirii părinţilor şi stimularea lor spre colaborare cu diferite centre; crearea unui climat deschis pentru discuţii între părinţi; informarea în ceea ce priveşte nevoile copilului, creştera, dezvoltarea și nutriţia lui; organizarea disiminării bunelor practici în educarea copilului etc.

Consilierea parentală este eficientă ca metodă deoarece copilul are nevoie de dragoste şi securitate, de experienţe noi, de apreciera şi stima părinților, prin intermediul părinţilor el interacţionează mai uşor cu mediul înconjurător. În cadrul consilierii relaţia specialist - părinte trebuie să fie de la egal la egal și nu de pe poziţia autotştiitorul; specialistul şi părintele trebuie să fie parteneri cu scopuri comune. Scopul consilierii parentale se face pentru formarea abilităţilor de relaţionare prin respect, autenticitate, empatie a copiilor şi părinţilor pentru o recuperare cît mai bună.

Promovarea implicării tatălui în viaţa familială şi creşterea copiilor cu dizabilități devine un obiectiv de mare importanță și necessitate. Conform sintezei unui studiu recent elaborat, Politica Familială pentru Republica Moldova de Mihaela Robila (2010), constatăm că taţii joacă un rol important în dezvoltarea emoţională şi cognitivă a copiilor. De aceea, încurajarea implicării tatălui în viaţa copilului cu dizabilități încă de la naşterea acestuia măreşte şansele implicării ulterioare a acestuia în creşterea şi educaţia copilului. Aceasta ar reduce în mod sigur numărul familiilor monoparentale, apărute, ca regulă, nu doar din divorţuri. De asemenea, este important ca societatea să recunoască relevanţa dreptului taţilor de a lua un angajament faţă de viaţa familială şi copii.

Avand în vedere nevoile specifice ale copiilor cu dizabilitşți și familiilor acestora, în vederea îmbunătățirii calității vieții individuale și la nivel de familie specialiștii din domeniu propun o serie de demersuri: accesarea de fonduri nerambursabile în vederea dezvoltării de noi servicii dintre cele menționate ca inexistente; campanii de conștientizare a opiniei publice cu privire la implicațiile dizabilității la nivel individual, familial, comunitar și social și importanța rolului implicării active a fiecarui membru al societății în sprijinirea persoanelor care se confruntă cu acest tip de probleme; inițierea și dezvoltarea de cercetări în domeniu pentru evaluarea fenomenului și propunerea de masuri de intervenție adecvate; dezvoltarea de parteneriate între instituțiile publice, cele private și societatea civilă; compatibilizarea legislației din domeniu cu nevoile reale ale persoanelor cu dizabilități și familiilor acestora.

În societatea modernă, tot mai mulți adulți îşi cresc copiii de unii singuri, aşa-zisele familii „monoparentale”. Pare a fi un lucru firesc, în zilele noastre, când cariera, viaţa profesională, falimentul, penalizarea unuia sau chiar ambilor părinţi este motivul şi cauza multor divorţuri. În acest sens, este nevoie de o politică de echilibrare a vieţii de familie cu cea profesională. Într-un studiu realizat în România se arată că dezechilibrul dintre viaţa profesională şi cea de familie afectează angajatul, familia, organizaţia în care munceşte. Diverse lucrări şi statistici europene vorbesc despre existenţa unor serioase probleme generate de conflictul dintre viaţa profesională şi cea personală.

Tema 10: RESPECTAREA CERINȚELOR DEONTOLOGICE DE CĂTRE PROFESIONISTUL ÎN SERVICIUL PERSOANEI CU DIZABILITĂȚI

Standardul ocupaţional se referă la obligaţiile legale ale celui care lucrează în serviciul social acordat persoanei cu dizabilități şi angajează răspunderea acestuia, inclusiv penală. Codul deontologic evidenţiază valorile fundamentale şi principiile care ghidează activitatea de zi cu zi a unui profesionist şi a căror respectare angajează responsabilitatea morală a acestuia. în domeniul social sunt importante nu numai cunoştinţele şi deprinderile lucrătorului social, competenţele acestuia, ci şi gradul de interiorizare a valorilor morale, care nu întotdeauna poate fi cuantificat, dar se răsfrânge asupra calităţii vieţii persoanei cu dizabilități. Codul deontologic al profesionistului în serviciul social acordat persoanei cu dizabilități, pe care-1 propunem mai jos, se bazează pe valorile fundamentale ale domeniului social, pe demnitatea, valoarea şi unicitatea fiecărei persoane.

Profesionistul respectă următoarele norme deontologice înscrise în ariile de mai jos:

I. **Răspundere faţă de persoana cu dizabilități**

Se consideră în serviciul societăţii şi al persoanei cu dizabilități, pe baza legii şi cu respectarea legii. Se angajează cu toate capacităţile sale la realizarea unei prestaţii profesionale de cea mai înaltă calitate.

Rezolvă toate problemele activităţii de zi cu zi prin referire la valorile umane, la drepturile şi libertăţile persoanei cu dizabilități. Asigură respectarea tuturor drepturilor persoanei cu dizabilități. Interesul superior al persoanei cu dizabilități este asigurat atunci când toate drepturile sale sunt respectate.

Serviciile sale sunt centrate pe calitatea vieţii persoanei cu dizabilități, pe satisfacerea nevoilor sale ca fiinţă unica. În tot ce întreprinde respectă principiul; „în primul rând să nu dăuneze" *(primum non nocere)*.

Asigură varietatea şi calitatea serviciilor astfel încât acestea:

- să fie în acord cu demnitatea;
- să asigure beneficiarului o stare de bine fizică, emoţională şi spirituală;
- să faciliteze integrarea în comunitate, activitatea şi participarea;
- să ofere alternative, să asigure opţiunea şi acordul persoanei cu dizabilități;
- să asigure învăţarea şi dezvoltarea capacităţilor persoanei cu dizabilități;
- să-i sporească autonomia şi independenţa;
- să prefigureze un viitor.

Respectă dreptul persoanei cu dizabilități de a fi consultată, de a face alegeri în cunoştinţă de cauză şi de a exercita un control asupra propriei ei vieţi.

Oferă persoanei cu dizabilități o diversitate de posibilităţi în ceea ce priveşte habitatul, educaţia, petrecerea timpului liber, activităţile utile şi de muncă.

Implică persoana cu dizabilități în activităţi care-i menţin, dezvoltă sau recuperează capacităţile adaptative esenţiale (de autoîngrijire, de comunicare, de petrecere a timpului liber, de pregătire a hranei, de întreţinere a locuinţei).

Abordează pozitiv persoana cu dizabilități, îi descoperă capa citățile, predispoziţiile, punctele forte şi creează ocazii de valorizare.

Apelează la cunoştinţele şi aprecierile persoanei cu dizabilități despre propriile nevoi, forţe şi capacităţi şi ţine cont de ele în asistenţă şi îngrijire.

Respectă şi asigură dreptul persoanei cu dizabilități la demni tate şi la viaţă personală sub toate aspectele.

Crede în capacităţile persoanei cu dizabilități de a contribui Ia viaţa societăţii. Ajută persoana cu dizabilități să-şi ocupe pe deplin locul în societate.

Crede în rolul pe care-1 pot avea persoanele cu dizabilități în politicile referitoare la problemele handicapului şi sprijină activitatea acestora şi a asociaţiilor lor.

Este activ în reprezentarea intereselor persoanei cu dizabilități, dar nu ia decizii în numele persoanei cu dizabilități fără acordul acesteia.

Respectă intimitatea persoanei cu dizabilități.

Asigură confidenţialitatea în ceea ce priveşte informaţiile pe care le deţine.

Înţelege problemele specifice ale copiilor, bătrânilor şi persoanelor în fază terminală şi vine în întâmpinarea trebuinţelor specifice.

Ia în considerare gradul de înţelegere, de dezvoltare, capacitatea şi vârsta persoanei cu dizabilități în planificarea şi desfăşurarea activităţilor.

Previne orice neglijenţă, abuz sau maltratare asupra persoanei cu dizabilități din partea oricui ar veni.

Anunţă serviciile sociale în cazul oricăror semne de maltratare.

Asigură prin toate mijloacele rămânerea persoanei cu dizabilități în familie, în propria locuinţă şi previne instituţionalizarea.

Se implică în combaterea excluziunii sociale a persoanei cu dizabilități.

Face lobby pentru asigurarea accesului persoanei cu dizabilități în comunitate şi pentru participarea acesteia la toate tipurile de activităţi, inclusiv de loisir, în cadrul comunităţii.

Recunoaşte importanţa serviciilor de terapie/recuperare şi asigură prezenţa persoanei cu dizabilități la aceste servicii, la recomandarea specialistului.

Consideră angajarea în muncă un element-cheie pentru includerea socială şi sprijină persoana cu handicap să caute, să găsească un loc de muncă şi să acceadă la locul de muncă.

Consideră educaţia în cadrul sistemului naţional de învăţământ un element-cheie pentru dezvoltarea copilului şi asigurarea viitorului sau. Asigură suportul necesar pentru frecventarea grădiniţei, şcolii, facultăţii.

Ajută persoana cu dizabilități să-şi suporte cu fermitate propria situaţie.

Susţine dreptul persoanei cu dizabilități de a-şi întemeia propria familie.

II. Răspundere raportată la exigenţele profesiei

îndeplineşte activităţile stabilite şi cerute prin planul de asistenţă şi îngrijire şi din cel educaţional. Serveşte persoana cu dizabilități cu devotament şi loialitate. îşi valorifică la maximum cunoştinţele şi deprinderile.

Reprezintă, prin faptele zilnice, un model de comportare şi atitudini pozitive.

Asigură discreţia şi confidenţialitatea.

Manifestă o atitudine neutră din punct de vedere politic şi religios, protejează persoana cu dizabilități de orice tendinţă de îndoctrinare şi manipulare ideologică, respectă dreptul acesteia la opţiuni proprii politice şi religioase.

Nu determină şi nu acceptă ca o persoană cu dizabilități s ă i răsplătească prestaţiile cu valori materiale.

Evită orice relaţie sau angajament care este împotriva intereselor clientului.

Se îngrijeşte de sănătatea, igiena şi ţinuta proprie.

Face diferenţă între interesele profesionale şi cele personale.

Îşi îmbunătăţeşte cunoştinţele în domeniu.

Participă la cursuri de iniţiere/pregătire/perfecţionare.

III. Relaţia cu familia persoanei cu dizabilități

înţelege şi respectă realităţile şi formele familiei.

Respectă membrii familiei.

Sprijină familia pentru a obţine informaţiile necesare privind drepturile persoanei cu dizabilități.

Stabileşte un parteneriat cu familia, bazat pe reguli clare şi negocierea problemelor.

Ştie că familia persoanei cu dizabilități are nevoi economice sociale specifice şi sprijină familia în obţinerea drepturilor sale.

Respectă şi valorifică cunoştinţele familiei despre nevoile, forţele, capacităţile proprii şi ale persoanei cu dizabilități, crede în rolul pe care-! poate juca familia în politicile în domeniu şi o sprijină să se implice.

Asigură confidenţialitatea informaţiilor.

Recunoaşte că familia este constantă în viaţa copilului.

Respectă diversitatea culturală, etnică şi socioeconomică a familiei.

Sprijină, în felul sau, colaborarea profesionişti-familie.

Împărtăşeşte cu părinţii, continuu şi cu utilitate, informaţii complete şi obiective privind calitatea vieţii persoanei cu dizabilități.

Asigură sprijin afectiv familiei.

Recunoaşte punctele forte ale familiei, ale procedurilor de îngrijire şi asistare.

IV. Relaţia cu ceilalţi profesionişti, cu autorităţile şi asociaţiile / fundaţiile în domeniu

Colaborează cu ceilalţi profesionişti şi cu serviciile publice de asistenţă socială.

Respectă competenţele şi cunoştinţele specialiştilor.

Respectă, în relaţiile cu alţi reprezentanţi ai unor profesii, normele comportamentului civilizat de colaborare, stimă şi ajutor reciproc.

Nu realizează cu alţii o comunitate de interese neprincipiale în vederea obţinerii unui avantaj ilegal.

Solicită consilierea specialiştilor în orice problemă neclară.

Îşi cunoaşte competenţele şi cunoştinţele şi nu-şi asumă răspunderile altor profesionişti sau sarcini cărora nu le poate face faţă.

Acceptă evaluarea, monitorizarea şi supervizarea activităţii sale de către cei îndreptăţiţi sa o facă.

Sprijină alţi profesionişti (medicul, psihologul, kinetoterapeutul, logopedul) să comunice cu persoana cu dizabilități şi să-şi realizeze sarcinile.

Se implică în observarea şi cunoaşterea persoanei cu dizabilități şi comunică, la cerere, informaţiile cerute de specialişti.

Informează o persoană responsabilă când siguranţa şi sănătatea beneficiarului este în pericol.

Împărtăşeşte experienţa altor profesionişti.

Înscrie persoana cu dizabilități/pe sine însuşi într-o asociaţie sau fundaţie cu activitate în domeniul fenomenului de handicap şi se comportă ca un membru activ, lărgind aria de suport pentru persoana cu dizabilități

BIBLIOGRAFIA:

1. Albu Adriana, Albu Constantin. Asistenţa psihopedagogică şi medicală a copilului deficient fizic, Ed. Polirom, Iaşi, 2000, p.28.
2. Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova/ Maria Bulgaru, Nicolae Sali, Tatiana Gribincea. – Chișinău, 2008. p. 406-440
3. Boza, Mihaela, Atitudinile sociale şi schimbarea lor, Iaşi: Polirom, 2010.;
4. Chicu V.,Cojocaru V.Educaţie incluzivă. Repere metodologice.-Ch., 2006. 124 p.
5. Chereches (Osvăț) Claudia. Calitatea vieții în familiile copiilor cu dizabilități neuro-motorii. Rezumatul tezei de doctorat. Cluj-Napoca, 2011. 36 p.
6. Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării, Sondaj referitor la discriminare 2010
7. Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, aprobată 19 decembrie 2001;
8. Creţu V. Incluziunea social şi şcolară a persoanei cu handicap – Strategii şi metode de cercetare. Bucureşti: Ed. Printech, 2006. 232 p.
9. Csaba Ferenc, Asztalos în publicația CNCD, Dreptul la egalitate și nediscriminare în administrarea justiției – Manual de pregătire, 2012, accesat pe: http://www.cncd.org.ro/publicatii/Studii-3/
10. Drepturile omului și problema dizabilităților. Ghid. Reglementări internaționale ți naționale pentru drepturile omului, destinat persoanelor cu dizabilități și familiilor acestora. Chișinău, 2011. 280 p.
11. Formare în domeniul antidiscriminării și al drepturilor persoanelor cu dizabilități http://antidiscriminare.egalitate.md/wp-content/uploads/2016/01/suport_de_curs_Formare-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati.pdf
12. Ghid teoretico-practic pentru asistența socială multifuncțională comunitară/ Agapii Eugenia, Botnari Valentina, Bulgaru Maria et. al; coord. șt.: Aurelia Racu; APDI NUMANITAS. – Chișinău: Pontos, 2018. 432 p.
13. Gerguţ Alois Psihopedagogia persoanelor cu cerinţe educative speciale. Strategii diferenţiate și incluziune în educaţie. Polirom, Iași, 2006. 246 p.
14. Grunewald K., Dr., Curs de pregătire a personalului căminelor spital pentru copii şi tineri cu dizabilități mintal, Stocolm, 1999;
15. Ilut, P. Sociopsihologia si antropologia familiei, Editura Polirom, Iasi, 2005). 168 p.
16. Institutul European din Romania, Jurisprudenţa istorică a instanţelor comunitare – culegere de hotărâri integrale, vol. 1, Seria Aquis comunitar, Direcţia Coordonare Traduceri, Bucureşti, 2008;
17. Ilut, P. Sociopsihologia si antropologia familiei, Editura Polirom, Iasi, 2005). 168 p.
18. Jean-François, Renucii, Tratat de drept european al omului, Ed. Hamangiu, Bucureşti 2009;
19. Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţ, nr. 60/2012 a Parlamentului Republicii Moldova;
20. Lapoşin E.,Stratan V., Dezvoltarea timpurie a copiilor în cadrul educaţiei în familie. (Ghid pentru părinţi). Tipografia UPS „I.Creangă”. Chişinău, 2006. 183 pag.
21. Lapoşina E.,Некоторые аспекты социальной работы с семьями, воспитывающими детей с проблемами в развитии. Articol în Culegerea „Probleme ale ştiinţelor socioumane şi modernizării învăţământului”, UPS „Ion Creangă”, Chişinău, 2008.
22. Lapoşina E. К вопросу оказания психолого-педагогической помощи родителям в воспитании детей с особыми потребностями„Probleme ale ştiinţelor socioumane şi modernizării învăţământului”: Conf. Şt. Anuală a Univ. Pedagogice de Stat „Ion Creangă” (24-25 febr. 2009) / col. Red. Vasile Cojocaru, Nicolae Chicuş, Igor Racu (et.al); coord.: Nicolae Banuh.- Ch.: S.n., 2009 (Tipogr. UPS „I.Creangă”). – Vol.1. – 2009. – 596 p.

23. Lapoşina E. Relatări cu privire la consilierea părinților copiilor cu disabilități Comrat 2011 // «Наука. Культура. Образование»., Междунарю науч.-практическая конференция (2011; Комрат). Международная научно-практическая конференция, посвященная 20 - летию Комратского государственного университета "Наука. Культура. Образование", 11 февраля 2011года. - Комрат : Комрат.гос.ун-т, 2011. - 300 p. Pag. 208-211.
24. Lapoşina E. Adaptarea socială a cuplului marital la rolul de părinte al copilului cu disabilităţi. Asistenţa psihologică şi socială ca factor al dezvoltării societăţii. Conferinţa ştiinţifică internaţională jubiliară UPS I.Creangă din Chişinău. Vol. II, Chişinău, 2010.
25. Parteneriat în educaţia integrată a copiilor cu cerinţe educative special, coord. Stela Coman, Ed. „Spiru Haret", Iaşi, 2001, p.13.
26. Păunescu C., Muşu I. Recuperarea - medico pedagogică a copilului cu dizabilități // Editura Medicală Bucureşti 1990.248 p., pag.21- 36.
27. Racu Aurelia, Popovici Doru Vlad, Crețu Verginia, Racu Sergiu, Bucinschi Cătălin. Asistența social a persoanelor cu dizabilități. – Chișinău, Ed. Pontos, 2007. 300 p.
28. Roth, M., Rebeleanu, A. Asistenta sociala. Cadru conceptual si aplicatii. Practice, Presa Universitara Clujeana, Cluj-Napoca, 2007.
29. Şerban Elenea-Petropela. Asistenţa socială a mamelor adolescente.- Iași. LUMEN, 2005
30. Stratan V., Lapoşin E., și a. Asistenţa socială a persoanelor în dificultate, Chișinău 2002.
31. Stratan V., Lapoşin E., și a. Învăţământ special. Probleme şi perspective. Chișinău 2002.
32. Stratan V., Lapoşin E., Studiul conţinutului educaţiei speciale preşcolare şi orientarea ei corecţional-individualizată. Studiul monografic. Tipografia UPS „I.Creangă". Chişinău, 2006. 222 pag.
33. Szabo Claudia Asistența socială în protecția persoanelor cu dizabilități.–Cluj Napoca 2012, http://www.incluziunesociala.ro/upls/89_protectia_sociala_a_pers_cu_handicap.pdf
34. Training manual on discrimination, Awareness-raising seminars in the areas of non-discrimination and equality targeted at civil society organisations - VT/2010-007 - Human European Consultancy in partnership with the Migration Policy Group, 2011;
35. Zlatescu I., Neagoe A., Mocanu M., Drepturi egale si mediu accesibil, Ed. IRDO, Bucuresti, 2014;
36. Zamfir, C., Popescu, I.A., Stefanescu, S., Teodorescu, A., Vlasceanu, L., si Zamfir, E. Indicatori și surse de variatie a calitatii vietii, Editura Academiei RSR, Bucuresti, 1984;
37. Whaley, L.F., and Wong, D.L: Nursing care of infants and children, ed. 3, St. Louis, 1987
38. Deschamps I., P.Manciaux, M.Saibreux, R.Wetter, Zucman E., Lienfaut handicappe etliecalle. Flamarion, Medicine – Scins, 1981.
39. Joseph M. Lucyshyn, Glen Dunlap, Richard W. Albin. Families and positive behavior support: addressing problem behavior in family contexts P.H. Brookes Pub., 2002 - Education - 465 pages
40. Odom Samuel L., McConnell Scott R. Social competence of young children with disabilities: issues and strategies for intervention P.H. Brookes Pub. Co., 1992 - Education - 338 pages
41. Mackelprang Romel W., Salsgiver Richard O. Disability: a diversity model approach in human service practice Brooks/Cole Pub. Co., Political Science - 1999 - 267 page
42. Mettey R., Serville F. En collaboration: PETER J.: Le diagnostic anténatal. 1 volume. Paris, Editions Frison-Roche, 1996. 237 pag.
43. Pardeck John T. Social work after the americans with disabilities act. Greenwood publishing group, ABC-CLIO, Jan 1, 1998 - Political Science - 134 pages
44. Programul național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2017-2022. Aprobat prin HOTĂRÎRE a Guvernului RM Nr. 723 din 08.09.2017.
45. Ringler Lenore, Carole Rhodes. A Leg Up: Enhancing Your child's Reading and Writing, 2007
46. Лапошина Э.В. Коррекционная помощь семьям, воспитывающим детей с психо-

моторными отклонениями Кишинев, 2011, UPS I.Creangă.
47. Лапошина Э.В. Влияние детско-родительского общения на личностное развитие особого ребенка. 6 pag. Международная научно-практическая Конференция "Limba, etnie, comunicare". Комрат, 9 декабря 2011.- Http:conferinta.rom@yandex.ru
48. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Метод. Пособие.- М: Просвящение, 2008.
49. Спиваковская А.С. Обоснование психологической коррекции неадекватной родительской позиции // Семья и формирование личности. — М., 1981.
50. (www.farmouswhy.ro/search/mamele+singure.htm)
51. www.elady.ro/articole/Familie/Greutatea_de-a-fi-o-mamă-singură.htm')
52. http://ro.ettad.eu/understanding-disability/prejudice-stereotypes_12
53. http://www.incluziune.org/biroul-de-presa/informatii-si-statistici/dizabilitatea
54. (www.farmouswhy.ro/search/mamele+singure.htm)
55. www.elady.ro/articole/Familie/Greutatea_de-a-fi-o-mamă-singură.htm')
56. http://www.distonie.ro/index.php/dizabilitate

ANEXE

Anexa 1

Convenţia privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi

Adunarea generală,

Evocând hotărârea acesteia 56/168 din 19 decembrie 2001 prin care stabilea un Comitet Ad-hoc, deschis participării tuturor statelor membre şi observatorilor Naţiunilor Unite, în vederea analizării propunerilor pentru o convenţie internaţională cuprinzătoare şi integratoare de promovare şi protecţie a drepturilor şi demnităţii persoanelor cu dizabilităţi, în baza unei abordări holistice în munca din domeniile dezvoltării sociale, drepturilor omului şi nediscriminării şi ţinând cont de recomandările Comisiei pentru Drepturile Omului şi Comisiei pentru Dezvoltare Socială,

Evocând de asemenea hotărârile relevante anterioare acesteia, dintre care cea mai recentă a fost hotărârea 60/232 din 23 decembrie 2005, precum şi ale Comisiei pentru Dezvoltare Socială şi Comisiei pentru Drepturile Omului,

Apreciind contribuţiile valoroase aduse la activitatea Comitetului Ad-hoc de către organizaţiile guvernamentale şi neguvernamentale şi de instituţiile naţionale pentru drepturile omului,

1. *Îşi exprimă aprecierea* faţă de faptul că s-a finalizat de către Comitetul Ad-hoc elaborarea proiectului pentru Convenţia privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi şi proiectul Protocolului Opţional la Convenţie;

2. *Adoptă* Convenţia privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi şi Protocolul Opţional la Convenţie anexat la prezenta hotărâre care se vor deschide pentru semnare la Sediul Naţiunilor Unite din New York, începând cu data de 30 martie 2007;

3. *Solicită* statelor membre să aibă în vedere semnarea şi ratificarea Convenţiei şi Protocolului Opţional ca o prioritate şi îşi exprimă speranţa că acestea vor intra în vigoare cât mai curând;

4. *Solicită* Secretarului General să asigure personalul şi facilităţile necesare pentru îndeplinirea efectivă a funcţiilor Conferinţei Statelor Parte şi ale Comitetului conform Convenţiei şi Protocolului Opţiona l după intrarea în vigoare a Convenţiei, precum şi pentru diseminarea informaţiilor despre Convenţie şi Protocolul Opţional;

5. *Solicită de asemenea* Secretarului General să implementeze treptat standardele şi instrucţiunile pentru accesibilizarea facilităţilor şi serviciilor sistemului Naţiunilor Unite, având în vedere prevederile relevante ale Convenţiei, în special atunci când se întreprind reînnoiri;

6. *Solicită* agenţiilor şi organizaţiilor Naţiunilor Unite şi invită organizaţiile guvernamentale şi neguvernamentale să depună eforturi pentru a disemina informaţiile despre Convenţie şi Protocolul Opţional şi pentru a promova înţelegerea acestora;

7. *Solicită* Secretarului General să prezinte Adunării Generale, la cea de-a 62-a sesiune a acesteia, un raport despre stadiul Convenţiei şi Protocolului Opţional şi implementarea prezentei hotărâri, într-un sub-articol intitulat „Convenţia privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi".

Anexa I

Convenţia privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi

Preambul

Statele Părţi la prezenta Convenţie,

(a) *Reamintind* principiile proclamate în Carta Naţiunilor Unite care recunoaşte demnitatea intrinsecă, valoarea şi drepturile egale şi inalienabile ale omului ca fundament al libertăţii, dreptăţii şi păcii în lume,

(b) *Recunoscând* faptul că în Declaraţia Universală a Drepturilor Omului precum şi în convenţiile internaţionale privind drepturile omului, Naţiunile Unite au proclamat şi au consimţit că orice persoană este îndreptăţită să beneficieze de toate drepturile şi libertăţile prevăzute de acestea, fără nici un fel de diferenţiere,

(c) *Reafirmând* universalitatea, indivizibilitatea, interdependenţa şi inter-relaţionarea tuturor drepturilor şi libertăţilor fundamentale ale omului şi necesitatea ca persoanelor cu dizabilit ăţi să li se garanteze dreptul de a beneficia pe deplin de acestea, fără discriminare,

(d) *Reamintind* Convenţia internaţională privind drepturile economice, sociale şi culturale, Convenţia internaţională privind drepturile civile şi politice, Convenţia internaţională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială, Convenţia internaţională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor, Convenţia împotriva torturii şi a altor pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante, Convenţia privind Drepturile Copilului şi Convenţia internaţională privind protecţia drepturilor tuturor muncitorilor migranţi şi ale membrilor familiilor acestora,

(e) *Recunoscând* faptul că dizabilitatea este un concept în evoluţie şi că acesta rezultă din interacţiunea dintre persoanele cu deficienţe şi barierele de atitudine şi de mediu care împiedică participarea lor deplină şi efectivă în societate în condiţii de egalitate cu ceilalţi,

(f) *Recunoscând* importanţa principiilor şi orientărilor politice cuprinse în Programul Mondial de Acţiune privind Persoanele cu Dizabilităţi şi în Regulile Standard privind Egalizarea Şanselor pentru Persoanele cu Dizabilităţi în influenţarea promovării, formulării şi evaluării politicilor, planurilor, programelor

şi acţiunilor la nivel naţional, regional şi internaţional, în vederea continuării egalizării şanselor pentru persoanele cu dizabilităţi,

(g) *Subliniind* importanţa problematicii dizabilităţii ca parte integrantă a strategiilor relevante ale dezvoltării durabile,

(h) *Recunoscând de asemenea* faptul că discriminarea oricărei persoane pe criterii de dizabilitate este o încălcare a demnităţii şi valorii inerente a omului,

(i) *Recunoscând, pe de altă parte,* diversitatea persoanelor cu dizabilităţi,

(j) *Recunoscând* necesitatea de a promova şi proteja drepturile omului pentru toate persoanele cu dizabilităţi, inclusiv pentru cele care au nevoie de mai mult sprijin,

(k) *Preocupate* de faptul că, în ciuda acestor instrumente şi responsabilităţi diverse, persoanele cu dizabilităţi continuă să se confrunte cu bariere în participarea lor ca membri egali ai societăţii, precum şi cu încălcări ale drepturilor omului, peste tot în lume,

(l) *Recunoscând* importanţa cooperării internaţionale pentru îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă ale persoanelor cu dizabilităţi în fiecare ţară, în special în ţările în curs de dezvoltare,

(m) *Recunoscând* contribuţiile valoroase – existente şi de perspectivă – aduse de persoanele cu dizabilităţi la bunăstarea generală şi la diversitatea comunităţilor din care fac parte, precum şi faptul că promovarea exercitării depline a drepturilor omului şi a libertăţilor fundamentale de către persoanele cu dizabilităţi şi deplina participare a lor vor avea ca rezultat întărirea sentimentului de apartenenţă şi dezvoltarea semnificativă a societăţii în plan uman, social şi economic, precum şi eradicarea sărăciei,

(n) *Recunoscând* importanţa, pentru persoanele cu dizabilităţi, a autonomiei personale şi a independenţei, inclusiv a libertăţii de decizie,

(o) *Având în vedere faptul* că persoanele cu dizabilităţi trebuie să aibă posibilitatea să se implice activ în procesele de luare a deciziilor, în elaborarea de politici şi programe, inclusiv a celor care le privesc în mod direct,

(p) *Preocupate* de condiţiile dificile cu care se confruntă persoanele cu dizabilităţi supuse unor forme multiple sau agravate de discriminare pe criterii de rasă, culoare, sex, limbă, religie sau opinii politice ori de alt fel, de origine naţională, etnică, indigenă sau socială, proprietate, naştere, vârstă sau alt statut,

(q) *Recunoscând* faptul că femeile şi fetele cu dizabilităţi sunt expuse adesea unui risc mai mare, atât în familie, cât şi în afara acesteia, la violenţă, vătămare sau abuz, neglijare sau lipsa îngrijirilor, maltratare sau exploatare,

(r) *Recunoscând* faptul că minorii cu dizabilităţi ar trebui să se bucure pe deplin de toate drepturile şi libertăţile fundamentale ale omului, în condiţii de egalitate cu ceilalţi copii, şi reamintind obligaţiile pe care, în acest scop, şi le-au asumat Statele Părţi la Convenţia privind Drepturile Copilului,

(s) *Subliniind* necesitatea de a integra principiul egalităţii sexelor în toate eforturile de promovare a deplinei exercitări a drepturilor şi libertăţilor fundamentale ale omului de către persoanele cu dizabilităţi,

(t) *Accentuând* faptul că majoritatea persoanelor cu dizabilităţi trăiesc în sărăcie şi, în acest sens, recunoscând necesitatea esenţială de a-şi îndrepta atenţia asupra impactului negativ al sărăciei asupra persoanelor cu dizabilităţi,

(u) *Conştiente că* o protecţie reală a persoanelor cu dizabilităţi presupune condiţii de pace şi securitate bazate pe o deplină adeziune la scopurile şi principiile Cartei Naţiunilor Unite şi pe respectarea instrumentelor în domeniul drepturilor omului aplicabile, în special, în caz de conflict armat şi ocupaţie străină;

(v) *Recunoscând* importanţa accesibilităţii la mediul fizic, social, economic şi cultural, la sănătate şi educaţie şi la informare şi comunicare, pentru a da posibilitatea persoanelor cu dizabilităţi să se bucure pe deplin de toate drepturile şi libertăţile fundamentale ale omului,

(w) *Realizând faptul* că individul, având îndatoriri faţă de alţi indivizi şi faţă de comunitatea căreia îi aparţine, are responsabilitatea de a lupta pentru promovarea şi respectarea drepturilor recunoscute în Declaraţia Universală a Drepturilor Omului,

(x) *Convinse* că familia este celula de bază şi fundamentală a societăţii şi că are dreptul să fie protejată de societate şi de stat şi că persoanele cu dizabilităţi şi membrii familiilor lor ar trebui să primească protecţia şi asistenţa necesară pentru a da posibilitatea familiilor să contribuie la exercitarea deplină şi egală a drepturilor persoanelor cu dizabilităţi,

(y) *Convinse* de faptul că o convenţie internaţională comprehensivă şi integrantă care să promoveze şi să protejeze drepturile şi demnitatea persoanelor cu dizabilităţi va aduce o contribuţie semnificativă la redresarea dezavantajului social profund al persoanelor cu dizabilităţi şi va promova participarea acestora în domeniul civil, politic, economic, social şi cultural cu şanse egale, atât în ţările în curs de dezvoltare, cât şi în cele dezvoltate,

Au hotărât următoarele:

Articolul 1

Scop

Scopul prezentei Convenţii este de a promova, proteja şi asigura exercitarea deplină şi în condiţii de egalitate a tuturor drepturilor şi libertăţilor fundamentale ale omului de către toate persoanele cu dizabilităţi şi de a promova respectul pentru demnitatea lor intrinsecă.

Persoanele cu dizabilităţi includ acele persoane care au deficienţe fizice, mentale, intelectuale sau senzoriale de durată, deficienţe care, în interacţiune cu diverse bariere, pot îngrădi participarea deplină şi efectivă a persoanelor în societate, în condiţii de egalitate cu ceilalţi.

Articolul 2

Definiţii

În sensul prezentei Convenţii:

„Comunicare" include limbaje, afişare de text, Braille, comunicare tactilă, imprimare cu corp mare de literă, mijloace multimedia accesibile, precum şi modalităţi de exprimare în scris, audio, în limbaj s implu, prin cititor uman şi moduri augmentative şi alternative, mijloace şi formate de comunicare, inclusiv informaţie accesibilă şi tehnologie de comunicare;

„Limbaj" include limbajele vorbite şi ale semnelor şi alte forme de limbaje non-verbale;

„Discriminare pe criterii de dizabilitate" înseamnă orice diferenţiere, excludere sau restricţie pe criterii de dizabilitate, care are ca scop sau efect diminuarea sau prejudicierea recunoaşterii, beneficiului sau exercitării în condiţii de egalitate cu ceilalţi a tuturor drepturilor şi libertăţilor fundamentale ale omului în domeniul politic, economic, social, cultural, civil sau în orice alt domeniu. Termenul include toate formele de discriminare, inclusiv refuzul de a asigura o adaptare rezonabilă;

„Adaptare rezonabilă" înseamnă modificările şi ajustările necesare şi adecvate, care nu impun un efort disproporţionat sau nejustificat atunci când este necesar într-un caz particular, pentru a permite persoanelor cu dizabilităţi să se bucure sau să-şi exercite, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, toate drepturile şi libertăţile fundamentale ale omului;

„Design Universal" înseamnă proiectarea produselor, mediului, programelor şi serviciilor, astfel încât să poată fi utilizate de către toate persoanele, pe cât este posibil, fără să fie nevoie de o adaptare sau de o proiectare specializate. Design Universal nu va exclude dispozitivele de asistare pentru anumite grupuri de persoane cu dizabilităţi, atunci când este necesar.

Articolul 3

Principii generale

Principiile prezentei Convenţii sunt:

(a) Respectarea demnităţii inalienabile, a autonomiei individuale, inclusiv a libertăţii de a face propriile alegeri, şi a independenţei persoanelor;

(b) Nediscriminarea;

(c) Participarea şi integrarea deplină şi efectivă în societate;

(d) Respectul pentru diversitate şi acceptarea persoanelor cu dizabilităţi ca parte a diversităţii umane şi a umanităţii;

(e) Egalitatea de şanse;

(f) Accesibilitatea;

(g) Egalitatea între bărbaţi şi femei;

(h) Respectul pentru capacităţile de evoluţie ale copiilor cu dizabilităţi şi respectul pentru dreptul copiilor cu dizabilităţi de a-şi păstra propria identitate.

Articolul 4

Obligaţii generale

1. Statele Părţi se angajează să asigure şi să promoveze exercitarea deplină a tuturor drepturilor şi libertăţilor fundamentale ale omului pentru toate persoanele cu dizabilităţi, fără nici un fel de discriminare pe criterii de dizabilitate. În acest scop, Statele Părţi se angajează:

(a) Să adopte toate măsurile adecvate legislative, administrative şi de altă natură pentru implementarea drepturilor recunoscute prin prezenta Convenţie;

(b) Să ia toate măsurile corespunzătoare, inclusiv cele legislative, pentru a modifica sau abroga legile, reglementările, cutumele şi practicile existente care constituie discrim inare împotriva persoanelor cu dizabilităţi;

(c) Să ia în considerare protecţia şi promovarea drepturilor omului pentru persoanele cu dizabilităţi în toate politicile şi programele;

(d) Să se abţină de la a se angaja în orice act sau practică ce contravine prezentei Convenţii şi să se asigure că autorităţile şi instituţiile publice acţionează în conformitate cu prezenta Convenţie;

(e) Să ia toate măsurile corespunzătoare pentru a elimina discriminarea pe criterii de dizabilitate de către orice persoană, organizaţie sau întreprindere privată;

(f) Să iniţieze sau să promoveze cercetarea şi dezvoltarea bunurilor, serviciilor, echipamentelor şi facilităţilor concepute pe baza Design-ului Universal, aşa cum este definit acesta în articolul 2 al prezentei Convenţii, care ar presupune o adaptare minimă şi la cel mai scăzut cost, pentru a răspunde nevoilor specifice ale persoanelor cu dizabilităţi, să promoveze existenţa şi să încurajeze utilizarea acestor bunuri, servicii, echipamente şi facilităţi concepute pe baza Design-ului Universal, precum şi să promoveze Design-ul Universal în elaborarea standardelor şi liniilor directoare;

(g) Să întreprindă sau să promoveze cercetarea şi dezvoltarea, să facă cunoscută oferta şi să încurajeze utilizarea de noi tehnologii, inclusiv tehnologii informatice şi de comunicaţii, dispozitive de suport

pentru mobilitate, dispozitive şi tehnologii de asistare, adecvate persoanelor cu dizabilităţi, acordând prioritate tehnologiilor cu preţuri accesibile;

(h) Să furnizeze informaţii accesibile persoanelor cu dizabilităţi despre dispozitivele auxiliare pentru mobilitate, dispozitivele şi tehnologiile de asistare, inclusiv noile tehnologii, precum şi alte forme de asistenţă, servicii de suport şi facilităţi;

(i) Să susţină formarea, în domeniul drepturilor recunoscute de această Convenţie, a profesioniştilor şi a personalului care lucrează cu persoane cu dizabilităţi, în vederea îmbunătăţirii furnizării asistenţei şi serviciilor.

2. În privinţa drepturilor economice, sociale şi culturale, fiecare Stat Parte se angajează să acţioneze cu toate resursele disponibile şi în cadrul cooperării internaţionale, dacă este cazul, pentru a asigura, în mod progresiv, exercitarea deplină a acestor drepturi, fără a aduce vreun prejudiciu obligaţiilor cu ap licabilitate imediată, cuprinse în prezenta Convenţie, în conformitate cu dreptul internaţional.

3. În dezvoltarea şi implementarea legislaţiei şi a politicilor de implementare a prezentei Convenţii, ca şi în alte procese de luare a deciziilor referitoare la problemele privind persoanele cu dizabilităţi, Statele Părţi se vor consulta îndeaproape şi vor implica în mod activ persoanele cu dizabilităţi, inclusiv copiii cu dizabilităţi, prin organizaţiile care îi reprezintă.

4. Nimic din ceea ce conţine prezenta Convenţie nu va afecta vreo prevedere care este mai favorabilă respectării drepturilor persoanelor cu dizabilităţi şi care poate fi cuprinsă în legislaţia unui Stat Parte sau în legislaţia internaţională în vigoare pentru acel stat. Nu va exista nici o restricţie sau derogare de la nici un drept al omului şi de la nici o libertate fundamentală recunoscută sau existentă în oricare dintre Statele Părţi la prezenta Convenţie conform legii, convenţiilor, reglementărilor sau cutumelor, sub pretextul că pr ezenta Convenţie nu recunoaşte asemenea drepturi sau libertăţi sau că le recunoaşte într-o mai mică măsură.

5. Prevederile prezentei Convenţii se vor extinde asupra tuturor unităţilor administrative ale statelor federale, fără nicio limitare sau excepţie.

Articolul 5

Egalitatea şi nediscriminarea

1. Statele Părţi recunosc faptul că toate persoanele sunt egale în faţa legii şi sub incidenţa legii şi au dreptul fără niciun fel de discriminare la protecţie egală şi beneficiu egal al legii.

2. Statele Părţi vor interzice toate tipurile de discriminare pe criterii de dizabilitate şi vor garanta tuturor persoanelor cu dizabilităţi protecţie juridică egală şi efectivă împotriva discriminării de orice fel.

3. Pentru a promova egalitatea şi a elimina discriminarea, Statele Părţi vor lua toate măsurile adecvate pentru a se asigura adaptarea rezonabilă.

4. Măsurile specifice care sunt necesare pentru a accelera sau obţine egalitatea de facto a persoanelor cu dizabilităţi nu vor fi considerate o discriminare potrivit prezentei Convenţii.

Articolul 6

Femei cu dizabilităţi

1. Statele Părţi recunosc faptul că femeile şi fetele cu dizabilităţi sunt supuse discriminărilor multiple şi în această privinţă vor lua măsuri pentru a se asigura că acestea beneficiază de toate dre pturile şi libertăţile fundamentale ale omului.

2. Statele Părţi vor lua toate măsurile corespunzătoare pentru a asigura pe deplin dezvoltarea, progresul şi implicarea femeilor pentru ca acestea să-şi exercite şi să se bucure de drepturile şi libertăţile fundamentale ale omului prevăzute în prezenta Convenţie.

Articolul 7

Copii cu dizabilităţi

1. Statele Părţi vor lua toate măsurile necesare pentru a se asigura că minorii cu dizabilităţi se bucură pe deplin de toate drepturile şi libertăţile fundamentale ale omului, în condiţii de egalitate cu ceilalţi copii.

2. În toate acţiunile care privesc copiii cu dizabilităţi, va fi luat în considerare cu prioritate interesul superior al copilului.

3. Statele Părţi vor asigura copiilor cu dizabilităţi dreptul de a-şi exprima liber opiniile în toate aspectele care îi privesc, ţinând seamă de opiniile lor în funcţie de vârstă şi gradul de maturitate, în condiţii de egalitate cu ceilalţi copii, şi că, în realizarea acestui drept, li se asigură asistenţa adecvată dizabili tăţii şi vârstei.

Articolul 8

Creşterea gradului de conştientizare

1. Statele Părţi se angajează să adopte măsuri imediate, eficiente şi adecvate pentru:

(a) Creşterea gradului de conştientizare în societate, inclusiv la nivelul familiei, în legătură cu persoanele cu dizabilităţi şi pentru promovarea respectării drepturilor şi demnităţii acestora;

(b) Combaterea stereotipurilor, prejudecăţilor şi practicilor dăunătoare la adresa persoanelor cu dizabilităţi, inclusiv cele pe criterii de sex şi vârstă, în toate domeniile vieţii;

(c) Promovarea recunoaşterii capacităţilor şi contribuţiilor persoanelor cu dizabilităţi.

2. Măsurile, în acest scop, includ:

(a) Iniţierea şi dezvoltarea de campanii publice eficiente de conştientizare destinate:

(i) Să încurajeze receptivitatea faţă de drepturile persoanelor cu dizabilităţi;

(ii) Să încurajeze percepţiile pozitive şi conştientizarea societăţii intr-un grad mai mare, cu privire la persoanele cu dizabilităţi;

(iii) Să promoveze recunoaşterea calificărilor, meritelor şi abilităţilor persoanelor cu dizabilităţi şi a contribuţiei acestora la locul de muncă şi pe piaţa muncii;

(b) Cultivarea la toate nivelurile sistemului de educaţie, inclusiv la toţi copiii, de la o vârstă fragedă, a unei atitudini de respect faţă de drepturile persoanelor cu dizabilităţi;

(c) Încurajarea mass-media să prezinte persoanele cu dizabilităţi într-un mod conform cu scopul prezentei Convenţii;

(d) Promovarea programelor de informare care să crească gradul de conştientizare a problematicii persoanelor cu dizabilităţi şi a drepturilor acestora.

Articolul 9

Accesibilitate

1. Pentru a da persoanelor cu dizabilităţi posibilitatea să trăiască independent şi să participe pe deplin la toate aspectele vieţii, Statele Părţi vor lua măsurile adecvate pentru a asigura acestor persoane accesul, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, la mediul fizic, la transport, informaţie şi mijloace de comunicare, inclusiv la tehnologiile şi sistemele informatice şi de comunicaţii şi la alte facilităţi şi servicii deschise sau furnizate publicului, atât în zonele urbane, cât şi rurale. Aceste măsuri, care includ identificarea şi eliminarea obstacolelor şi barierelor faţă de accesul deplin, trebuie aplicate, printre altele la:

(a) Clădiri, drumuri, mijloace de transport şi alte facilităţi interioare sau exterioare, inclusiv şcoli, locuinţe, unităţi medicale şi locuri de muncă;

(b) Serviciile de informare, comunicaţii şi de altă natură, inclusiv serviciile electronice şi de urgenţă.

2. Statele Părţi vor lua, de asemenea, măsuri potrivite pentru:

(a) A elabora, promulga şi monitoriza implementarea standardelor minime şi instrucţiunilor pentru accesibilizarea facilităţilor şi serviciilor deschise publicului sau oferite acestuia;

(b) A se asigura că entităţile private care oferă facilităţi şi servicii deschise publicului sau oferite acestuia ţin cont de toate aspectele legate de accesibilitate, pentru persoanele cu dizabilităţi;

(c) A asigura părţilor implicate formare pe probleme de accesibilitate cu care se confruntă persoanele cu dizabilităţi;

(d) A asigura, în clădiri şi alte spaţii publice, semne în limbaj Braille şi forme uşor de citit şi de înţeles;

(e) A furniza forme de asistenţă vie şi intermediere, inclusiv ghizi, cititori şi interpreţi profesionişti de limbaj mimico-gestual, pentru a facilita accesul în clădiri şi în alte spaţii publice;

(f) A promova alte forme adecvate de asistenţă şi sprijin pentru persoanele cu dizabilităţi în vederea asigurării accesului acestora la informaţie;

(g) A promova accesul persoanelor cu dizabilităţi la noi tehnologii şi sisteme informatice şi de comunicaţii, inclusiv la Internet;

(h) A promova proiectarea, dezvoltarea, producerea şi distribuirea de tehnologii şi sisteme informatice şi de comunicaţii accesibile, încă din fazele incipiente, astfel încât aceste tehnologii şi sisteme să devină accesibile la costuri minime.

Articolul 10

Dreptul la viaţă

Statele Părţi reafirmă că fiecare fiinţă umană are dreptul inalienabil la viaţă şi vor lua toate măsurile necesare pentru a se asigura că persoanele cu dizabilităţi se bucură efectiv de acest drept în condiţii de egalitate cu ceilalţi.

Articolul 11

Situaţii de risc şi urgenţe umanitare

Statele Părţi vor lua, în conformitate cu obligaţiile ce decurg din dreptul internaţional, inclus iv din dreptul internaţional umanitar şi din legislaţia internaţională a drepturilor omului, toate măsurile necesare pentru a asigura protecţia şi siguranţa persoanelor cu dizabilităţi în situaţii de risc, inclusiv în situaţii de conflict armat, de urgenţe umanitare şi de apariţie de dezastre naturale.

Articolul 12

Recunoaştere egală în faţa legii

1. Statele Părţi reafirmă că persoanele cu dizabilităţi au dreptul la recunoaşterea, oriunde s-ar afla, a capacităţii lor juridice.

2. Statele Părţi vor recunoaşte faptul că persoanele cu dizabilităţi se bucură de asistenţă juridică în condiţii de egalitate cu ceilalţi, în toate domeniile vieţii.

3. Statele Părţi vor lua toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilităţi la sprijinul de care ar putea avea nevoie în exercitarea capacităţii lor juridice.

4. Statele Părţi se vor asigura că toate măsurile legate de exercitarea capacităţii juridice prevăd

protecţia adecvată şi eficientă pentru prevenirea abuzurilor, conform legislaţiei interna ţionale privind drepturile omului. O astfel de protecţie va garanta că măsurile referitoare la exercitarea capacităţii juridice respectă drepturile, voinţa şi preferinţele persoanei, nu prezintă conflict de interese şi nu au o influenţă necorespunzătoare, sunt proporţionale şi adaptate la situaţia persoanei, se aplică pentru cea mai scurtă perioadă posibilă şi se supun revizuirii periodice de către o autoritate competentă, independentă şi imparţială sau de către un organ juridic. Măsurile de protecţie vor fi proporţionale cu gradul în care asemenea măsuri afectează drepturile şi interesele persoanei.

5. În conformitate cu prevederile acestui articol, Statele Părţi vor lua toate măsurile adecvate şi eficiente pentru a asigura dreptul egal al persoanelor cu dizabilităţi de a deţine sau moşteni proprietăţi, de a-şi gestiona propriile venituri şi de a avea acces egal la împrumuturi bancare, ipoteci şi alte forme de credit financiar şi se vor asigura că persoanele cu dizabilităţi nu sunt deposedate în mod arbitr ar de bunurile lor.

Articolul 13

Accesul la justiţie

1. Statele Părţi vor asigura acces efectiv la actul de justiţie pentru persoanele cu dizabilităţi, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, inclusiv prin asigurarea de ajustări de ordin procedural şi adec vate vârstei, pentru a le facilita un rol activ ca participanţi direcţi şi indirecţi, inclusiv ca martori, în toate procedurile legale, inclusiv etapele de investigaţie şi alte etape preliminare.

2. Pentru a sprijini accesul efectiv la actul de justiţie al persoanelor cu dizabilităţi, Statele Părţi vor promova formarea corespunzătoare a celor care lucrează în domeniul administrării justiţiei, inclusiv a personalului din poliţie şi penitenciare.

Articolul 14

Libertatea şi siguranţa persoanei

1. Statele Părţi se vor asigura că persoanele cu dizabilităţi, în condiţii de egalitate cu ceilalţi:

(a) Se bucură de dreptul la libertate şi siguranţă a persoanei;

(b) Nu sunt lipsite de libertate în mod ilegal sau arbitrar şi că orice lipsire de libertate se face conform legii şi că existenţa unei dizabilităţi nu va justifica în nici un fel lipsirea de libertate.

2. Statele Părţi se vor asigura că, în cazul în care persoanele cu dizabilităţi sunt lipsite de libertate, ca urmare a oricărui proces, acestea au dreptul, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, la garanţii, conform legislaţiei internaţionale privind drepturile omului şi că vor fi tratate în conformitate cu obiectivele şi principiile prezentei Convenţii, inclusiv prin asigurarea unor adaptări rezonabile.

Articolul 15

Nimeni nu poate fi supus torturii şi niciunui fel de pedeapsă sau de tratament crud, inuman sau degradant

1. Nimeni nu poate fi supus torturii şi niciunui fel de tratament crud, inuman sau degradant. În mod special, nimeni nu va fi supus, fără consimţământul său liber exprimat, unor experimente medicale sau ştiinţifice.

2. Statele Părţi vor lua toate măsurile legislative, administrative, judiciare sau alte măsuri pentru a preveni ca persoanele cu dizabilităţi să fie supuse torturii, tratamentelor or i pedepselor crude, inumane sau degradante, în condiţii de egalitate cu ceilalţi.

Articolul 16

Nimeni nu poate fi supus exploatării, violenţei şi abuzului

1. Statele Părţi vor lua toate măsurile legislative, administrative, sociale, educaţionale şi alte măsuri adecvate, pentru a proteja persoanele cu dizabilităţi, atât în familie, cât şi în afara acesteia, împotriva tuturor formelor de exploatare, violenţă şi abuz, inclusiv împotriva celor pe criterii de sex.

2. Statele Părţi vor lua de asemenea toate măsurile adecvate pentru a preveni orice formă de exploatare, violenţă şi abuz prin asigurarea, printre altele, a unor forme adecvate de asistenţă şi sprijin pentru persoanele cu dizabilităţi, familiile şi îngrijitorii lor, în funcţie de sex şi vârstă, inclusi v prin furnizarea de informaţii şi educaţie despre modul în care se pot evita, recunoaşte şi raporta cazurile de exploatare, violenţă şi abuz. Statele Părţi se vor asigura că serviciile de protecţie răspund problemelor de vârstă, sex şi dizabilităţi.

3. Pentru a preveni apariţia oricăror forme de exploatare, violenţă şi abuz, Statele Părţi se vor asigura că toate facilităţile şi programele destinate să servească persoanelor cu dizabilităţi sunt eficient monitorizate de autorităţi independente.

4. Statele Părţi vor lua toate măsurile corespunzătoare pentru a sprijini recuperarea fizică, cognitivă şi psihologică, reabilitarea şi reintegrarea socială a persoanelor cu dizabilităţi care devin victime ale oricărei forme de exploatare, violenţă sau abuz, inclusiv prin acordarea de servicii de protecţie. Recuperarea şi reintegrarea vor avea loc într-un mediu care favorizează sănătatea, bunăstarea, respectul de sine, demnitatea şi autonomia persoanei şi care ţine cont de necesităţile specifice sexului şi vârstei.

5. Statele Părţi vor implementa legi şi politici eficiente, inclusiv legislaţie şi politici axate pe problematica femeii şi a copilului pentru a asigura, atunci când este necesar, identificarea, investigarea şi judecarea cazurilor de exploatare, violenţă şi abuz împotriva persoanelor cu dizabilităţi.

Articolul 17

Protejarea integrităţii persoanei

Fiecare persoană cu dizabilităţi are dreptul de a-i fi respectată integritatea fizică şi mentală, în condiţii

de egalitate cu ceilalţi.

Articolul 18

Libertatea de mişcare şi cetăţenia

1. Statele Părţi vor recunoaşte dreptul persoanelor cu dizabilităţi la libertatea de mişcare, la libertatea de a-şi alege reşedinţa şi dreptul la o cetăţenie, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, inclusiv prin asigurarea că persoanele cu dizabilităţi:

(a) Au dreptul să obţină şi să-şi schimbe cetăţenia şi nu sunt lipsite de cetăţenia lor în mod arbitrar sau pe criterii de dizabilitate;

(b) Nu sunt lipsite, pe criterii de dizabilitate, de posibilitatea de a obţine, deţine şi utiliza acte care le atestă cetăţenia sau alte documente de identificare, ori de a utiliza proceduri relevante, cum ar fi cele de imigrare, care pot fi necesare pentru a facilita exercitarea dreptului la libertatea de mişcare;

(c) Sunt libere să părăsească orice ţară, inclusiv pe cea proprie;

(d) Nu sunt lipsite, în mod arbitrar sau pe criterii de dizabilitate, de dreptul de a intra în propria ţară.

2. Copiii cu dizabilităţi vor fi înregistraţi imediat după naştere şi vor avea dreptul, prin naştere, la un nume, dreptul de a obţine o cetăţenie şi, pe cât posibil, dreptul de a-şi cunoaşte părinţii şi de a fi îngrijiţi de aceştia.

Articolul 19

Viaţă independentă şi integrare în comunitate

Statele Părţi la această Convenţie recunosc dreptul egal al tuturor persoanelor cu d izabilităţi de a trăi în comunitate, cu şanse egale cu ale celorlalţi, şi vor lua măsuri eficiente şi adecvate pentru a se asigura că persoanele cu dizabilităţi se bucură pe deplin de acest drept şi de deplina integrare în comunitate şi participare la viaţa acesteia, inclusiv asigurându-se că:

(a) Persoanele cu dizabilităţi au posibilitatea de a-şi alege locul de reşedinţă, unde şi cu cine să trăiască, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, şi nu sunt obligate să trăiască într-un anume mediu de viaţă;

(b) Persoanele cu dizabilităţi au acces la o gamă de servicii la domiciliu, rezidenţiale şi alte servicii comunitare de suport, inclusiv la asistenţă personală necesară vieţii şi integrării în comunitate, ca şi pentru prevenirea izolării sau segregării de comunitate;

(c) Serviciile şi facilităţile comunitare pentru populaţie în general sunt disponibile în aceeaşi măsură persoanelor cu dizabilităţi şi răspund nevoilor acestora.

Articolul 20

Mobilitatea personală

Statele Părţi vor lua măsuri eficiente pentru a asigura o mobilitate personală, în cel mai înalt grad posibil de independenţă a persoanelor cu dizabilităţi, inclusiv prin:

(a) Facilitarea mobilităţii persoanelor cu dizabilităţi în modul şi în momentul ales de acestea şi la un cost accesibil;

(b) Facilitarea accesului persoanelor cu dizabilităţi la mijloace, dispozitive de mobilitate, tehnologii de asistare şi forme active de asistenţă şi de intermediere de calitate, inclusiv prin punerea acestora la dispoziţia lor, la un cost accesibil;

(c) Furnizarea de formare pentru dezvoltarea de abilităţi de mobilitate a persoanelor cu dizabilităţi şi pentru personalul specializat care lucrează cu persoanele cu dizabilităţi;

(d) Încurajarea entităţilor care produc dispozitive de sprijin pentru mobilitate, dispozitive şi tehnologii de asistare, să ţină cont de toate aspectele legate de mobilitatea persoanelor cu dizabilităţi.

Articolul 21

Libertatea de expresie şi opinie şi accesul la informaţie

Statele Părţi vor lua toate măsurile adecvate pentru a se asigura că persoan ele cu dizabilităţi îşi pot exercita dreptul la libertatea de expresie şi opinie, inclusiv libertatea de a căuta, primi şi împărtăşi informaţii şi idei, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, prin toate formele de comunicare alese de ele, după cum sunt defi nite în articolul 2 din prezenta Convenţie, inclusiv prin:

(a) Furnizarea informaţiilor destinate publicului larg, către persoanele cu dizabilităţi, în formate accesibile şi cu tehnologii adecvate diverselor tipuri de dizabilităţi, la timp şi fără cost su plimentar;

(b) Acceptarea şi facilitarea, în relaţiile oficiale, a utilizării limbajelor mimico -gestuale, scrierii Braille, comunicării augmentative şi alternative şi a tuturor celorlalte mijloace, moduri şi formate de comunicare accesibile, în funcţie de opţiunea proprie;

(c) Determinarea organismelor private care furnizează servicii către publicul larg, inclusiv prin intermediul Internetului, să furnizeze informaţii şi servicii în formate accesibile şi uşor de utilizat pentru persoanele cu dizabilităţi;

(d) Încurajarea mass-media, inclusiv a furnizorilor de informaţii prin Internet, să-şi facă serviciile accesibile pentru persoanele cu dizabilităţi;

(e) Recunoaşterea şi promovarea limbajelor mimico-gestuale.

Articolul 22

Dreptul la viaţă personală

1. Nicio persoană cu dizabilităţi, indiferent de locul sau tipul de reşedinţă, nu va fi supusă intruziunii

arbitrare sau nelegale în viaţa personală, familia, căminul sau corespondenţa sa, sau în alte tipuri de comunicare ori atacurilor ilegale la onoarea şi reputaţia sa. Persoanele cu dizabilităţi au dreptul la protecţia legii împotriva unor asemenea intruziuni sau atacuri.

2. Statele Părţi vor proteja confidenţialitatea informaţiilor referitoare la datele personale, medicale şi de reabilitare ale persoanelor cu dizabilităţi, în condiţii de egalitate cu ceilalţi.

Articolul 23

Respectul pentru cămin şi familie

1. Statele Părţi vor lua măsuri eficiente şi adecvate pentru a elimina discriminarea împotriva persoanelor cu dizabilităţi în toate chestiunile referitoare la căsătorie, familie, statutul de părinte şi relaţiile interpersonale, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, astfel încât să asigure:

(a) Recunoaşterea dreptului tuturor persoanelor cu dizabilităţi care sunt la vârsta căsătoriei de a întemeia o familie în baza consimţământului liber şi deplin al viitorilor soţi;

(b) Recunoaşterea dreptului persoanelor cu dizabilităţi de a decide liber şi responsabil asupra numărului de copii şi a intervalului dintre naşteri şi dreptului de a avea acces la informaţii core spunzătoare vârstei, la educaţie referitoare la reproducere şi planificare familială şi la mijloacele necesare care le oferă posibilitatea de a-şi exercita aceste drepturi;

(c) Persoanele cu dizabilităţi, inclusiv copiii, îşi controlează fertilitatea în condiţii de egalitate cu ceilalţi.

2. Statele Părţi vor asigura respectarea drepturilor şi responsabilităţilor persoanelor cu dizabilităţi, în legătură cu tutela, custodia, curatela, adopţia copiilor sau altele asemenea, atunci când aceste concepte există în legislaţia naţională; în toate cazurile va avea prioritate interesul superior al copilului. Statele Părţi vor acorda asistenţă adecvată persoanelor cu dizabilităţi în îndeplinirea responsabilităţilor care le revin în creşterea copiilor lor.

3. Statele Părţi vor asigura copiilor cu dizabilităţi drepturi egale în viaţa de familie. În vederea exercitării acestor drepturi şi pentru a preveni ascunderea, abandonarea, neglijarea şi segregarea copiilor cu dizabilităţi, Statele Părţi se vor angaja să furnizeze din timp informaţii complete, servicii şi asistenţă copiilor cu dizabilităţi şi familiilor acestora.

4. Statele Părţi se vor asigura că un copil nu va fi separat de părinţii lui împotriva voinţei sale, exceptând cazul în care autorităţile competente, în urma unui control judiciar stabilesc, în conformitate cu legea şi procedurile în vigoare, că această separare este necesară în interesul superior al copilului. Copilul nu va fi separat în nici un caz de părinţi pe criterii de dizabilitate, fie a copilului, fie a unuia sau ambilor părinţi.

5. Atunci când familia restrânsă nu poate îngriji un copil cu dizabilităţi, Statele Părţi vor depune toate eforturile pentru a asigura îngrijirea alternativă în cadrul familiei lărgite şi, în cazul în care aceasta nu este posibilă, în cadrul comunităţii, într-un mediu de tip familial.

Articolul 24

Educaţia

1. Statele Părţi recunosc dreptul persoanelor cu dizabilităţi la educaţie. În vederea realizării acestui drept, fără discriminare şi cu respectarea principiului egalităţii de şanse, Statele Părţi vor asigura un sistem educaţional incluziv la toate nivelurile, precum şi formarea continuă, îndreptată spre:

(a) Dezvoltarea pe deplin a potenţialului uman, a simţului demnităţii şi a propriei valori, consolidarea respectului pentru drepturile şi libertăţile fundamentale ale omului şi pentru diversitatea umană;

(b) Dezvoltarea personalităţii, talentelor şi creativităţii proprii persoanelor cu dizabilităţi, precum şi a abilităţilor lor mentale şi fizice, la potenţial maxim;

(c) A da posibilitatea persoanelor cu dizabilităţi să participe efectiv la o societate liberă.

2. În îndeplinirea acestui drept, Statele Părţi se vor asigura că:

(a) Persoanele cu dizabilităţi nu sunt excluse din sistemul educaţional pe criterii de dizabilit ate, iar copiii cu dizabilităţi nu sunt excluşi din învăţământul primar gratuit şi obligatoriu sau din învăţământul secundar din cauza dizabilităţii;

(b) Persoanele cu dizabilităţi au acces la învăţământ primar incluziv, de calitate şi gratuit şi la învăţământ secundar, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, în comunităţile în care trăiesc;

(c) Se asigură adaptarea rezonabilă a condiţiilor la nevoile individuale;

(d) Persoanele cu dizabilităţi primesc sprijinul necesar, în cadrul sistemului educaţional, pen tru a li se facilita o educaţie efectivă;

(e) Se iau măsuri eficiente de sprijin individualizat în amenajarea mediului care să maximizeze progresul şcolar şi socializarea în conformitate cu obiectivul de integrare deplină.

3. Statele Părţi vor asigura persoanelor cu dizabilităţi posibilitatea de a-şi dezvolta competenţe care să le faciliteze participarea deplină şi egală la procesul de învăţământ şi ca membri ai comunităţii. În acest scop, Statele Părţi vor lua măsurile adecvate, inclusiv prin:

(a) Facilitarea învăţării caracterelor Braille, a sistemelor alternative de scriere, a mijloacelor augmentative şi alternative, a mijloacelor şi formelor de comunicare şi orientare şi a aptitudinilor de mobilitate precum şi facilitarea sprijinului şi îndrumării între persoanele cu aceleaşi probleme;

(b) Facilitarea învăţării limbajului mimico-gestual şi promovarea identităţii lingvistice a persoanelor

cu deficienţe de auz;

(c) Asigurarea educaţiei persoanelor şi mai ales a copiilor, care sunt nevăzători, surzi s au cu surdo-cecitate, prin cele mai adecvate şi individualizate limbaje, căi şi modalităţi, precum şi în medii care să le favorizeze o maximă dezvoltare şcolară şi socială.

4. Pentru a sprijini exercitarea acestui drept, Statele Părţi vor lua măsurile ad ecvate pentru angajarea de profesori, inclusiv profesori cu dizabilităţi, calificaţi în limbajul mimico-gestual şi/sau Braille, şi pentru formarea profesioniştilor şi personalului care lucrează la toate nivelurile educaţionale. O astfel de formare va presupune cunoaşterea problematicii dizabilităţii şi utilizarea modalităţilor, mijloacelor şi formatelor augmentative şi alternative adecvate de comunicare, a tehnicilor şi materialelor educaţionale potrivite pentru susţinerea persoanelor cu dizabilităţi.

5. Statele Părţi se vor asigura că persoanele cu dizabilităţi pot avea acces la învăţământ superior, formare vocaţională, educaţie pentru adulţi şi formare continuă, fără discriminare şi în condiţii de egalitate cu ceilalţi. În acest scop, Statele Părţi se vor asigura că persoanelor cu dizabilităţi li se oferă adaptări adecvate.

Articolul 25

Sănătatea

Statele Părţi recunosc faptul că persoanele cu dizabilităţi au dreptul să se bucure de cea mai bună stare de sănătate, fără discriminare pe criterii de dizabilitate. Statele Părţi vor lua toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilităţi la serviciile de sănătate care acordă atenţie problemelor specifice de gen, inclusiv refacerea stării de sănătate. În special, Statele Părţi vor:

(a) Furniza persoanelor cu dizabilităţi aceeaşi gamă de servicii, la acelaşi nivel de calitate şi standard de îngrijire şi programe medicale gratuite ori la preţuri accesibile, precum cele furnizate celorlalte persoane, inclusiv în domeniul sănătăţii sexuale şi reproductive şi al programelor publice de sănătate pentru populaţie;

(b) Furniza acele servicii de sănătate specifice, necesare persoanelor cu dizabilităţi, inclusiv servicii adecvate de diagnosticare şi de intervenţie timpurie şi servicii menite să prevină riscul apariţiei altor dizabilităţi, inclusiv în rândul copiilor şi persoanelor vârstnice;

(c) Furniza aceste servicii de sănătate cât mai aproape posibil de comunităţile în care trăiesc aceste persoane, inclusiv în mediul rural;

(d) Solicita profesioniştilor din domeniul medical să furnizeze persoanelor cu dizabilităţi îngrijire de aceeaşi calitate ca şi celorlalţi, inclusiv pe baza consimţământului conştient şi liber exprimat, printre altele, prin creşterea gradului de conştientizare privind drepturile omului, demnitatea, autonomia şi nevoile persoanelor cu dizabilităţi, prin instruire şi prin promovarea de standarde etice în domeniul serviciilor de sănătate publice şi private;

(e) Interzice discriminarea persoanelor cu dizabilităţi în ceea ce priveşte dreptul la asigurare de sănătate sau de viaţă, în cazul în care legislaţia naţională permite acest lucru, accesul la acest tip de asigurări realizându-se într-o manieră corectă şi adecvată;

(f) Împiedica orice refuz discriminator de acordare a îngrijirilor de sănătate ori a serviciilor medicale sau a unor alimente ori lichide pe criterii de dizabilitate.

Articolul 26

Abilitare şi reabilitare

1. Statele Părţi vor lua măsurile eficiente şi adecvate, inclusiv prin sprijinul reciproc între pers oane cu aceleaşi probleme, pentru a permite persoanelor cu dizabilităţi să obţină şi să -şi menţină maximum de autonomie, să-şi dezvolte pe deplin potenţialul fizic, mintal, social şi profesional şi să realizeze o deplină integrare şi participare în toate aspectele vieţii. În acest scop, Statele Părţi vor organiza, consolida şi extinde servicii şi programe de abilitare şi reabilitare complexe, în special în domeniul sănătăţii, încadrării în muncă, educaţiei şi serviciilor sociale, astfel încât aceste servicii şi programe:

(a) Să înceapă, într-un stadiu cât mai de timpuriu posibil, şi să se bazeze pe evaluarea multidisciplinară a nevoilor şi abilităţilor individuale.

(b) Să sprijine participarea şi integrarea în comunitate şi în toate aspectele societăţii, p e baza liberului consimţământ şi să fie disponibile cât mai aproape posibil de comunitatea în care trăiesc, inclusiv în mediul rural.

2. Statele Părţi vor promova dezvoltarea formării iniţiale şi continue pentru profesioniştii şi personalul care lucrează în serviciile de abilitare şi reabilitare.

3. Statele Părţi vor promova oferta, cunoaşterea şi utilizarea echipamentelor şi tehnologiilor concepute pentru persoanele cu dizabilităţi, care vizează abilitarea şi reabilitarea lor.

Articolul 27

Munca şi încadrarea în muncă

1. Statele Părţi recunosc dreptul persoanelor cu dizabilităţi de a munci în condiţii de egalitate cu ceilalţi; aceasta include dreptul la oportunitatea de a-şi câştiga existenţa prin exercitarea unei activităţi liber alese sau acceptate pe piaţa muncii, într-un mediu de lucru deschis, incluziv şi accesibil persoanelor cu dizabilităţi. Statele Părţi vor proteja şi promova dreptul la muncă, inclusiv pentru cei care dobândesc o dizabilitate pe durata angajării, prin luarea de măsuri adecvate, inclusiv de ordin legislativ, pentru ca, printre altele:

(a) Să interzică discriminarea pe criterii de dizabilitate referitoare la toate aspectele şi formele de încadrare în muncă, inclusiv la condiţiile de recrutare, plasare, angajare şi menţinere în munc ă, la progresul în carieră şi la condiţii de sănătate şi securitate la locul de muncă;

(b) Să protejeze drepturile persoanelor cu dizabilităţi, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, din punct de vedere al condiţiilor corecte şi favorabile de muncă, inclusiv al oportunităţilor şi remuneraţiei egale pentru muncă egală, al condiţiilor de sănătate şi securitate la locul de muncă, al protecţiei împotriva hărţuirii şi prin reglementarea conflictelor;

(c) Să se asigure că persoanele cu dizabilităţi sunt capabile să-şi exercite dreptul la muncă şi drepturile sindicale în condiţii de egalitate cu ceilalţi;

(d) Să permită persoanelor cu dizabilităţi accesul efectiv la programele generale de orientare tehnică şi vocaţională, la servicii de plasare şi formare profesională continuă;

(e) Să promoveze, pe piaţa muncii, oportunităţile de angajare şi de progres în carieră pentru persoanele cu dizabilităţi şi să ofere asistenţă în căutarea, obţinerea şi menţinerea unui loc de muncă, inclusiv pentru revenirea la locul de muncă.

(f) Să promoveze oportunităţile pentru activităţi independente, dezvoltarea spiritului antreprenorial, dezvoltarea de cooperative şi începerea unei afaceri proprii;

(g) Să angajeze persoane cu dizabilităţi în sectorul public;

(h) Să promoveze angajarea persoanelor cu dizabilităţi în sectorul privat prin politici şi măsuri adecvate, care să includă programe de acţiune pozitive, stimulente şi alte măsuri;

(i) Să se asigure oferirea unor adaptări adecvate persoanelor cu dizabilităţi, la locul de m uncă;

(j) Să încurajeze obţinerea, de către persoanele cu dizabilităţi, a unei experienţe în muncă, pe piaţa liberă a forţei de muncă;

(k) Să promoveze reabilitarea vocaţională şi profesională, menţinerea locului de muncă şi programele de reintegrare profesională pentru persoanele cu dizabilităţi.

2. Statele Părţi se vor asigura că persoanele cu dizabilităţi nu sunt ţinute în sclavie sau servitute şi sunt protejate, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, împotriva muncii forţate sau obligatorii.

Articolul 28

Standarde de viaţă şi de protecţie socială adecvate

1. Statele Părţi recunosc dreptul persoanelor cu dizabilităţi la un standard adecvat de viaţă pentru ele şi familiile lor, inclusiv la alimentaţie, îmbrăcăminte şi locuinţă adecvate şi la îmbunătăţir ea continuă a condiţiilor de trai şi vor lua măsurile adecvate pentru a proteja şi promova exercitarea acestui drept fără discriminare pe criterii de dizabilitate.

2. Statele Părţi recunosc dreptul persoanelor cu dizabilităţi la protecţie socială şi posibi litatea de a se bucura de acest drept fără discriminare pe criterii de dizabilitate şi vor lua măsurile adecvate pentru a proteja şi promova respectarea acestui drept, inclusiv măsuri pentru:

(a) A asigura accesul egal al persoanelor cu dizabilităţi la servicii de apă potabilă şi a asigura accesul la servicii adecvate şi accesibile ca preţ, la dispozitive şi alte tipuri de asistenţă pentru nevoile aferente dizabilităţii;

(b) A asigura accesul persoanelor cu dizabilităţi, în special al femeilor, fetelor şi al persoanelor vârstnice cu dizabilităţi, la programe de protecţie socială şi de diminuare a sărăciei;

(c) A asigura accesul persoanelor cu dizabilităţi şi al familiilor lor care trăiesc în sărăcie, la asistenţă financiară din partea statului, pentru cheltuieli legate de dizabilităţi, inclusiv formare, consiliere, asistenţă financiară şi servicii de îngrijire temporară adecvate;

(d) A asigura accesul persoanelor cu dizabilităţi la programele publice de locuinţe;

(e) A asigura accesul egal al persoanelor cu dizabilităţi la programele de pensionare şi la beneficiile aferente.

Articolul 29

Participarea la viaţa politică şi publică

Statele Părţi vor garanta persoanelor cu dizabilităţi drepturi politice şi posibilitatea de a beneficia de acestea, în condiţii de egalitate cu alţii, şi se angajează:

(a) Să se asigure că persoanele cu dizabilităţi pot participa efectiv şi deplin la viaţa politică şi publică, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, în mod direct sau prin reprezentanţi liber aleşi, precum şi dreptul şi oportunitatea de a vota şi de a fi alese, printre altele, prin:

(i) Asigurarea de proceduri, facilităţi şi materiale de vot adecvate, accesibile şi uşor de înţeles şi utilizat;

(ii) Protejarea dreptului persoanelor cu dizabilităţi de a vota prin vot secret la alegerile şi referendumurile publice, fără intimidare, de a candida la alegeri, de a deţine efectiv un mandat ales şi de a îndeplini orice funcţie publică, la orice nivel guvernamental, facilitând utilizarea tehnologiilor noi şi de asistare, acolo unde este cazul;

(iii) Garantarea exprimării libere a voinţei persoanelor cu dizabilităţi ca electori şi în acest scop, dacă este cazul, la solicitarea acestora, să permită asistarea la vot de către o persoană la alegerea lor;

(b) Să promoveze activ un mediu în care persoanele cu dizabilităţi pot participa efectiv şi pe deplin

la administrarea afacerilor publice, fără discriminare şi în condiţii de egalitate cu ceilalţi şi să încurajeze participarea lor la afacerile publice, inclusiv:

(i) Să activeze în cadrul organizaţiilor neguvernamentale şi asociaţiilor care se ocupă de viaţa publică şi politică a ţării şi la activităţile şi administrarea partidelor politice;

(ii) Să formeze şi să adere la organizaţii ale persoanelor cu dizabilităţi pentru a le reprezenta pe acestea din urmă la nivel internaţional, naţional, regional şi local.

Articolul 30

Participarea la viaţa culturală, activităţi recreative, timp liber şi sport

1. Statele Părţi recunosc dreptul persoanelor cu dizabilităţi de a participa, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, la viaţa culturală şi vor lua toate măsurile adecvate pentru a se asigura că persoanele cu dizabilităţi:

(a) Beneficiază de acces la materialele culturale în formate accesibile;

(b) Beneficiază de acces la programe de televiziune, filme, teatre şi alte activităţi culturale, în formate accesibile;

(c) Beneficiază de acces în locurile destinate reprezentaţiilor sau serviciilor culturale, cum ar fi teatre, muzee, cinematografe, biblioteci şi servicii turistice şi, pe cât posibil, beneficiază de acces la monumente şi situri de importanţă culturală naţională.

2. Statele Părţi vor lua măsurile corespunzătoare pentru a da posibilitatea persoanelor cu dizabilităţi să-şi dezvolte şi să-şi utilizeze potenţialul creator, artistic şi intelectual, nu numai în beneficiul propriu, ci şi în cel al societăţii.

3. Statele Părţi vor lua toate măsurile corespunzătoare, în conformitate cu legislaţia internaţională, pentru a se asigura că legile care protejează drepturile de proprietate intelectuală nu constituie o barieră nerezonabilă sau discriminatorie pentru accesul persoanelor cu dizabilităţi la produsele culturale.

4. Persoanele cu dizabilităţi au dreptul, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, la recunoaşterea şi susţinerea identităţii lor culturale şi lingvistice specifice, inclusiv a limbajelor mimico-gestuale şi culturii persoanelor cu deficienţe de auz.

5. Pentru ca persoanele cu dizabilităţi să poată participa, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, la activităţi recreative, de timp liber şi sportive, Statele Părţi vor lua măsurile corespunzătoare pentru:

(a) A încuraja şi promova participarea, cât de mult posibil, a persoanelor cu dizabilităţi la desfăşurarea de activităţi sportive de masă, la toate nivelurile;

(b) A se asigura că persoanele cu dizabilităţi au posibilitatea de a organiza, desfăşura şi participa la activităţi sportive şi recreative specifice dizabilităţii şi, în acest scop, să încurajeze accesul, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, la instruire, antrenament şi resurse corespunzătoare;

(c) A se asigura că persoanele cu dizabilităţi au acces la locurile unde se desfăşoară activităţi sportive, recreative şi turistice;

(d) A asigura accesul şi participarea copiilor cu dizabilităţi, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, la joacă, activităţi recreative, de timp liber şi sportive, inclusiv la activităţile din sistemul şcolar;

(e) A se asigura că persoanele cu dizabilităţi au acces la serviciile furnizate de cei implicaţi în organizarea activităţilor recreative, turistice, de timp liber şi sportive.

Articolul 31

Statistici şi colectarea datelor

1. Statele Părţi se angajează să colecteze informaţiile corespunzătoare, inclusiv date statistice şi de cercetare, pentru a avea posibilitatea să formuleze şi să implementeze politici care să conducă la intrarea în vigoare a prezentei Convenţii. Procesul de colectare şi stocare a acestor informaţii se va:

(a) Conforma măsurilor de protecţie stabilite de lege, inclusiv de legislaţia referitoare la protecţia datelor, pentru a asigura confidenţialitatea şi respectarea anonimatului persoanelor cu dizabilităţi;

(b) Conforma normelor internaţionale acceptate, de protecţie a drepturilor şi libertăţilor fundamentale ale omului şi principiilor etice referitoare la colectarea şi utilizarea statisticilor.

2. Informaţiile colectate conform acestui articol vor fi sortate şi furnizate în funcţie de necesităţi şi vor fi utilizate pentru a ajuta la evaluarea implementării obligaţiilor Statelor Părţi care decurg din prezenta Convenţie şi la identificarea şi rezolvarea barierelor cu care se confruntă persoanele cu dizabilităţi în exercitarea drepturilor lor.

3. Statele Părţi îşi vor asuma responsabilitatea pentru diseminarea acestor statistici şi vor asigura accesibilitatea acestora în aceeaşi măsură pentru persoanele cu dizabilităţi ca şi pentru alte persoane.

Articolul 32

Cooperarea internaţională

1. Statele Părţi recunosc importanţa cooperării internaţionale şi a promovării acesteia în susţinerea eforturilor pentru îndeplinirea scopului şi obiectivelor prezentei Convenţii şi vor lua toate măsurile corespunzătoare şi eficiente în această privinţă, între State şi în cadrul acestora şi, dacă este cazul, în parteneriat cu organizaţii internaţionale şi regionale relevante şi cu societatea civilă, în special cu organizaţii ale persoanelor cu dizabilităţi. Aceste măsuri pot include, printre altele:

(a) Asigurarea unei cooperări internaţionale care include programele de dezvoltare internaţională, incluzivă şi accesibilă persoanelor cu dizabilităţi;

(b) Facilitarea şi sprijinul pentru dezvoltarea capacităţii instituţionale, inclusiv prin schimbul şi diseminarea de informaţii, experienţe, programe de formare şi de bune practici;

(c) Facilitarea cooperării în cercetare şi accesul la cunoştinţe ştiinţifice şi tehnice;

(d) Furnizarea de asistenţă tehnică şi economică, după caz, inclusiv prin facilitarea accesului la tehnologie de asistare şi schimburile în acest domeniu, precum şi prin transfer de tehnologie.

2. Prevederile prezentului articol nu aduc prejudiciu obligativităţii ca fiecare Stat Parte să-şi îndeplinească obligaţiile ce decurg din prezenta Convenţie.

Articolul 33

Implementarea şi monitorizarea naţională

1. Potrivit sistemului lor de organizare, Statele Părţi vor desemna unul sau mai multe puncte de contact în cadrul guvernului pentru probleme referitoare la implementarea prezentei Convenţii şi vor acorda atenţia cuvenită stabilirii sau desemnării unui mecanism de coordonare în cadrul guvernului pentru a facilita măsurile aferente, în diferite sectoare şi la diferite niveluri.

2. Statele Părţi, în conformitate cu propriile sisteme juridice şi administrative, îşi vor menţine, consolida, desemna sau stabili fiecare un cadru care să includă unul sau mai multe mecanisme independente, după cum este cazul, pentru a promova, proteja şi monitoriza implementarea prezentei Convenţii. La desemnarea sau stabilirea unui asemenea mecanism, Statele Părţi vor ţine cont de principiile referitoare la statutul şi funcţionarea instituţiilor naţionale pentru protecţia şi promovarea drepturilor omului.

3. Societatea civilă, în special persoanele cu dizabilităţi şi organizaţiile care le reprezintă, vor fi implicate şi vor participa pe deplin la procesul de monitorizare.

Articolul 34

Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilităţi

1. Se va constitui un Comitet pentru drepturile persoanelor cu dizabilităţi (numit în continuare „Comitetul"), care va îndeplini funcţiile prevăzute în continuare.

2. Comitetul va fi alcătuit, în momentul intrării în vigoare a prezentei Convenţii, din doisprezece experţi. După alte şaizeci de ratificări sau aderări la Convenţie, numărul membrilor în Comitet va creşte cu şase membri, atingând un număr maxim de optsprezece membri.

3. Membrii Comitetului vor acţiona în nume propriu şi vor avea o înaltă ţinută morală, competenţă şi experienţă recunoscute în domeniul prezentei Convenţii. La nominalizarea candidaţilor lor, Statele Părţi sunt invitate să ţină cont de prevederea stabilită în articolul 4.3 din prezenta Convenţie.

4. Membrii Comitetului vor fi aleşi de Statele Părţi, acordând atenţie distribuţiei geografice echitabile, reprezentării diferitelor forme de civilizaţie şi a principalelor sisteme juridice, reprezentării echilibrate pe criterii de sex şi a participării experţilor cu dizabilităţi.

5. Membrii Comitetului vor fi aleşi prin vot secret dintr-o listă de persoane nominalizate de Statele Părţi dintre cetăţenii lor, în reuniuni ale Conferinţei Statelor Părţi. La acele reuniuni, pentru care este necesar un cvorum de două treimi din Statele Părţi, persoanele alese în Comitet vor fi cele care obţin cel mai mare număr de voturi şi majoritatea absolută din voturile reprezentanţilor Statelor Părţi prezente care îşi exercită dreptul de vot.

6. Procesul iniţial de alegere se va ţine nu mai târziu de şase luni după data intrării în vigoare a prezentei Convenţii. Cu cel puţin patru luni înainte de data fiecărei alegeri, Secretarul General al Naţiunilor Unite va transmite o scrisoare Statelor Părţi invitându-le să depună nominalizările în termen de două luni. Secretarul General va întocmi ulterior o listă în ordine alfabetică a tuturor persoanelor nominalizate astfel, indicând Statele Părţi care le-au nominalizat şi pe care o va înainta Statelor Părţi la prezenta Convenţie.

7. Membrii Comitetului vor fi aleşi pentru un mandat de patru ani. Aceştia vor putea fi realeşi o singură dată. Totuşi, mandatul a şase dintre membrii aleşi la prima alegere va expira la sfârşitul unei perioade de doi ani; imediat după prima alegere, numele acestor şase membri se vor aleg e prin tragere la sorţi de către preşedintele adunării la care se face referire în paragraful 5 al prezentului articol.

8. Alegerea a şase membri suplimentari ai Comitetului se va desfăşura cu ocazia alegerilor periodice, conform prevederilor relevante ale prezentului articol.

9. Dacă un membru al Comitetului decedează, demisionează sau declară că din orice altă cauză nu îşi mai poate îndeplini îndatoririle, Statul Parte care l-a nominalizat pe acel membru va numi un alt expert care are calificările şi îndeplineşte cerinţele prevăzute în prevederile relevante din prezentul articol pentru restul mandatului.

10. Comitetul îşi va stabili propriile reguli de procedură.

11. Secretarul General al Naţiunilor Unite va asigura personalul şi facilităţile necesare p entru îndeplinirea eficientă a funcţiilor Comitetului conform prezentei Convenţii şi va convoca prima reuniune a acestuia.

12. Cu aprobarea Adunării Generale, membrii Comitetului constituit conform prezentei Convenţii vor primi indemnizaţii din resursele Naţiunilor Unite, în termenii şi condiţiile pe care le va hotărî Adunarea, ţinând cont de importanţa responsabilităţilor Comitetului.

13. Membrii Comitetului vor avea dreptul la facilităţile, privilegiile şi imunităţile experţilor în misiune pentru Naţiunile Unite, după cum s-a stabilit în secţiunile specifice ale Convenţiei privind privilegiile

şi imunităţile Naţiunilor Unite.

Articolul 35

Rapoartele Statelor Părţi

1. Fiecare Stat Parte va prezenta Comitetului, prin Secretarul General al Naţiunilor Unite , un raport cuprinzător asupra măsurilor luate pentru punerea în aplicare a obligaţiilor ce îi revin în conformitate cu prezenta Convenţie şi asupra progresului făcut în acea privinţă, în termen de doi ani după intrarea în vigoare a prezentei Convenţii pentru Statul Parte respectiv.

2. După aceea, Statele Părţi vor prezenta rapoarte ulterioare cel puţin la fiecare patru ani şi apoi ori de câte ori solicită Comitetul.

3. Comitetul va stabili liniile directoare aplicabile pentru conţinutul raportului.

4. Nu este necesar ca Statul Parte care a prezentat un raport iniţial Comitetului să repete în rapoartele sale ulterioare informaţiile furnizate anterior. Când întocmesc rapoartele pentru Comitet, Statele Părţi sunt invitate să considere raportarea ca un proces deschis şi transparent şi să acorde importanţa necesară prevederilor art. 4.3. al prezentei Convenţii.

5. Rapoartele pot evidenţia factorii şi dificultăţile care afectează gradul de îndeplinire a obligaţiilor în condiţiile prezentei Convenţii.

Articolul 36

Analiza rapoartelor

1. Fiecare raport va fi analizat de Comitet care va transmite sugestiile şi recomandările generale pe care le consideră adecvate şi le va înainta Statului Parte respectiv. Statul Parte poate răspunde Comitetului cu orice informaţie pe care o consideră necesară. Comitetul poate solicita Statelor Părţi informaţii suplimentare relevante pentru implementarea prezentei Convenţii.

2. Dacă un Stat Parte a înregistrat o întârziere semnificativă în depunerea unui raport, Comitetul poate notifica Statul Parte respectiv despre necesitatea de a examina implementarea prezentei Convenţii în acel Stat Parte, în baza informaţiilor întemeiate aflate la dispoziţia Comitetului, dacă raportul respectiv nu este depus în termen de trei luni de la notificare. Comitetul va invita Statul Parte respectiv să participe la o astfel de examinare. În cazul în care Statul Parte răspunde prin transmiterea raportului, se vor aplica prevederile din aliniatul 1 al prezentului articol.

3. Secretarul General al Naţiunilor Unite va pune rapoartele la dispoziţia tuturor Statelor Părţi.

4. Statele Părţi vor supune rapoartele dezbaterii publice, fiecare în ţara sa, şi vor facilita accesul la sugestiile şi recomandările generale legate de respectivele rapoarte.

5. Comitetul va transmite, dacă va considera necesar, agenţiilor specializate, fondurilor şi programelor Naţiunilor Unite şi altor organisme competente rapoarte ale Statelor Părţi pentru a soluţiona o cerere sau o nevoie de consiliere sau asistenţă tehnică cuprinsă în aceste rapoarte, împreună cu observaţiile şi recomandările Comitetului asupra acelor solicitări, dacă există.

Articolul 37

Cooperarea între Statele Părţi şi Comitet

1. Fiecare Stat Parte va coopera cu Comitetul şi îi va asista pe membrii acestuia în în deplinirea mandatului lor.

2. În relaţia sa cu Statele Părţi, Comitetul va acorda atenţia cuvenită modurilor şi mijloacelor de creştere a capacităţilor naţionale de implementare a prezentei Convenţii, inclusiv prin cooperare internaţională.

Articolul 38

Relaţia Comitetului cu alte organisme

Pentru a promova implementarea eficientă a prezentei Convenţii şi pentru a încuraja cooperarea internaţională în domeniul acoperit de prezenta Convenţie:

(a) Agenţiile specializate şi alte organisme ale Naţiunilor Unite vor avea dreptul să fie reprezentate la analiza implementării prevederilor din prezenta Convenţie, conform mandatului lor. Comitetul poate invita agenţii specializate şi alte organisme competente, în măsura în care consideră necesar, să furnizeze experti ză referitoare la implementarea Convenţiei în domenii care intră în aria de competenţă a mandatului lor. Comitetul poate invita agenţii specializate şi alte organisme ale Naţiunilor Unite să depună rapoarte referitoare la implementarea Convenţiei în domenii care intră în obiectul lor de activitate;

(b) În îndeplinirea mandatului, Comitetul va consulta, dacă este cazul, alte organisme relevante constituite prin tratate internaţionale privind drepturile omului, pentru a asigura concordanţa dintre liniile directoare de raportare, sugestiile şi recomandările generale şi pentru a evita duplicarea şi suprapunerea în îndeplinirea funcţiilor acestora.

Articolul 39

Raportul Comitetului

Comitetul va raporta la fiecare doi ani Adunării Generale şi Consiliului Economic şi Social despre activităţile sale şi poate face sugestii şi recomandări generale în baza examinării rapoartelor şi informaţiilor primite de la Statele Părţi. Astfel de sugestii şi recomandări generale vor fi incluse în raportul Comitetului împreună cu comentariile Statelor Părţi, dacă ele există.

Articolul 40

Conferinţa Statelor Părţi

1. Statele Părţi se vor întâlni periodic în cadrul unei Conferinţe a Statelor Părţi pentru a analiza orice problemă referitoare la implementarea prezentei Convenţii.

2. Nu mai târziu de şase luni după intrarea în vigoare a prezentei Convenţii, Conferinţa Statelor Părţi va fi convocată de către Secretarul General al Naţiunilor Unite. Reuniunile ulterioare vor fi convocate de către Secretarul General al Naţiunilor Unite bianual sau la decizia Conferinţei Statelor Părţi.

Articolul 41

Depozitar

Secretarul General al Naţiunilor Unite va fi depozitarul prezentei Convenţii.

Articolul 42

Semnarea

Prezenta Convenţie va fi deschisă pentru semnare tuturor Statelor şi organizaţiilor de integrare regională, la sediul Naţiunilor Unite din New York, începând cu data de 30 martie 2007.

Articolul 43

Consimţământul

Prezenta Convenţie va face obiectul ratificării de către Statele semnatare şi al confirmării oficiale de către organizaţiile de integrare regională semnatare. Ea va fi deschisă pentru aderarea oricărui Stat sau organizaţie de integrare regională care nu a semnat Convenţia.

Articolul 44

Organizaţiile de integrare regională

1. „Organizaţia de integrare regională" va însemna o organizaţie formată din statele suverane ale unei anumite regiuni, căreia statele membre i-au transferat competenţa în legătură cu aspectele reglementate de această Convenţie. Organizaţiile de acest tip vor declara în instrumentele lor de confirma re oficială sau de aderare în ce măsură au competenţă privind aspectele reglementate de prezenta Convenţie. Ulterior, ele îl vor informa pe depozitar despre orice modificare substanţială intervenită în aria lor de competenţă.

2. Referinţele la „Statele Părţi" în prezenta Convenţie se vor aplica acestor organizaţii, în limita competenţei acestora.

3. Nici un instrument depus de o organizaţie de integrare regională nu va fi luat în considerare în aplicarea articolului 45, alineatul 1 şi al articolului 47, alineatele 2 şi 3 ale prezentei Convenţii.

4. Organizaţiile de integrare regională, pe aspecte care intră în domeniul lor de competenţă, îşi pot exercita dreptul de vot în cadrul Conferinţei Statelor Părţi, având un număr de voturi egal cu numărul de State membre care sunt părţi la prezenta Convenţie. O astfel de organizaţie nu îşi va exercita dreptul de vot dacă oricare dintre Statele ei membre îşi exercită acest drept, şi invers.

Articolul 45

Intrarea în vigoare

1. Prezenta Convenţie va intra în vigoare în a 30-a zi după depunerea celui de-al 20-lea instrument de ratificare sau de aderare.

2. Pentru fiecare Stat sau organizaţie de integrare regională care ratifică, confirmă oficial sau aderă la Convenţie după depunerea celui de-al 20-lea astfel de instrument, Convenţia va intra în vigoare în a 30-a zi după depunerea propriului instrument de acest tip.

Articolul 46

Rezerve

1. Rezervele, incompatibile cu obiectul şi scopul prezentei Convenţii, nu vor fi permise.

2. Rezervele pot fi retrase în orice moment.

Articolul 47

Amendamente

1. Orice Stat Parte poate să propună un amendament la prezenta Convenţie şi să îl depună la Secretarul General al Naţiunilor Unite. Secretarul General va comunica Statelor Părţi orice amendament propus, cu o cerere de a fi notificat dacă acestea sunt de acord cu organizarea unei conferinţe a Statelor Părţi în scopul de a analiza şi decide asupra propunerilor făcute. În cazul în care, în termen de patru luni de la data unei asemenea comunicări, cel puţin o treime din Statele Părţi este de acord cu organizarea unei astfel de conferinţe, Secretarul General va organiza conferinţa sub auspiciile Naţiunilor Unite. Orice amendament adoptat de o majoritate de două treimi din numărul Statelor Părţi prezente şi care îşi exercită dreptul de vot, va fi înaintat de Secretarul General Adunării Generale pentru aprobare şi, ulterior, tuturor Statelor Părţi, pentru acceptare.

2. Un amendament adoptat şi aprobat conform alineatului 1 al prezentului articol va intra în vigoare în a 30-a zi după ce numărul de instrumente de acceptare depuse atinge două treimi din numărul Statelor Părţi la data adoptării amendamentului. Ulterior, amendamentul va intra în vigoare pentru orice Stat Parte în a 30-a zi după depunerea propriului său instrument de acceptare. Un amendament va fi obligatoriu numai pentru acele State Părţi care l-au acceptat.

3. Dacă se stabileşte astfel de către Conferinţa Statelor Părţi prin consens, un amendament adoptat şi aprobat conform alineatului 1 al prezentului articol care se referă exclusiv la articolele 34, 38, 39 şi 40 va intra în vigoare pentru toate Statele Părţi în a 30-a zi după ce numărul de instrumente de acceptare atinge două

treimi din numărul Statelor Părţi la data adoptării amendamentului.

Articolul 48

Denunţarea

Un Stat Parte poate denunţa prezenta Convenţie printr-o notificare adresată Secretarului General al Naţiunilor Unite. Denunţarea va deveni efectivă la un an de la data primirii notificării de către Secretarul General.

Articolul 49

Formatul accesibil

Textul prezentei Convenţii va fi disponibil în formate accesibile.

Articolul 50

Texte autentice

Textele în arabă, chineză, engleză, franceză, rusă şi spaniolă ale prezentei Convenţii vor fi egal autentice.

Drept mărturie, subsemnaţii plenipotenţiari, fiind autorizaţi legal în acest scop de propriile Guverne, au semnat prezenta Convenţie.

Anexa II

Protocol Opţional la Convenţia privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi

Statele Părţi la prezentul Protocol au convenit următoarele:

Articolul 1

1. Un Stat Parte la prezentul Protocol („Stat Parte") recunoaşte competenţa Comitetului pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi („Comitetul") de a primi şi analiza comunicările de la sau în numele indivizilor sau grupurilor de indivizi din jurisdicţia acestuia care susţin că sunt victime ale încălcării, de către acel Stat Parte, a prevederilor Convenţiei.

2. Nu va fi primită de către Comitet nici o comunicare dacă ea se referă la un Stat Parte la Convenţie care nu este parte şi la prezentul Protocol.

Articolul 2

Comitetul va considera o comunicare inadmisibilă atunci când:

(a) Comunicarea este anonimă;

(b) Comunicarea reprezintă un abuz al dreptului de a prezenta asemenea comunicări sau este incompatibilă cu prevederile Convenţiei;

(c) Aceeaşi problemă a fost deja examinată de Comitet sau a fost, ori este în curs de examinare în cadrul altei proceduri internaţionale de investigare sau soluţionare.

(d) Nu au fost epuizate toate căile interne de recurs disponibile. Această regulă nu se aplică dacă procedurile de recurs depăşesc termene rezonabile sau dacă este puţin probabil să producă o rezolvare efectivă;

(e) Este în mod evident neîntemeiată sau nu este fundamentată suficient sau atunci când

(f) Faptele care sunt obiectul comunicării s-au desfăşurat înainte de intrarea în vigoare a prezentului Protocol pentru Statul Parte în cauză, doar dacă acele fapte nu au continuat după acea dată.

Articolul 3

În conformitate cu prevederile articolului 2 din prezentul Protocol, Comitetul va supune atenţiei Statului Parte orice comunicare care i-a fost înaintată în mod confidenţial. În termen de şase luni, Statul respectiv va prezenta Comitetului, în scris, explicaţii sau declaraţii de clarificare a problemei şi, dacă este cazul, măsurile adoptate de acel Stat pentru remedierea situaţiei.

Articolul 4

1. În orice moment după primirea comunicării şi înainte de studierea comunicării pe fond, Comitetul poate transmite Statului Parte în cauză, pentru o analiză urgentă, o solicitare ca Statul Parte să ia măsurile tranzitorii necesare pentru a evita posibile daune ireparabile aduse victimei sau victimelor presupusei încălcări.

2. Atunci când Comitetul acţionează în baza aliniatului 1 din acest articol, aceasta nu implică luarea unei decizii asupra admisibilităţii sau fondului comunicării.

Articolul 5

Comitetul va organiza şedinţe cu uşile închise atunci când examinează comunicările în baza prezentului Protocol. După examinarea unei comunicări, Comitetul va înainta sugestiile şi recomandările proprii, dacă există, către Statul Parte în cauză şi către petent.

Articolul 6

1. În cazul în care Comitetul primeşte informaţii de încredere prin care se indică încălcări grave sau sistematice, de către un Stat Parte, ale drepturilor stabilite în Convenţie, Comitetul va invita acel Stat Parte să coopereze la examinarea informaţiilor şi, în acest scop, să prezinte observaţii referitoare la informaţiile în cauză.

2. Ţinând cont de orice observaţii care ar putea fi prezentate de către Statul Parte în cauză, precum şi de orice informaţii de încredere de care dispune, Comitetul poate desemna unul sau mai mulţi dintre membrii

săi să desfăşoare o investigaţie şi să raporteze de urgenţă Comitetului. Atunci când se justifică şi cu aprobarea Statului Parte, investigaţia poate include o vizită pe teritoriul acestuia.

3. După examinarea constatărilor unei asemenea investigaţii, Comitetul va transmite aceste constatări Statului Parte în cauză, împreună cu toate observaţiile şi recomandările.

4. În termen de şase luni de la primirea constatărilor, comentariilor şi recomandărilor transmise de către Comitet, Statul Parte în cauză va transmite Comitetului observaţiile sale.

5. O astfel de investigaţie se va desfăşura în mod confidenţial şi se va apela la cooperarea Statului Parte în toate etapele procedurilor.

Articolul 7

1. Comitetul poate invita Statul Parte în cauză să includă în raportul său, în baza articolului 35 din Convenţie, detaliile oricăror măsuri luate ca răspuns la o investigaţie desfăşurată conform articolului 6 din prezentul Protocol.

2. Dacă este necesar, după expirarea perioadei de şase luni la care se face referire în articolul 6.4, Comitetul poate invita Statul Parte în cauză pentru a-l informa asupra măsurilor luate ca răspuns la o asemenea investigaţie.

Articolul 8

La momentul semnării sau ratificării prezentului Protocol sau al aderării la acesta, fiecare Stat Parte poate declara că nu recunoaşte competenţa Comitetului prevăzută în articolele 6 şi 7.

Articolul 9

Secretarul General al Naţiunilor Unite va fi depozitarul prezentului Protocol.

Articolul 10

Prezentul Protocol va fi deschis pentru semnare tuturor Statelor şi organizaţiilor de integrare regională semnatare ale Convenţiei, la sediul Naţiunilor Unite din New York, începând cu data de 30 martie 2007.

Articolul 11

Prezentul Protocol va fi supus ratificării de către Statele semnatare ale acestui Protocol, care au ratificat sau care au aderat la Convenţie. Acesta va face obiectul confirmării oficiale de către organizaţiile de integrare regională semnatare ale acestui Protocol, care au semnat Convenţia sau care au aderat la aceasta. Protocolul va fi deschis pentru aderare oricărui Stat sau organizaţie de integrare regională care a ratificat, confirmat oficial sau a aderat la Convenţie şi care nu a semnat Protocolul.

Articolul 12

1. „Organizaţie de integrare regională" va însemna o organizaţie constituită de statele suverane dintr-o regiune dată, căreia statele membre i-au transferat competenţa în privinţa aspectelor reglementate de Convenţie şi de prezentul Protocol. Asemenea organizaţii vor declara în instrumentele lor de confirmare oficială sau de aderare, limita ariei de competenţă referitoare la aspectele reglementate de Convenţie şi de acest Protocol. Ulterior, ele vor informa depozitarul cu privire la orice modificare semnificativă a ariei lor de competenţă.

2. Referirile la „Statele Părţi" din prezentul Protocol se vor aplica unor astfel de organizaţii în limitele competenţei acestora.

3. Niciun instrument depus de o organizaţie de integrare regională nu va fi luat în considerare în aplicarea articolului 13, alineatul 1 şi al articolului 15, alineatul 2 din prezentul Protocol.

4. Organizaţiile de integrare regională, pe aspecte din domeniul lor de competenţă, îşi pot exercita dreptul de vot în cadrul reuniunii Statelor Părţi, cu un număr de voturi egal cu numărul de State membre care sunt părţi la acest Protocol. O astfel de organizaţie nu-şi va exercita dreptul la vot dacă oricare dintre Statele ei membre îşi exercită acest drept şi invers.

Articolul 13

1. Sub rezerva intrării în vigoare a Convenţiei, prezentul Protocol va intra în vigoare în a 30-a zi după depunerea celui de-al 10-lea instrument de ratificare sau de aderare.

2. Pentru fiecare Stat sau organizaţie de integrare regională care ratifică, confirmă oficial sau aderă la Protocol după depunerea celui de-al 10-lea asemenea instrument, Protocolul va intra în vigoare în a 30-a zi după depunerea instrumentului propriu.

Articolul 14

1. Rezervele incompatibile cu obiectul şi scopul prezentului Protocol nu vor fi permise.

2. Rezervele pot fi retrase în orice moment.

Articolul 15

1. Orice Stat Parte poate să propună un amendament la prezentul Protocol şi să îl depună la Secretarul General al Naţiunilor Unite. Secretarul General va comunica orice amendament propus Statelor Părţi, cu o cerere de notificare, dacă acestea sunt de acord cu organizarea unei reuniuni a Statelor Părţi în scopul de a analiza şi decide asupra propunerilor făcute. În cazul în care în termen de patru luni de la data unei asemenea comunicări, cel puţin o treime din Statele Părţi sunt de acord cu organizarea unei asemenea reuniuni, Secretarul General va organiza reuniunea sub auspiciile Naţiunilor Unite. Orice amendament adoptat de o majoritate de două treimi din numărul Statelor Părţi prezente şi care îşi exercită dreptul de vot, va fi înaintată de către Secretarul General Adunării Generale pentru aprobare şi, ulterior, tuturor Statelor Părţi pentru

acceptare.

2. Un amendament adoptat şi aprobat conform aliniatului 1 al acestui articol va intra în vigoare în a 30-a zi după ce numărul de instrumente de acceptare depuse atinge două treimi din numărul Statelor Părţi la data adoptării amendamentului. Ulterior, amendamentul va intra în vigoare pentru orice Stat Parte în a 30 -a zi după depunerea propriului său instrument de acceptare. Un amendament va fi obligatoriu numai pentru acele State Părţi care l-au acceptat.

Articolul 16

Un Stat Parte poate denunţa prezentul Protocol printr-o notificare în scris către Secretarul General al Naţiunilor Unite. Denunţarea va deveni efectivă la un an de la data primirii notificării de către Secretarul General.

Articolul 17

Textul prezentului Protocol va fi disponibil în formate accesibile.

Articolul 18

Textele în arabă, chineză, engleză, franceză, rusă şi spaniolă ale prezentului Protocol vor fi egal autentice.

Drept mărturie, subsemnaţii plenipotenţiari, fiind autorizaţi legal în acest scop de propriile Guverne, au semnat prezentul Protocol.

HGA65/2013
ID intern unic: 346508
Версия на русском

Fişa actului juridic

Republica Moldova

GUVERNUL

HOTĂRÎRE Nr. 65
din 23.01.2013

cu privire la determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă

Publicat : 25.01.2013 în Monitorul Oficial Nr. 18-21 art Nr : 104 Data intrarii in vigoare : 01.01.2013

Abrogată prin HG357 din 18.04.18, MO126-132/20.04.18 art.399; în vigoare 01.05.18

Pentru implementarea prevederilor Legii nr. 60 din 30 martie 2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2012, nr. 155-159, art. 508), Guvernul HOTĂRĂŞTE:

1. Se creează Consiliul Naţional pentru Determinarea Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă prin reorganizarea Consiliului republican de expertiză medicală a vitalităţii, fiind succesorul de drepturi şi obligaţii ale instituţiei reorganizate.
2. Se aprobă:

Structura Consiliului Naţional pentru Determinarea Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă, conform anexei nr. 1;

Regulamentul privind organizarea şi funcţionarea Consiliului Naţional pentru Determinarea Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă, conform anexei nr. 2;

Instrucţiunea privind modul de determinare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă, conform anexei nr. 3.

3. Cheltuielile aferente organizării şi asigurării activităţii Consiliului Naţional pentru Determinarea Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă vor fi acoperite în limita mijloacelor bugetului de stat.
4. Controlul asupra executării prezentei hotărîri se pune în sarcina Ministerului Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei.
5. Se abrogă unele hotărîri de Guvern, conform anexei nr. 4.
6. Prezenta hotărîre intră în vigoare la 1 ianuarie 2013.

PRIM-MINISTRU **Vladimir FILAT**

Contrasemnează:
Ministrul muncii, protecţiei sociale şi familiei **Valentina Buliga**
Ministrul sănătăţii **Andrei Usatîi**

Nr. 65. Chişinău, 23 ianuarie 2013.

Anexa nr. 1
la Hotărîrea Guvernului nr.65
din 23 ianuarie 2013

Structura
Consiliului Naţional pentru Determinarea Dizabilităţii
şi Capacităţii de Muncă

1. Administraţia Consiliului
2. Serviciul audit intern
3. Secţia juridică şi resurse umane
4. Secţia economico-financiară
5. Secţia metodică şi statistică
6. Serviciul tehnologii informaţionale
7. Serviciul ingineresc şi auxiliar
8. Consiliul de control şi revedere a deciziilor
9. Consiliile specializate:

1) Consiliul specializat pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă nr. 1 – profil oncologic
2) Consiliul specializat pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă nr. 2 – profil ftiziopneumologie şi infecţii
3) Consiliul specializat pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă nr. 3 – profil psihiatric
4) Consiliul specializat pentru determinarea dizabilităţii nr. 4 – profil pediatric

10. Consiliile teritoriale pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă:

1) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Bălţi
2) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Cahul (raioanele Cahul şi antemir)
3) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Călăraşi (raioanele Călăraşi şi Străşeni)
4) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Cimişlia (raioanele Cimişlia şi Basarabeasca)
5) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Ceadîr-Lunga (raioanele Ceadîr-Lunga şi Taraclia)
6) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Comrat (raioanele Comrat şi Vulcăneşti)
7) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Donduşeni (raioanele Donduşeni şi Ocniţa)
8) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Drochia (raioanele Drochia şi Rîşcani)
9) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Edineţ (raioanele Edineţ şi Briceni)
10) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Făleşti (raioanele Făleşti şi Glodeni)
11) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Hînceşti (raioanele Hînceşti şi Leova)
12) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Orhei (raioanele Orhei şi Criuleni)
13) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Şoldăneşti (raioanele Şoldăneşti şi Rezina)
14) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Ungheni (raioanele Ungheni şi Nisporeni)
15) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Sîngerei (raioanele Sîngerei şi Teleneşti)
16) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Ştefan-Vodă (raioanele Ştefan-Vodă şi Căuşeni)
17) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă Soroca (raioanele Soroca şi Floreşti)
18) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă sect. Botanica, mun. Chişinău
19) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă sect. Buiucani, mun. Chişinău
20) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă sect. Ciocana, mun. Chişinău (sect. Ciocana, mun. Chişinău, şi raionul Ialoveni)
21) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă sect. Centru, mun. Chişinău (sect. Centru, mun. Chişinău, şi raionul Anenii Noi)
22) Consiliul teritorial pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă sect. Rîşcani, mun. Chişinău (sect. Rîşcani, mun.Chişinău, şi raionul Dubăsari)

Anexa nr. 2
la Hotărîrea Guvernului nr.65
din 23 ianuarie 2013

Regulament
privind organizarea şi funcţionarea Consiliului Naţional
pentru Determinarea Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă

I. Dispoziţii generale

1. Prezentul Regulament stabileşte modul de organizare şi funcţionare a Consiliului Naţional pentru Determinarea Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă (în continuare – Consiliu).

2. Consiliul este instituţie de stat, subordonată Ministerului Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei, abilitată cu funcţii plenipotenţiare în domeniul determinării dizabilităţii şi capacităţii de muncă.

Efectivul-limită al Consiliului este de 230 de unităţi, cu un fond anual de retribuire a muncii conform legislaţiei în vigoare.

Schemele de încadrare ale Consiliului se aprobă de Ministerul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei, în limita efectivului aprobat prin prezenta hotărîre.

Consiliul este persoană juridică, dispune de ştampilă cu Stema de Stat a Republicii Moldova şi cu denumirea sa, precum şi de conturi trezoreriale.

3. Consiliul îşi desfăşoară activitatea în conformitate cu Constituţia Republicii Moldova, decretele Preşedintelui Republicii Moldova, legile, hotărîrile Parlamentului, ordonanţele, hotărîrile şi dispoziţiile Guvernului, alte acte normative, tratatele internaţionale la care Republica Moldova este parte, precum şi cu prevederile prezentului Regulament.

Pentru realizarea obiectivelor politicii statului în domeniul de competenţă, în subordinea Consiliului funcţionează consilii specializate şi consilii teritoriale pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă (în continuare – consilii specializate şi consilii teritoriale), fără personalitate juridică.

II. Misiunea, funcţiile, atribuţiile şi drepturile de bază ale Consiliului

4. Consiliul are misiunea de a asigura realizarea prevederilor actelor normative în vigoare privind determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă, avînd ca obiective finale incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi.

5. În vederea realizării misiunii sale, Consiliului îi revin următoarele funcţii de bază:

1) implementarea legislaţiei în domeniul determinării dizabilităţii şi capacităţii de muncă, precum şi asistenţei medicale şi sociale, în limita competenţelor funcţionale stabilite de prezentul Regulament;

2) asigurarea, în condiţiile legislaţiei în vigoare, a modului de organizare şi funcţionare a sistemului de determinare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă, precum şi îmbunătăţirea calităţii acestuia;

3) expertizarea şi reexpertizarea cetăţenilor pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă;

4) planificarea strategică, analiza, monitorizarea şi evaluarea politicilor implementate şi a procesului de activitate;

5) conlucrarea cu instituţiile medico-sanitare, structurile teritoriale de asistenţă socială, asigurări sociale, ocuparea forţei de muncă şi din domeniul educaţiei în scopul acumulării de informaţii despre persoanele trimise pentru expertizare sau reexpertizare, în vederea asigurării investigării complexe şi calitative;

6) informarea cetăţenilor despre drepturile lor la determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă şi despre criteriile de bază.

6. Consiliul are următoarele atribuţii:

1) asigură expertizarea şi reexpertizarea cetăţenilor pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă conform criteriilor medicale şi sociale de bază, cu întocmirea raportului de determinare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă (în continuare – Raport);

2) stabileşte circumstanţele/cauza dizabilităţii şi perioada pentru care a fost determinată dizabilitatea şi capacitatea de muncă;

3) stabileşte recomandările generale privind necesităţile persoanei cu dizabilităţi;

4) asigură evidenţa electronică şi pe suport de hîrtie a persoanelor expertizate şi efectuează schimbul de date, informaţii cu alte autorităţi publice, în conformitate cu prevederile legislaţiei în vigoare şi acordurilor semnate între părţi;

5) întocmeşte trimestrial, semestrial şi anual rapoarte de activitate şi statistice, care sînt plasate şi pe pagina electronică a Consiliului;

6) întocmeşte şi eliberează certificatul privind gradul de dizabilitate şi capacitatea de muncă, precum şi programul individual de reabilitare şi incluziune socială;

7) supraveghează, dirijează şi coordonează activitatea consiliilor specializate, a celor teritoriale şi a Consiliului de control şi revedere a deciziilor;

8) reprezintă interesele instituţiei în relaţiile cu alte instituţii;

9) aprobă prelungirea certificatului de concediu medical, în cazul tratamentului de durată, în baza fişei de trimitere la expertizare a instituţiei medico-sanitare (formularul F-088/e), în conformitate cu actele normative în vigoare;

10) asigură analiza cauzelor dizabilităţii primare şi recomandă măsuri de prevenire a dizabilităţii;

11) asigură buna activitate a instituţiei, planificarea bugetară şi evidenţa contabilă;

12) asigură controlul asupra folosirii eficiente a mijloacelor bugetului de stat şi a mijloacelor speciale pentru funcţionarea regulamentară a Consiliului şi a subdiviziunilor lui, precum şi asupra utilizării raţionale a bunurilor proprietate publică aflate în gestiune, în corespundere cu legislaţia în vigoare.

7. Consiliul este învestit cu următoarele drepturi:

1) să realizeze, în modul stabilit de legislaţie, acţiuni în vederea exercitării atribuţiilor sale;

2) să solicite, în limitele competenţelor, de la autorităţile publice, instituţiile medicale şi sociale, precum şi de la alte întreprinderi, instituţii şi organizaţii, informaţiile şi documentele necesare pentru buna desfăşurare a activităţii sale;

3) să antreneze, prin acord mutual, reprezentanţi ai autorităţilor publice, instituţiilor medicale şi sociale, precum şi ai întreprinderilor, organizaţiilor şi altor instituţii în examinarea şi soluţionarea problemelor ce ţin de competenţa sa funcţională;

4) să reprezinte Ministerul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei în relaţiile cu alte autorităţi şi instituţii în sferele sale de competenţă;

5) să controleze activitatea consiliilor specializate şi a celor teritoriale, să aprobe şi să întreprindă măsurile ce se impun pentru lichidarea neajunsurilor depistate;

6) să elaboreze propuneri privind activitatea Consiliului şi a structurilor sale teritoriale;

7) să emită, în limitele competenţelor atribuite prin lege, instrucţiuni şi indicaţii metodice;

8) să antreneze, la necesitate, în modul stabilit, experţi şi alţi specialişti din ţară şi din străinătate în vederea realizării sarcinilor şi funcţiilor ce decurg din legislaţia în vigoare şi din prezentul Regulament;

9) să organizeze şi să participe la pregătirea conferinţelor ştiinţifico-practice în domeniu;

10) să conlucreze cu instituţiile medico-sanitare, structurile teritoriale de asistenţă socială, asigurări sociale, ocuparea forţei de muncă şi din domeniul educaţiei în scopul acumulării de informaţii despre persoanele trimise pentru expertizare sau reexpertizare, în vederea asigurării investigării complexe şi calitative;

11) să transmită cazurile de recurs pentru examinare, în modul stabilit, la Comisia de litigii de pe lîngă Ministerul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei;

12) să prezinte Ministerului Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei propuneri de perfecţionare a legislaţiei pe chestiunile ce ţin de competenţa sa.

Consiliul dispune, în conformitate cu legislaţia în vigoare, şi de alte drepturi necesare realizării funcţiilor şi atribuţiilor sale.

III. Atribuţiile specifice ale conducerii şi subdiviziunilor Consiliului

8. Consiliul este condus de un director general, numit în şi eliberat din funcţie prin ordinul ministrului muncii, protecţiei sociale şi familiei.

Directorul general:

1) organizează şi conduce activitatea Consiliului şi a structurilor sale teritoriale, poartă răspundere juridică pentru realizarea sarcinilor încredinţate, pentru utilizarea raţională a mijloacelor bugetare şi a resurselor umane, precum şi pentru supravegherea activităţii financiar-economice a instituţiei;

2) asigură executarea legilor, decretelor Preşedintelui Republicii Moldova, hotărîrilor Parlamentului, ordonanţelor, hotărîrilor şi dispoziţiilor Guvernului, tratatelor internaţionale la care Republica Moldova este parte, îndeplinirea funcţiilor şi atribuţiilor ce decurg din prevederile prezentului Regulament şi din alte acte normative;

3) delimitează sarcinile, atribuţiile şi aprobă responsabilităţile vicedirectorilor, conducătorilor subdiviziunilor şi ale angajaţilor;

4) organizează şi prezidează şedinţele;

5) numeşte în funcţie, angajează şi concediază, modifică, suspendă, încetează raporturile de muncă, în condiţiile legii, ale angajaţilor Consiliului;

6) elaborează, modifică, în cadrul efectivului-limită şi al structurii aprobate de Guvern, schema de încadrare a personalului, prezentînd-o spre aprobare conducerii Ministerului Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei;

7) aprobă regulamentele şi instrucţiunile interne;

8) emite ordine şi dispoziţii, verifică executarea lor;

9) în limitele atribuţiilor sale, reprezintă Consiliul în relaţiile cu persoanele juridice şi fizice din ţară, încheie şi realizează acorduri, semnează documente financiare şi de altă natură;

10) exercită şi alte împuterniciri atribuite prin lege.

Directorul general este asistat de doi directori adjuncţi, numiţi în funcţie şi eliberaţi din funcţie prin ordinul ministrului muncii, protecţiei sociale şi familiei, la propunerea directorului general. Directorii adjuncţi se subordonează nemijlocit directorului general şi organizează activitatea în cadrul Consiliului, în limitele împuternicirilor ce le sînt atribuite.

În lipsa directorului general, funcţiile acestuia sînt exercitate de directorul adjunct desemnat de directorul general.

Directorii adjuncţi, în limitele împuternicirilor atribuite, poartă răspundere juridică pentru deciziile luate şi pentru activitatea Consiliului din domeniul respectiv.

9. Serviciul audit intern este instituit în subordinea directă a directorului general al Consiliului şi raportează direct acestuia.

Serviciul audit intern are următoarele atribuţii:

1) organizează activitatea serviciului audit intern;

2) elaborează şi înaintează spre aprobare directorului general al Consiliului proiectele Cartei de audit intern şi, în caz de necesitate, ale instrucţiunilor proprii de aplicare a Normelor metodologice pentru implementarea auditului intern în cadrul Consiliului, ţinînd cont de specificul activităţii;

3) elaborează şi înaintează spre aprobare directorului general al Consiliului planul strategic şi planul anual al activităţii de audit intern;

4) remite Direcţiei de armonizare a sistemului de control financiar public intern din cadrul Ministerului Finanţelor copiile planului strategic şi planului anual al activităţii de audit intern;

5) informează periodic, dar nu mai rar decît o dată în trimestru, directorul general al Consiliului privind rezultatele activităţii de audit;

6) elaborează şi prezintă rapoarte privind rezultatele activităţii de audit intern Direcţiei de armonizare a sistemului de control financiar public intern din cadrul Ministerului Finanţelor;

7) informează directorul general al Consiliului despre cele mai noi tendinţe şi practici de succes în domeniul auditului intern şi propune măsuri de aliniere la acestea;

8) în comun cu directorul general al Consiliului, stabileşte obiectivele misiunii de audit intern şi determină aria de aplicabilitate a acesteia;

9) revizuieşte şi aprobă programul de lucru al misiunii de audit intern;

10) elaborează proiectele rapoartelor de audit intern şi documentele de lucru;

11) instituie un mecanism de monitorizare a implementării recomandărilor;

12) stabileşte reguli privind protejarea şi păstrarea dosarelor misiunilor de audit intern, precum şi transmiterea acestora către utilizatorii interni sau externi;

13) informează imediat, printr-o notă informativă, directorul general al Consiliului despre suspiciunile existente privind comiterea de fraude;

14) efectuează auditul achiziţiilor publice.

10. Secţia juridică şi resurse umane are următoarele atribuţii:

1) asigură asistenţa juridică a activităţii Consiliului;

2) înaintează propuneri pentru elaborarea proiectelor de acte normative, regulamente şi instrucţiuni ce ţin de competenţa Consiliului;

3) reprezintă, în modul stabilit, interesele Consiliului în instanţele judecătoreşti şi în alte organe;

4) acordă consiliilor specializate şi celor teritoriale asistenţă juridică, în limita competenţei;

5) la indicaţia directorului general, întocmeşte, în baza legislaţiei din domeniu, documentaţia privind angajarea şi integrarea noilor angajaţi, evaluarea, remunerarea, dezvoltarea profesională, avansarea în gradul de calificare, promovarea în funcţie etc.;

6) monitorizează condiţiile de muncă ale personalului, elaborînd, după caz, propuneri de îmbunătăţire a lor;

7) consultă colaboratorii Consiliului în probleme ce ţin de aplicarea legislaţiei muncii, de procedurile de personal, relaţiile de muncă;

8) în comun cu conducerea Consiliului şi şefii de consilii, identifică necesităţile de instruire a personalului, planifică procesul de instruire, ţine evidenţa datelor referitoare la instruirea personalului;

9) elaborează şi înaintează directorului general proiecte de decizii şi perfectează documentele necesare cu privire la sancţionarea, motivarea şi stimularea personalului, transferarea şi eliberarea lor din funcţie, acordarea concediilor, deplasările de serviciu, stagiile profesionale, îmbunătăţirea relaţiilor de muncă, întocmirea statelor de personal;

10) ţine evidenţa personalului, întocmeşte dosarele personale, completează carnetele de muncă, eliberează şi gestionează legitimaţiile, eliberează, la solicitarea colaboratorilor, certificate cu privire la datele lor personale;

11) asigură evidenţa/înregistrarea documentaţiei din cadrul Consiliului;

12) pregăteşte şi predă în arhivă materialele ce ţin de activitatea secţiei;

13) asigură organizarea procedurilor de achiziţii publice.

11. Secţia economico-financiară are următoarele atribuţii:

1) planifică indicii bugetari şi asigură evidenţa contabilă;

2) în comun cu administraţia, elaborează planurile generale de finanţare şi schema de încadrare;

3) întocmeşte, conform legislaţiei, rapoarte de generalizare şi dări de seamă privind activitatea economico-financiară;

4) asigură procedurile de retribuţie a muncii angajaţilor;

5) elaborează prognosticurile social-economice şi asigură coordonarea indicilor bugetari cu planurile elaborate;

6) în comun cu membrii grupului de lucru, asigură organizarea procedurilor de achiziţii publice pentru necesităţile Consiliului;

7) asigură respectarea strictă a disciplinei de casă, de decontare, a cheltuielilor conform destinaţiei;

8) asigură respectarea disciplinei financiare şi economice, efectuarea calitativă şi la timp a inventarierii valorilor materiale, folosirea raţionale şi eficiente a mijloacelor bugetare şi speciale.

12. Secţia metodică şi statistică are următoarele atribuţii:

1) asigură colaborarea cu consiliile teritoriale, alte autorităţi publice şi mijloacele de informare;

2) asigură organizarea audienţei cetăţenilor;
3) asigură pregătirea şi organizarea şedinţelor, inclusiv a celor de raportare a activităţii Consiliului;
4) efectuează analiza activităţii Consiliului şi asigură întocmirea rapoartelor trimestriale, semestriale şi anuale de activitate;
5) asigură controlul asupra executării depline şi în termen a planurilor de activitate şi raportează conducerii Consiliului despre realizări şi probleme;
6) efectuează prelucrarea datelor statistice;
7) organizează şi acordă consultaţii metodice şi practice angajaţilor;
8) elaborează şi perfectează criteriile de stabilire şi evaluare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă, precum şi ghiduri, îndrumare metodice pentru implementarea lor, înaintează propuneri pentru îmbunătăţirea lor;
9) îndeplineşte şi alte sarcini înaintate de administraţie.
13. Serviciul tehnologii informaţionale are următoarele atribuţii:
1) asigură buna funcţionare a sistemului informaţional, a paginii electronice şi a echipamentului tehnic din dotare;
2) oferă asistenţă utilizatorilor pentru folosirea sistemelor software;
3) efectuează prelucrarea datelor din sistemul informaţional;
4) asigură dezvoltarea continuă a sistemelor informaţionale;
5) elaborează cerinţe funcţionale şi tehnice pentru funcţionarea neîntreruptă a sistemului informaţional;
6) asigură şi elaborează noi proiecte de prelucrare a datelor, conform cerinţelor înaintate de administraţia Consiliului;
7) asigură efectuarea schimbului de date şi informaţii cu alte autorităţi publice, în conformitate cu prevederile legislaţiei în vigoare şi acordurilor semnate între părţi.
14. Serviciul ingineresc şi auxiliar are următoarele atribuţii:
1) asigură evidenţa şi întreţinerea bunurilor, mobilierului, echipamentului, precum şi buna funcţionare a tehnicii şi transportului din dotare;
2) asigură menţinerea condiţiilor igienico-sanitare în încăperi.
15. Consiliul de control şi revedere a deciziilor este compus din medici-experţi, dintre care unul este numit, în coordonare cu ministrul muncii, protecţiei sociale şi familiei, şef de consiliu, precum şi un asistent social şi un psihopedagog. Consiliul de control şi revedere a deciziilor dispune de ştampilă cu Stema de Stat şi activează în strictă conformitate cu prevederile legislaţiei în vigoare, prezentul Regulament, Instrucţiunea şi criteriile pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă.
Consiliul de control şi revedere a deciziilor are următoarele atribuţii:
1) expertizează şi reexpertizează persoanele în cazuri dificile, la solicitarea consiliilor specializate şi a celor teritoriale;
2) reexpertizează persoanele care au contestat deciziile consiliilor specializate şi ale celor teritoriale, ca măsură de control al temeiniciei acestor decizii;
3) stabileşte circumstanţele/cauza dizabilităţii şi perioada pentru care a fost determinată dizabilitatea;
4) după caz, revizuieşte şi modifică decizia consiliilor specializate şi a celor teritoriale, la trimiterea în mod de recurs, control şi consultativ;
5) stabileşte recomandări generale privind activităţile şi serviciile de care persoana cu dizabilităţi are nevoie în procesul de incluziune socială;
6) asigură evidenţa electronică şi pe suport de hîrtie a persoanelor expertizate/reexpertizate;
7) întocmeşte şi eliberează certificatul privind gradul de dizabilitate şi capacitatea de muncă, precum şi programul individual de reabilitare şi incluziune socială;
8) întocmeşte dări de seamă trimestriale, semestriale şi anuale privind activitatea desfăşurată;
9) selectiv, ca măsură de control, verifică corectitudinea întocmirii documentaţiei pe baza căreia a fost stabilită dizabilitatea de către consiliile specializate şi cele teritoriale;
10) evaluează şi efectuează controlul activităţii consiliilor specializate şi a celor teritoriale, cu aprecierea calităţii expertizei efectuate şi acordarea suportului consultativ-metodic necesar;
11) supune analizei şi ţine evidenţa cazurilor de divergenţe;
12) aprobă prelungirea certificatului de concediu medical, în cazul tratamentului de durată, conform fişei de trimitere a Consiliului medical consultativ al instituţiei medico-sanitare, în conformitate cu actele normative în vigoare;
13) studiază cauzele şi incidenţa dizabilităţii şi propune măsuri de îmbunătăţire a situaţiei;
14) studiază metodele şi principiile avansate în domeniu şi acordă suport consultativ-metodic în implementarea lor;
15) elaborează şi perfectează criteriile de stabilire şi evaluare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă, precum şi ghiduri, îndrumare metodice pentru implementarea lor;
16) contribuie activ la ridicarea continuă a nivelului de calificare a personalului în domeniu;
17) examinează cazurile prezentate de Casa Naţională de Asigurări Sociale, în conformitate cu acordurile bilaterale în domeniul securităţii sociale;
18) oferă asistenţă consultativă şi metodică instituţiilor medico-sanitare şi celor din domeniile social, al muncii şi educaţional privind organizarea activităţii în procesul de trimitere a persoanelor la expertiză şi eliberarea certificatelor de concediu medical de durată.

16. Consiliile specializate pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă sînt compuse din medici-experţi, dintre care unul, de profil corespunzător, este numit, în coordonare cu ministrul muncii, protecţiei sociale şi familiei, şef de consiliu, precum şi asistenţi sociali, psihopedagogi, personal medical mediu şi inferior, personal auxiliar. Consiliile specializate dispun de ştampilă cu Stema de Stat şi activează în strictă conformitate cu prevederile legislaţiei în vigoare, prezentul Regulament, Instrucţiunea şi criteriile pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă.

Consiliile specializate au următoarele atribuţii:

1) efectuează expertizarea şi reexpertizarea pacienţilor de profil din teritoriu (cu excepţia copiilor în vîrstă de pînă la 18 ani) şi a celor din cadrul instituţiilor medicale specializate (Institutul de Ftiziopneumologie, Institutul Oncologic, Spitalul Clinic de Psihiatrie). Expertizarea şi reexpertizarea copiilor în vîrstă de pînă la 18 ani din mun. Chişinău, din raza de deservire a consiliilor teritoriale din mun. Chişinău şi din cadrul Institutului de Cercetări Ştiinţifice în domeniul Ocrotirii Sănătăţii Mamei şi Copilului se efectuează de către Consiliul specializat pentru determinarea dizabilităţii nr. 4 – profil pediatric;

2) examinează rapoartele, transmise de consiliile teritoriale, ale pacienţilor de profil (cu excepţia copiilor în vîrstă de pînă la 18 ani), care din motive obiective (netransportabili) nu se pot prezenta pentru expertizare sau reexpertizare. Toate rapoartele de expertizare a copiilor în vîrstă de pînă la 18 ani transmise de consiliile teritoriale sînt examinate de Consiliul specializat pentru determinarea dizabilităţii nr. 4 – profil pediatric;

3) informează Consiliul de control şi revizuire a deciziilor despre cazurile dificile sau suspecte;

4) programează persoanele care contestă deciziile în mod de recurs, în mod consultativ şi de control pentru a fi examinate în cadrul Consiliului de control şi revizuire a deciziilor;

5) stabilesc circumstanţele/cauza dizabilităţii şi perioada pentru care este determinată dizabilitatea şi capacitatea de muncă;

6) stabilesc recomandări generale privind activităţile şi serviciile de care persoana cu dizabilităţi are nevoie în procesul de incluziune socială;

7) asigură evidenţa electronică şi pe suport de hîrtie a persoanelor expertizate/reexpertizate;

8) întocmesc şi eliberează certificatul privind gradul de dizabilitate şi capacitate de muncă, precum şi programul individual de reabilitare şi incluziune socială;

9) întocmesc şi prezintă dări de seamă trimestriale, semestriale şi anuale privind activitatea desfăşurată, verificîndu-le în comun cu consiliile teritoriale (conform formularelor aprobate);

10) studiază cauzele şi incidenţa dizabilităţii şi propun măsuri de îmbunătăţire a situaţiei;

11) aprobă prelungirea certificatului de concediu medical, în cazul tratamentului de durată, în baza fişei de trimitere la expertizare a instituţiei medico-sanitare (formularul F-088/e), în conformitate cu actele normative în vigoare;

12) studiază metodele şi principiile avansate din domeniu şi acordă suport consultativ-metodic consiliilor teritoriale în implementarea lor;

13) elaborează şi perfectează criteriile (de profil) de stabilire şi evaluare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă, precum şi ghidurile, îndrumarele metodice pentru implementarea lor;

14) contribuie activ la ridicarea continuă a nivelului de calificare a personalului în domeniu;

15) oferă asistenţă consultativă şi metodică instituţiilor medico-sanitare şi celor din domeniile social, al muncii şi educaţional privind organizarea activităţii în procesul de trimitere a persoanelor la expertiză şi eliberarea certificatelor de concediu medical de durată, conform actelor normative în vigoare.

17. Consiliile teritoriale pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă reprezintă structurile principale în domeniu la nivel teritorial. În componenţa fiecărui consiliu activează medici experţi de diferite profiluri, dintre care unul este numit, în coordonare cu ministrul muncii, protecţiei sociale şi familiei, şef de consiliu, precum şi asistenţi sociali, psihopedagogi, personal medical mediu şi inferior, personal auxiliar. În cazurile dificile, consiliile teritoriale au dreptul să invite medici-experţi consultanţi, care sînt remuneraţi conform legislaţiei în vigoare.

Consiliile teritoriale dispun de ştampilă cu Stema de Stat şi activează în strictă conformitate cu prevederile legislaţiei în vigoare, prezentul Regulament, Instrucţiunea şi criteriile pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă.

Consiliile teritoriale au următoarele atribuţii:

1) asigură expertizarea şi reexpertizarea cetăţenilor din teritoriul atribuit (cu excepţia copiilor în vîrstă de pînă la 18 ani din mun. Chişinău şi din raza de deservire a consiliilor teritoriale din mun. Chişinău), pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă conform atribuţiilor stabilite;

2) stabilesc circumstanţele/cauza dizabilităţii şi perioada pentru care a fost determinată dizabilitatea;

3) stabilesc recomandări generale privind activităţile şi serviciile de care persoana cu dizabilităţi are nevoie în procesul de incluziune socială;

4) asigură evidenţa electronică şi pe suport de hîrtie a persoanelor expertizate/reexpertizate;

5) întocmesc şi eliberează certificatul privind gradul de dizabilitate şi programul individual de reabilitare şi incluziune socială;

6) întocmesc dări de seamă trimestriale, semestriale şi anuale privind activitatea desfăşurată;

7) aprobă prelungirea certificatului de concediu medical, în cazul tratamentului de durată, în baza fişei de trimitere la expertizare a instituţiei medico-sanitare (formularul F-088/e), în conformitate cu actele normative în vigoare;

8) după caz, trimit persoanele pentru expertizare la Consiliul de control şi revedere a deciziilor în mod de recurs,

control şi consultativ;

9) analizează divergenţele dintre deciziile consiliului teritorial şi Consiliului de control şi revedere a deciziilor, consiliilor specializate şi întreprind măsuri pentru excluderea cazurilor de stabilire incorectă a dizabilităţii;

10) analizează cauzele dizabilităţii primare şi recomandă măsuri de prevenire a dizabilităţii;

11) conlucrează cu instituţiile medico-sanitare şi cele din domeniile social, al muncii şi educaţional privind organizarea activităţii în procesul de trimitere a persoanelor la expertiză şi eliberarea certificatelor de concediu medical de durată, conform actelor normative în vigoare;

12) analizează cazurile de divergenţe între consiliile medicale consultative din instituţiile medico-sanitare şi consiliile teritoriale;

13) prezintă la consiliul specializat rapoartele privind expertizarea pacienţilor de profil oncologic, psihiatric, ftiziopneumologic/infecţii, care din motive obiective (netransportabili) nu se pot prezenta pentru expertizare sau reexpertizare la consiliul specializat. În cazul copiilor în vîrstă de pînă la 18 ani, toate rapoartele de expertizare/reexpertizare se transmit spre examinare Consiliului specializat pentru determinarea dizabilităţii nr. 4 – profil pediatric;

14) participă la familiarizarea populaţiei din teritoriu şi a autorităţilor administraţiei publice locale cu situaţia la compartimentul determinării dizabilităţii şi propune măsuri de îmbunătăţire a acesteia.

Consiliile teritoriale conlucrează activ cu instituţiile medico-sanitare şi cele din domeniile social, al muncii şi educaţional în scopul îmbunătăţirii procesului de determinare a dizabilităţii şi intensificării măsurilor de incluziune socială a persoanelor cu dizabilităţi.

IV. Organizarea activităţii Consiliului

18. Expertizarea şi reexpertizarea persoanelor de către consiliile teritoriale se efectuează în baza formularelor şi documentelor specificate în Instrucţiunea privind modul de determinare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă, iar în cazul tratamentului de durată, expertizarea persoanelor se efectuează de către consiliile specializate în cadrul instituţiilor medicale specializate de profil (Institutul de Ftiziopulmonologie, Institutul Oncologic, Spitalul Clinic de Psihiatrie şi Institutul de Cercetări Ştiinţifice în domeniul Ocrotirii Sănătăţii Mamei şi Copilului). Expertizarea şi reexpertizarea copiilor în vîrstă de pînă la 18 ani din mun. Chişinău şi din raza de deservire a consiliilor teritoriale din mun. Chişinău se efectuează de Consiliul specializat pentru determinarea dizabilităţii nr. 4 – profil pediatric. Instituţiile medicale specializate de profil vor asigura consiliile specializate cu spaţii corespunzătoare pentru desfăşurarea activităţii, în condiţiile prevăzute de legislaţia în vigoare.

19. Dacă persoana nu se poate prezenta la şedinţa consiliilor teritoriale din motive de sănătate (confirmate prin Concluzia medicală a instituţiei medico-sanitare), expertiza se efectuează la domiciliu, la instituţiile medicale şi sociale.

20. În cazul persoanelor grave (imobilizate la pat), expertizarea/reexpertizarea poate fi efectuată şi în lipsa lor, în baza unei cereri în formă scrisă a persoanei sau a reprezentantului său legal.

21. Consiliile specializate şi cele teritoriale se convoacă în şedinţe şi, după analiza rezultatelor expertizării/reexpertizării, iau decizia corespunzătoare. Datele examinării, expertizării/reexpertizării şi deciziile luate se înregistrează în raportul de determinare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă, în registrul şedinţelor şi în baza de date electronică, primele două fiind semnate de şeful şi membrii consiliului respectiv şi autentificate prin ştampila cu Stema de Stat. În cazul în care unul dintre membrii consiliului nu acceptă decizia comună, opinia lui separată se consemnează în raport. În cazul parităţii voturilor membrilor consiliului, votul şefului de consiliu este decisiv.

22. Rezultatele expertizării/reexpertizării persoanei şi decizia finală privind stabilirea dizabilităţii şi capacităţii de muncă se înscriu în certificatul privind gradul de dizabilitate şi capacitate de muncă, semnat de şeful consiliului şi autentificat prin ştampila cu Stema de Stat.

23. Pornind de la gradul de dizabilitate, gravitatea deficienţelor funcţionale individuale cauzate de afecţiuni, deficienţe, traume, care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare exprimate în raport cu funcţionarea psihosocială corespunzătoare vîrstei la copii şi solicitarea socioprofesională (păstrarea capacităţii de muncă) la adulţi, consiliile specializate şi cele teritoriale stabilesc şi prescriu obligatoriu, în programul individual de reabilitare şi incluziune socială, recomandări generale privind necesităţile persoanei cu dizabilităţi, sub formă de activităţi şi servicii din domeniile medical, social, educaţional şi profesional, de care persoana are nevoie în procesul de incluziune socială.

V. Cerinţe faţă de angajaţi şi perfecţionarea cadrelor

24. În cadrul Consiliului şi consiliilor teritoriale activează personal medical şi personal din domeniul asistenţei sociale şi/sau educaţionale, care corespunde următoarelor criterii:

1) vechimea în muncă de cel puţin 7 ani la specialitatea de profil – pentru Consiliul de control şi revedere a deciziilor şi de cel puţin 5 ani la specialitatea de profil – pentru consiliile specializate şi consiliile teritoriale;

2) categoria superioară sau I de calificare – pentru Consiliul de control şi revedere a deciziilor şi categoria superioară, I sau II – pentru consiliile specializate şi consiliile teritoriale;

3) cunoaşterea legislaţiei în domeniu şi a limbii de stat;

4) cunoaşterea practicilor pozitive din domeniu;

5) abilităţi de operare la calculator: Word, Excel, PowerPoint, Internet.

25. Perfecţionarea cadrelor care activează în cadrul Consiliului şi consiliilor teritoriale se organizează în cadrul

instituţiilor superioare de învăţământ, bazelor clinice, prin cursuri de instruire şi perfecţionare, conform programelor de instruire stabilite şi organizate, după caz, de Ministerul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei, Ministerul Sănătăţii şi Ministerul Educaţiei.

26. Consiliul serveşte drept instituţie specializată şi bază clinică pentru instruirea continuă a personalului medical şi personalului din domeniul asistenţei sociale şi/sau educaţionale în domeniul determinării dizabilităţii şi capacităţii de muncă.

27. Atestarea personalului medical şi a personalului din domeniul asistenţei sociale şi/sau educaţionale care activează în Consiliu se efectuează în cadrul comisiilor instituite, după caz, de Ministerul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei, Ministerul Sănătăţii şi Ministerul Educaţiei.

VI. Documentaţia şi rapoartele de activitate ale Consiliului

28. În activitatea sa Consiliul utilizează formularele întocmite şi prezentate de instituţiile medicale, de asigurări şi asistenţă socială, de ocupare în cîmpul muncii, educaţionale şi de reabilitare şi întocmeşte formulare proprii, inclusiv de evidenţă statistică medicală, socială şi educaţională, aprobate, după caz, de Ministerul Sănătăţii, Ministerul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei, Ministerul Educaţiei şi Biroul Naţional de Statistică.

29. Consiliul prezintă trimestrial, semestrial, anual şi după necesitate, în modul stabilit, rapoarte de activitate şi statistice privind activitatea desfăşurată.

VII. Dispoziţii finale

30. Directorul general supraveghează, conform legislaţiei în vigoare, organizarea activităţii Consiliului, precum şi calitatea procesului de expertizare/reexpertizare a persoanelor în vederea determinării dizabilităţii şi capacităţii de muncă.

31. Persoanele cu funcţii de răspundere din cadrul Consiliului (directorii adjuncţi, şefii de secţii şi servicii, şeful Consiliului de control şi revedere a deciziilor, şefii consiliilor specializate şi ai celor teritoriale) sînt responsabile, conform legislaţiei în vigoare, pentru:

1) executarea atribuţiilor conform fişei postului;

2) calitatea şi corectitudinea întocmirii documentaţiei, precum şi pentru acumularea, evidenţa, păstrarea, utilizarea şi eliberarea documentelor de strictă evidenţă şi acelor care fac parte din fondul arhivistic, în limitele competenţelor.

32. Persoanele vinovate de luarea unor decizii greşite sau de falsificarea formularelor, certificatelor sau a altor documente poartă răspundere conform legislaţiei în vigoare.

Anexa nr. 3
la Hotărîrea Guvernului nr.65
din 23 ianuarie 2013

Instrucţiunea
privind modul de determinare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă
I. Dispoziţii generale

1. Prezenta Instrucţiune stabileşte modalitatea şi condiţiile de determinare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă a cetăţenilor.

2. Recunoaşterea unei persoane ca fiind cu dizabilităţi se efectuează de către Consiliul Naţional pentru Determinarea Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă (în continuare – Consiliu) sau structurile sale teritoriale, în baza criteriilor aprobate de Ministerul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei, Ministerul Sănătăţii şi Ministerul Educaţiei (în cazul copiilor), şi include evaluarea complexă a stării de sănătate a persoanei şi a gravităţii deficienţelor funcţionale individuale provocate de afecţiuni, defecte, traume, care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare exprimate în raport cu funcţionarea psihosocială corespunzătoare vîrstei, în cazul copiilor în vîrstă de pînă la 18 ani, şi solicitarea socioprofesională (păstrarea capacităţii de muncă), în cazul adulţilor în vîrstă aptă de muncă.

3. În sensul prezentei Instrucţiuni, noţiunile utilizate semnifică următoarele:

persoană cu dizabilităţi – persoană cu deficienţe fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale, deficienţe care, în interacţiune cu diverse bariere/obstacole, pot îngrădi participarea ei deplină şi eficientă la viaţa societăţii în condiţii de egalitate cu celelalte persoane;

dizabilitate – termen generic pentru afectări/deficienţe, limitări de activitate şi restricţii de participare, care denotă aspectele negative ale interacţiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) şi factorii contextuali în care se regăseşte (factorii de mediu şi cei personali);

capacitate de muncă – raportul dintre posibilităţile biologice individuale şi solicitarea profesională; este determinată de abilităţile fizice şi intelectuale, precum şi de nivelul de integrare socioprofesională, care ţine de pregătire şi de experienţă;

program individual de reabilitare şi incluziune socială – document elaborat de Consiliu sau de structurile sale teritoriale, în care sînt stabilite recomandările generale privind activităţile şi serviciile de care persoana cu dizabilităţi are nevoie în procesul de incluziune socială;

reabilitare medicală – complex de măsuri din domeniul medical, acordate la toate etapele de asistenţă medicală (primară, secundară şi terţiară) persoanelor cu disfuncţionalităţi şi dizabilităţi, orientate spre menţinerea sănătăţii şi a

calităţii vieţii persoanelor în cauză, spre prevenirea apariţiei sau reducerea dizabilităţilor prin aplicarea coordonată şi combinată a diverselor metode de recuperare medicală, funcţională şi psihică;

reabilitare profesională – complex de măsuri medicale, profesionale, sociale şi pedagogice orientate spre recuperarea sau compensarea funcţiilor dereglate ale organismului şi capacităţii de muncă a persoanei cu dizabilităţi care, din cauza stării de sănătate în interacţiune cu diverse obstacole, nu îşi poate desfăşura activitatea de muncă conform calificării.

4. În procesul de lucru, Consiliul şi structurile sale teritoriale asigură comunicarea cu persoanele supuse expertizării/reexpertizării şi informarea lor într-un mod accesibil.

II. Modalitatea de adresare pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă

5. Persoanele, inclusiv copiii în vîrstă de pînă la 18 ani, sînt trimise spre expertizare sau reexpertizare în cadrul consiliilor teritoriale sau consiliilor specializate pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă de către instituţia medico-sanitară, prin fişa de trimitere (formularul F-088/e), aprobat de Ministerul Sănătăţii, în care sînt indicate datele despre starea sănătăţii persoanei supuse expertizării, reflectînd gradul de reducere a funcţionalităţii organelor, sistemelor de organe şi a întregului organism, precum şi rezultatele măsurilor de tratament şi reabilitare. La fişa de trimitere se anexează următoarele documente:

1) actele de studii, alte documente ce atestă instruiri, calificări, recalificări;

2) formularul nr. 3 din anexa la prezenta Instrucţiune, completat şi eliberat de instituţia în care persoana este angajată, care conţine caracteristica persoanei şi a funcţiei deţinute, condiţiile de la locul de muncă, funcţiile vacante din cadrul instituţiei şi cerinţele faţă de acestea – în cazul persoanelor angajate în cîmpul muncii;

3) formularul nr. 4 din anexa la prezenta Instrucţiune, completat şi eliberat, după caz, de serviciul de intervenţie timpurie, de serviciul asistenţă psihopedagogică, de instituţia preşcolară sau de instituţia de învăţămînt, care conţine date privind starea sănătăţii persoanei, caracteristica persoanei şi a condiţiilor ei de studii, alte circumstanţe ale procesului instructiv-educativ – în cazul nou-născuţilor, al preşcolarilor, al elevilor şi al studenţilor;

4) formularul nr. 5 din anexa la prezenta Instrucţiune, completat şi eliberat de structurile teritoriale de asistenţă socială, de asigurări sociale, de ocupare a forţei de muncă privind prestaţiile şi serviciile sociale de care persoana beneficiază – în cazul persoanelor aflate în evidenţa structurilor menţionate, care se prezintă la expertiză pentru prima dată sau în mod repetat (reexpertizare). În cazul existenţei accesului la sistemele informaţionale ale structurilor menţionate, Consiliul şi structurile sale teritoriale vor accesa datele necesare în mod electronic.

6. Întocmirea şi eliberarea formularelor menţionate se efectuează în decurs de 3 zile lucrătoare de către instituţiile respective, la adresarea în scris a solicitanţilor.

7. Persoanele fără viză de reşedinţă sînt primite pentru expertizare sau reexpertizare de către Consiliu sau structurile sale în baza documentelor specificate la punctul 5 din prezenta Instrucţiune şi a certificatului eliberat de autorităţile publice locale, care confirmă domiciliul persoanelor.

8. Determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă a cetăţenilor Republicii Moldova locuitori ai raioanelor din stînga Nistrului şi municipiului Bender se efectuează în baza documentelor specificate la punctul 5 din prezenta Instrucţiune, completate de instituţia medico-sanitară, unde a fost supravegheat pacientul, de la locul de muncă/de la structurile teritoriale de asistenţă socială/de asigurări sociale/de ocupare a forţei de muncă sau instituţiile educaţionale, la evidenţa cărora este persoana, precum şi a certificatului eliberat de autorităţile publice locale, care confirmă domiciliul persoanelor, conform ordinii stabilite: mun.Bender, Tiraspol, raioanele Dubăsari, Grigoriopol (CT-DDCM Buiucani, mun.Chişinău); raionul Camenca (CT-DDCM Soroca); raionul Rîbniţa (CT-DDCM Şoldăneşti); Slobozia (CT-DDCM Ştefan-Vodă).

9. Persoanele aflate în detenţie sînt expertizate de către consiliul teritorial în raza căruia se află penitenciarul, la solicitarea în scris a instituţiei medicale a penitenciarului.

10. Persoana este trimisă de către instituţia medico-sanitară la expertizare în cadrul consiliilor teritoriale sau consiliilor specializate numai după aplicarea măsurilor adecvate de diagnosticare, tratament şi reabilitare, în cazul în care sînt prezenţi indici evidenţi de dereglări funcţionale ale organismului, cauzate de boli, de consecinţele unor traume şi deficienţe, care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare exprimate în raport cu funcţionarea psihosocială corespunzătoare vîrstei, în cazul copiilor în vîrstă de pînă la 18 ani, şi solicitarea socioprofesională (păstrarea capacităţii de muncă), în cazul adulţilor în vîrstă aptă de muncă.

11. Termenul de valabilitate a fişei de trimitere şi formularelor anexate la aceasta este de 45 zile calendaristice.

12. Instituţiile medico-sanitare şi cele din domeniul protecţiei sociale, ocupării forţei de muncă, educaţionale poartă responsabilitate juridică pentru veridicitatea, corectitudinea şi complexitatea informaţiei cuprinse în formularul de trimitere şi celelalte formulare anexate.

III. Procedura şi criteriile de determinare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă

13. Determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă este efectuată în baza cererii în scris a persoanei sau a reprezentantului ei legal, adresată şefului consiliului teritorial sau consiliului specializat pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă, la care se anexează pachetul de documente specificat în capitolul II din prezenta Instrucţiune.

14. Consiliile teritoriale sau consiliile specializate studiază veridicitatea şi corectitudinea îndeplinirii documentaţiei prezentate de către persoana supusă expertizării. Dacă în documentele prezentate se depistează neajunsuri (formulări incorecte sau date insuficiente, exagerări etc.), persoana este trimisă la instituţia respectivă pentru reperfectarea

documentelor.

15. La determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă se va ţine cont de factorii medicali, psihopedagogici, habituali, profesionali, personali, precum şi de factorii sociali.

16. Drept criterii de bază pentru determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă servesc:

1) capacitatea de a studia şi de a se instrui;

2) capacităţile intelectuale şi comportamentul;

3) capacitatea de autoservire şi de autoîngrijire;

4) capacităţile de comunicare (vederea, auzul, vorbirea) şi de adaptare situaţională;

5) capacităţile locomotorii şi dexteritatea;

6) capacitatea de muncă păstrată şi capacitatea vitală a organismului;

7) capacitatea de participare la viaţa socială şi profesională, determinată de deficienţele fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale de lungă durată.

17. Dizabilitatea la copiii în vîrstă de pînă la 18 ani se determină pornind de la gravitatea deficienţelor funcţionale individuale provocate de afecţiuni, defecte, traume, care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare exprimate în raport cu funcţionarea psihosocială corespunzătoare vîrstei şi este de trei grade: severă, accentuată şi medie:

1) dizabilitatea severă se acordă copiilor care au, în raport cu vîrsta, capacitatea de autoîngrijire încă neformată sau pierdută, respectiv un grad ridicat de dependenţă fizică sau psihică. Autonomia persoanei este foarte scăzută din cauza limitării severe în activitate. Copilul necesită îngrijire şi/sau supraveghere permanentă din partea unei alte persoane;

2) dizabilitatea accentuată se acordă copiilor la care incapacitatea de a desfăşura activităţi potrivit rolului social corespunzător dezvoltării şi vîrstei se datorează unor limitări funcţionale motorii, senzoriale, neuropsihice sau metabolice importante, rezultate din afecţiuni severe, în stadii înaintate, cu complicaţii ale unor organe şi sisteme;

3) dizabilitatea medie se acordă copiilor care au capacitatea de prestaţie fizică (motorie, metabolică) sau intelectuală redusă, corespunzînd unei deficienţe funcţionale scăzute, ceea ce conduce la limitări în activităţi, în raport cu aşteptările corespunzătoare vîrstei.

18. Criteriile de determinare a dizabilităţii la copiii în vîrstă de pînă la 18 ani se aprobă printr-un ordin comun al ministrului muncii, protecţiei sociale şi familiei, ministrului sănătăţii şi ministrului educaţiei.

19. Dizabilitatea la persoanele adulte (inclusiv cele cu vîrste cuprinse între 16 şi 18 ani, angajate în cîmpul muncii) se determină pornind de la gravitatea deficienţelor funcţionale individuale provocate de afecţiuni, defecte, traume, care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare exprimate în raport cu solicitarea socioprofesională (păstrarea capacităţii de muncă) şi este de trei grade: severă, accentuată şi medie. Păstrarea capacităţii de muncă se evaluează în procente, cu un interval procentual de 5 puncte:

1) dizabilitatea severă se caracterizează prin deficienţe funcţionale severe provocate de afecţiuni, defecte, traume, care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare, iar capacitatea de muncă este păstrată în proporţie de 0–20%;

2) dizabilitatea accentuată se caracterizează prin deficienţe funcţionale accentuate provocate de afecţiuni, defecte, traume, care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare, iar capacitatea de muncă este păstrată în proporţie de 25–40%;

3) dizabilitatea medie se caracterizează prin deficienţe funcţionale medii provocate de afecţiuni, defecte, traume, care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare, iar capacitatea de muncă este păstrată în proporţie de 45–60%.

20. Persoanele cu deficienţe funcţionale uşoare provocate de afecţiuni, defecte, traume şi avînd capacitatea de muncă păstrată în proporţie de 65–100% sînt considerate apte de muncă, respectiv nu sînt încadrate în grad de dizabilitate.

21. La determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă persoanelor încadrate în cîmpul muncii (inclusiv celor cu vîrste cuprinse între 16 şi 18 ani, angajate în cîmpul muncii) se iau în considerare studiile, funcţia deţinută, condiţiile de muncă, elaborîndu-se recomandări generale pentru exercitarea în continuare a activităţii profesionale.

22. În cazul persoanelor care, din cauza stării de sănătate, nu îşi pot exercita în continuare activitatea conform calificării profesionale şi al persoanelor care nu deţin o calificare profesională sau nu sînt încadrate în cîmpul muncii, consiliile teritoriale sau consiliile specializate elaborează recomandări pentru exercitarea altor activităţi apropiate calificării pe care o deţin ori care nu necesită calificare profesională sau eliberează recomandări organelor teritoriale pentru ocuparea forţei de muncă şi instituţiilor de reabilitare, solicitînd servicii de orientare, formare profesională, reabilitare medicală, profesională, alte servicii prestate de instituţiile respective.

23. În cazul persoanelor care au atins vîrsta standard de pensionare şi, după caz, al persoanelor care, din cauza unor dereglări funcţionale grave ale organismului, nu sînt capabile să îşi exercite activitatea conform calificării pe care o deţin, nici să exercite o altă activitate care nu necesită calificare profesională, nici să îşi însuşească o nouă calificare prin orientare şi formare profesională, prin reabilitare medicală şi profesională, gradul de dizabilitate se determină pe baza criteriilor medico-sociale, fără stabilirea capacităţii de muncă în valoare procentuală.

24. Criteriile de determinare a dizabilităţii la persoanele adulte se aprobă printr-un ordin comun al ministrului muncii, protecţiei sociale şi familiei şi ministrului sănătăţii.

25. În procesul expertizării, specialiştii consiliilor teritoriale sau consiliilor specializate efectuează controlul clinic şi

funcţional al persoanei supuse expertizării, analizează minuţios documentaţia prezentată, investigaţiile paraclinice, datele obiective – statutul clinico-funcţional la momentul expertizării, datele anamnezei, precum şi gravitatea dereglărilor funcţionale ale organismului, cauzate de boli, de consecinţele unor traume şi deficienţe, care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare exprimate în raport cu funcţionarea psihosocială corespunzătoare vîrstei, în cazul copiilor în vîrstă de pînă la 18 ani, şi solicitarea socioprofesională (păstrarea capacităţii de muncă), în cazul adulţilor în vîrstă aptă de muncă.

26. La luarea deciziei privind gradul de dizabilitate şi capacitatea de muncă, precum şi stabilirea termenului pentru reexpertizare se ţine cont şi de datele examenului clinic, gradul de reducere a funcţiei organului sau organelor afectate, rezultatele investigaţiilor de laborator şi instrumentale, datele supravegherii în dinamică a persoanei, eficienţa măsurilor de reabilitare medicală şi profesională, a serviciilor sociale, de formare, orientare profesională, educaţionale.

27. Decizia despre recunoaşterea unei persoane ca fiind cu dizabilităţi sau privind neîncadrarea în grad de dizabilitate este luată de către consilii în componenţa a cel puţin 2/3 din membri.

IV. Cauzele dizabilităţii

28. Se stabilesc următoarele cauze ale dizabilităţii la persoanele adulte:

1) afecţiune generală;
2) afecţiune congenitală sau din copilărie;
3) boală profesională;
4) accident de muncă;
5) afecţiune legată de participarea la lichidarea avariei de la CAE Cernobîl sau la alte accidente atomice;
6) afecţiune legată de serviciul militar sau cel special.

29. Dizabilitatea cauzată de o afecţiune generală este stabilită ca urmare a unei afecţiuni, traume, defect organic, care conduce la limitări de activitate şi restricţii de participare. În cazurile în care se stabileşte o reducere sau pierderea capacităţii de a vedea de grad accentuat sau sever, precum şi în cazurile cînd deficienţa funcţională de bază este cea oculară de grad mediu, la cauza dizabilităţii de afecţiune generală se adaugă „prin suferinţe oculare”.

30. Dizabilitatea cauzată de o afecţiune congenitală sau din copilărie este stabilită ca urmare a unei afecţiuni, traume, defect organic care a avut loc pînă la împlinirea vîrstei de 18 ani, confirmate prin documente medicale, şi care conduce la limitări de activitate şi restricţii de participare.

31. Dizabilitatea cauzată de o boală profesională este stabilită în urma unei boli generate de influenţa sistematică a factorilor nocivi caracteristici profesiei şi de condiţiile de muncă caracteristice unor ramuri de producţie, care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare. La stabilirea dizabilităţii cauzate de o boală profesională, consiliile se conduc de Lista bolilor profesionale şi Instrucţiunea de aplicare a acestei Liste, aprobate de Ministerul Sănătăţii. La pachetul de documente specificat în capitolul II din prezenta Instrucţiune se anexează, în mod obligatoriu, concluzia Consiliului republican de boli profesionale al Ministerului Sănătăţii.

32. Dizabilitatea cauzată de un accident de muncă este stabilită ca urmare a acţiunii factorilor care au produs accidentul în timpul exercitării atribuţiilor de serviciu şi care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare. La pachetul de documente specificat în capitolul II din prezenta Instrucţiune se anexează, în mod obligatoriu, actul privind accidentul de muncă, întocmit în conformitate cu legislaţia în vigoare.

33. La determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă cauzate de un accident de muncă sau de o boală profesională nu se iau în calcul alte boli sau traume, care nu au legătură cu accidentul de muncă sau boala profesională. Respectiv, în asemenea cazuri se mai eliberează un certificat în care este indicat procentul păstrării capacităţii de muncă ca urmare a accidentului de muncă sau bolii profesionale. Modelul formularului certificatului privind procentul păstrării capacităţii de muncă ca urmare a accidentului de muncă sau bolii profesionale este prezentat în anexa la prezenta Instrucţiune.

34. Determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă în urma accidentului de muncă şi bolii profesionale se efectuează din data cînd a avut loc accidentul de muncă sau a fost stabilită boala profesională în baza documentelor respective şi cererii în scris a persoanei.

35. În cazul deficienţelor funcţionale uşoare, provocate de o boală profesională sau de un accident de muncă, persoanelor neîncadrate în grade de dizabilitate li se stabilesc cote procentuale ale capacităţii de muncă în mărime de 95, 90, 85, 80, 75, 70 şi 65 la sută, iar pentru cele încadrate în gradul sever, accentuat şi mediu, cotele procentuale se stabilesc conform prevederilor punctului 19 din prezenta Instrucţiune.

36. Dizabilitatea legată de participarea la lichidarea avariei de la CAE Cernobîl sau alte accidente atomice este stabilită persoanelor care au participat la lichidarea consecinţelor catastrofei de la CAE Cernobîl şi a urmărilor ei în zona de înstrăinare sau care, ulterior, au fost supuse radiaţiei pe teritoriile poluate cu substanţe radioactive.

37. În cazul deficienţelor funcţionale uşoare, provocate de participarea la lichidarea avariei de la CAE Cernobîl şi a urmărilor ei în zona de înstrăinare sau supunerii radiaţiei pe teritoriile poluate cu substanţe radioactive, fiind considerate ca accident de muncă, persoanelor neîncadrate în grade de dizabilitate li se stabilesc cote procentuale ale capacităţii de muncă în mărime de 95, 90, 85, 80, 75, 70 şi 65 la sută, iar pentru cele încadrate în gradul sever, accentuat şi mediu, cotele procentuale se stabilesc conform prevederilor punctului 19 din prezenta Instrucţiune.

38. La pachetul de documente specificat în capitolul II din prezenta Instrucţiune se anexează, în mod obligatoriu, documentele care confirmă participarea persoanei la lichidarea avariei de la CAE Cernobîl şi a urmărilor ei în zona de înstrăinare sau supunerii radiaţiei pe teritoriile poluate cu substanţe radioactive, în conformitate cu legislaţia în vigoare.

39. Dizabilitatea legată de serviciul militar sau cel special este stabilită persoanelor care au îndeplinit serviciul militar sau special în organele apărării naţionale, securităţii statului şi ordinii publice, trecute în rezervă, care au suportat:

1) rănire, contuzie, schilodire sau afecţiune contractată în perioada celui de-al Doilea Război Mondial;

2) rănire, contuzie, schilodire sau afecţiune contractată în timpul exercitării atribuţiilor de serviciu în zonele în care s-au desfăşurat acţiuni de luptă;

3) rănire, contuzie, schilodire în perioada antrenării de către organele puterii locale la strîngerea muniţiilor şi a tehnicii militare, la deminarea teritoriului şi a obiectelor în anii celui de-al Doilea Război Mondial şi în perioada de după acţiunile de luptă pentru apărarea integrităţii teritoriale şi independenţei Republicii Moldova;

4) rănire, contuzie, schilodire sau afecţiune contractată în timpul acţiunilor de luptă pe teritoriul altor state;

5) rănire, contuzie, schilodire sau afecţiune contractată în timpul acţiunilor de luptă pentru apărarea integrităţii teritoriale şi independenţei Republicii Moldova;

6) rănire, contuzie, schilodire sau afecţiune contractată la lichidarea consecinţelor avariei de la CAE Cernobîl;

7) rănire, contuzie, schilodire sau afecţiune contractată în timpul exercitării obligaţiilor de serviciu militar sau special;

8) afecţiune contractată în perioada satisfacerii serviciului militar sau special;

9) schilodire în accident nelegat de exercitarea obligaţiilor de serviciu militar sau special.

40. La pachetul de documente specificat în capitolul II din prezenta Instrucţiune se anexează, în mod obligatoriu, concluzia Expertizei medico-militare în Forţele Armate, Ministerul Afacerilor Interne şi Departamentul Instituţiilor Penitenciare al Ministerului Justiţiei ale Republicii Moldova, privind stabilirea legăturii cauzale a schilodirilor (rănirilor, traumelor, contuziilor) şi maladiilor (afecţiunilor) cu îndeplinirea obligaţiilor serviciului militar sau special.

V. Termenele stabilirii dizabilităţii

41. Data stabilirii dizabilităţii se consideră ziua în care persoana a depus la Consiliu sau structurile sale cererea şi întreg pachetul de documente specificat în capitolul II din prezenta Instrucţiune şi, după caz, documentele specificate la pct. 31, 32, 38 şi 40 din prezenta Instrucţiune, cu excepţia cazurilor prevăzute în acordurile bilaterale în domeniul securităţii sociale.

42. Persoanelor care se adresează prima dată, dizabilitatea li se determină pe un termen de un an sau, după caz, pe un termen de 6 luni. În cazuri severe, dizabilitatea se stabileşte pe doi ani, iar dacă dereglările funcţionale sînt ireversibile – fără termen de reexaminare, conform Listei defectelor şi bolilor ce servesc drept bază pentru determinarea dizabilităţii fără indicarea termenului reexpertizării, aprobate de Ministerul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei şi Ministerul Sănătăţii. Dizabilitatea şi capacitatea de muncă fără termen se determină, după caz, după o perioadă de 5-7 ani. La copii, în cazul în care dereglările funcţionale sînt ireversibile, termenul pentru care se stabileşte dizabilitatea este pînă la vîrsta de 18 ani.

43. Persoanele care, în procesul expertizării şi determinării dizabilităţii, au primit recomandări şi au beneficiat de servicii de orientare şi formare profesională, de reabilitare medicală şi profesională sînt expertizate în mod repetat după această perioadă.

44. Reexpertizarea periodică a persoanelor cu dizabilităţi se face în scopul verificării eficienţei tratamentului, a măsurilor de reabilitare medicală şi profesională, a serviciilor sociale, de orientare şi formare profesională, educaţionale de care au beneficiat, precum şi pentru a identifica schimbările în semnele dizabilităţii şi capacităţii de muncă.

45. În caz de agravare a stării sănătăţii, reexpertizarea persoanelor cu dizabilităţi cu termen şi celor cu termen nelimitat se poate efectua la cererea acestora, după expirarea a trei luni de la ultima expertizare, în modul stabilit de prezenta Instrucţiune.

46. Reexpertizarea persoanelor cu dizabilităţi înainte de termenul prevăzut se efectuează la cererea acestora, atunci cînd există motive întemeiate, dar nu mai tîrziu de 2 luni pînă la expirarea termenului.

47. În cazul în care persoana nu se prezintă în termenul stabilit pentru a fi reexpertizată, din motive obiective ce ţin de starea sănătăţii (confirmate de instituţia medicală respectivă), consiliile pot restabili termenul de determinare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă din momentul expirării deciziei precedente, cu condiţia prezentării de către persoana cu dizabilităţi a documentelor necesare în termen de trei luni de la data expirării termenului stabilit pentru o nouă reexpertizare.

48. În cazul în care persoana, la primirea avizului în scris din partea Consiliului, nu se prezintă în termenul stabilit la Consiliul de control şi revedere a deciziilor pentru reexpertizare ca măsură de control al corectitudinii determinării dizabilităţii şi capacităţii de muncă, Consiliul de control şi revedere a deciziilor informează în scris directorul general al Consiliului, care, la rîndul sau, informează în scris Casa Naţională de Asigurări Sociale şi structura teritorială de asistenţă socială de la locul de trai al persoanei despre neprezentarea persoanei şi suspendarea temporară a deciziei consiliului teritorial sau specializat pînă la o nouă expertizare, cu luarea deciziei respective conform legislaţiei.

VI. Programul individual de reabilitare şi incluziune socială a persoanei cu dizabilităţi

49. În procesul experizării şi reexpertizării persoanelor, consiliile întocmesc programul individual de reabilitare şi incluziune socială.

50. În programul individual de reabilitare şi incluziune socială elaborat pentru persoana cu dizabilităţi sînt stabilite recomandări generale privind activităţile şi serviciile din domeniile medical, social, educaţional şi profesional de care persoana are nevoie în procesul de incluziune socială.

51. Recomandările generale privind activităţile şi serviciile din domeniile medical, social, educaţional şi profesional sînt aprobate printr-un ordin comun al ministrului muncii, protecţiei sociale şi familiei, ministrului sănătăţii şi ministrului educaţiei.

52. Autorităţile responsabile din domeniile medical, social, educaţional şi profesional de la locul de trai al persoanei cu dizabilităţi, în baza recomandărilor generale din programul individual de reabilitare şi incluziune socială, elaborează şi execută activităţile şi serviciile specifice pentru persoana în cauză.

53. Programul individual de reabilitare şi incluziune socială, precum şi activităţile şi serviciile specifice sînt executorii pentru persoanele cu dizabilităţi, pentru organele de stat corespunzătoare, precum şi pentru întreprinderi, instituţii, organizaţii şi agenţi economici, indiferent de forma de proprietate.

54. Programul individual de reabilitare şi incluziune socială se anexează la raport şi la certificatul de dizabilitate şi capacitate de muncă, care se eliberează persoanei.

VII. Modul de eliberare a certificatului de dizabilitate şi capacitate de muncă

55. Consiliile teritoriale şi consiliile specializate, la stabilirea dizabilităţii, întocmesc şi eliberează persoanei certificatul de dizabilitate şi capacitate de muncă, precum şi programul individual de reabilitare şi incluziune socială, documente de strictă evidenţă. Cotorul certificatului se expediază în termen de 5 zile casei teritoriale de asigurări sociale de la locul de trai al persoanei, iar copia cotorului certificatului, autentificată de către Consiliu – structurii teritoriale de asistenţă socială de la locul de trai al persoanei.

56. Modelele formularului certificatului de dizabilitate şi capacitate de muncă şi programului individual de reabilitare şi incluziune socială sînt prezentate în anexa la prezenta Instrucţiune.

57. Persoana încadrată într-un grad de dizabilitate este informată şi atenţionată de către consilii cu privire la responsabilitatea pentru păstrarea certificatului de dizabilitate şi capacitate de muncă şi a programului individual de reabilitare şi incluziune socială.

58. În cazuri excepţionale (motive obiective), cînd certificatul şi/sau programul individual au fost pierdute sau deteriorate complet, persoana va plasa anunţul respectiv în presă, eliberîndu-i-se ulterior duplicat, conform cererii depuse.

59. Persoanei expertizate, dar neîncadrate în grad de dizabilitate i se eliberează un certificat cu decizia Consiliului, semnată de şef.

60. Persoanele culpabile de falsificarea certificatelor de dizabilitate şi capacitate de muncă şi a programului individual de reabilitare şi incluziune socială poartă răspundere conform prevederilor legislaţiei în vigoare.

VIII. Modul de soluţionare a litigiilor

61. Dacă persoana supusă expertizării nu este de acord cu deciziile adoptate de către consiliul teritorial sau consiliul specializat, ea este în drept să înainteze, în termen de o lună, o cerere în scris de dezacord şefului consiliului respectiv, care, la rîndul său, este obligat să expedieze, în termen de cinci zile, cererea persoanei, documentele respective şi raportul de determinare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă Consiliului, pentru a fi examinate în cadrul Consiliului de control şi revedere a deciziilor în termen de 30 de zile.

62. În procesul de examinare, Consiliul de control şi revedere a deciziilor solicită, după caz, şi prezenţa şefului consiliului şi/sau membrului consiliului respectiv.

63. Dacă persoana supusă expertizării nu este de acord cu decizia Consiliului de control şi revedere a deciziilor, ea este în drept să depună în termen de o lună, pe numele directorului general al Consiliului o cerere de contestare a deciziei, care este prezentată, în modul stabilit, pentru examinare în cadrul Comisiei de Litigii de pe lîngă Ministerul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei.

64. Revederea şi modificarea deciziilor consiliilor teritoriale sau consiliilor specializate şi reexpertizarea persoanei, în cazul depistării unor devieri în procesul de determinare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă, se efectuează de către Consiliul de control şi revedere a deciziilor, antrenînd specialiştii necesari.

65. Revederea deciziei Consiliului de control şi revedere a deciziilor şi recomandarea reexpertizării persoanei care nu este de acord cu decizia de încadrare în grad de dizabilitate se efectuează de către Comisia de Litigii de pe lîngă Ministerul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei, antrenînd specialiştii necesari.

66. Comisia de Litigii de pe lîngă Ministerul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei este în drept să solicite în scris Consiliului de control şi revedere a deciziilor revederea deciziei şi modificarea ei, după caz. Consiliul de control şi revedere a deciziilor, în termen de 5 zile, informează Comisia de Litigii despre decizia luată. În cazul în care decizia nu a fost modificată, Consiliul de control şi revedere a deciziilor, în cadrul unei şedinţe comune cu Comisia de Litigii, prezintă argumentele respective asupra cazurilor examinate.

67. Deciziile Comisiei de Litigii pot fi contestate în modul stabilit de legislaţia în vigoare.

Anexa nr. 4
la Hotărîrea Guvernului nr.65
din 23 ianuarie 2013

Lista hotărîrilor de Guvern care se abrogă

1. Hotărîrea Guvernului nr. 1065 din 11 noiembrie 1999 „Cu privire la aprobarea Listei bolilor şi stărilor

patologice care acordă copiilor pînă la vîrsta de 18 ani dreptul la primirea statutului de copil-invalid şi alocaţiilor sociale de stat conform legislaţiei" (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1999, nr. 128-129, art. 1130).

2. Hotărîrea Guvernului nr.1260 din 17 octombrie 2003 „Despre Modificarea Hotărîrii Guvernului nr.1065 din 11 noiembrie 1999" (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2003, nr.218-220, art.1310).

3. Hotărîrea Guvernului nr.109 din 31 ianuarie 2006 „Privind Consiliul republican de expertiză medicală a vitalităţii" (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2006, nr.21-24, art.140).

4. Hotărîrea Guvernului nr.688 din 20 iunie 2006 „Cu privire la expertiza medicală a vitalităţii" (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2006, nr.98-101, art.740).

5. Punctul 2 din Modificările şi completările ce se operează în unele hotărîri ale Guvernului, aprobate prin Hotărîrea Guvernului nr.1302 din 27 noiembrie 2007 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2007, nr.188-191, art.1353).

6. Punctul 43 din Modificările şi completările ce se operează în unele hotărîri ale Guvernului, aprobate prin Hotărîrea Guvernului nr.462 din 24 martie 2008 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2008, nr.66-68, art.437).

7. Hotărîrea Guvernului nr.1036 din 9 septembrie 2008 „Privind aprobarea modificărilor şi completărilor ce se operează în Hotărîrea Guvernului nr.688 din 20 iunie 2006" (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2008, nr.177, art.1065).

8. Punctul 12 din Modificările ce se operează în unele hotărîri ale Guvernului, aprobate prin Hotărîrea Guvernului nr.130 din 22 februarie 2010 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2010, nr.30-31, art.177).