

**STUDIU COMPARATIV PRIVIND SITUAȚIA COPIILOR CU
DISABILITĂȚI ÎN RAOANELE UNGHENI, ȘOLDĂNEȘTI ȘI
MUN.COMRAT DIN REPUBLICA MOLDOVA**

Coordonat de:

Diana CHEIANU-ANDREI

Doctor în Sociologie

Centrul de Investigații și Consultanță “SocioPolis”

www.SocioPolis.md

e-mail: cic_sociopolis@yahoo.com

Studiul a fost realizat la comanda

Asociației pentru Caritate și Asistență Socială ACASA.

Chișinău, 2009

CUPRINS

SUMAR EXECUTIV.....	3
I. SCOPUL EVALUĂRII.....	7
II. METODOLOGIA.....	7
III. SITUAȚIA COPIILOR CU DISABILITĂȚI ÎN REPUBLICA MOLDOVA.....	8
3.1. Abordări terminologice a disabilității în Republica Moldova.....	8
3.2. Statistica copiilor invalizi și distribuția geografică a acestora	9
3.3. Nevoile copiilor cu disabilități și a părinților acestora.....	13
IV. SERVICII SOCIALE PENTRU COPII CU DISABILITĂȚI.....	15
4.1. Secțiile de Asistență Socială și Protecție a Familiei.....	16
4.2. Consiliul Medical Consultativ	17
4.3. Comisia Medico-Psiho-Pedagogică.....	20
4.4. Comisia pentru Protecția Copilului în dificultate.....	22
4.5. Conlucrarea dintre comisiile ce prestează servicii sociale copiilor cu disabilități	23
4.6. Serviciile de stat oferite în cadrul instituțiilor rezidențiale	23
4.7. Serviciile sociale oferite copiilor cu disabilități de ONG-uri în parteneriat cu APL.....	26
V. EFICIENȚA ÎNSCRIERII COPIILOR CU DISABILITĂȚI ÎN GRĂDINIȚELE/ȘCOLILE GENERALE ȘI SPECIALE	30
5.1. Gradul de eficiență al înscrierii copiilor cu disabilități în grădinițele/școlile generale.....	32
5.2. Gradul de eficiență al înscrierii copiilor cu disabilități în școlile speciale	32
VI. PERCEPȚIA ȘI ACCEPTAREA COPIILOR CU DISABILITĂȚI	33
RECOMANDĂRI.....	41
Referințe bibliografice:	42

SUMAR EXECUTIV

La 30 martie 2007 Republica Moldova a semnat Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Scopul acestei Convenții este de a promova, proteja și asigura exercitarea deplină și în condiții de egalitate a tuturor drepturilor și libertăților fundamentale ale omului, inclusiv a persoanelor cu dizabilități și de a promova respectul pentru demnitatea lor intrinsecă.

În aceste condiții, în anul 2009 Asociația pentru Caritate și Asistență Socială ACASA a inițiat, cu suportul financiar al Organizației CARITAS-Elveția, proiectul „Diagnosticarea corectă a dizabilităților – oportunități mai bune de integrare socială a persoanelor cu dizabilități fizice și mintale în Republica Moldova” care este implementat în raioanele Ungheni, Șoldănești și mun.Comrat din Unitatea Teritorial Administrativă Găgăuzia (UTAG).

Scopul general al proiectului urmărește îmbunătățirea procesul de incluziune socială a copiilor cu dizabilități prin abordarea corectă în evaluarea dizabilității.

Obiectivele specifice ale proiectului cuprind:

- Descreșterea numărului de copii cu afecțiuni în școlile speciale și creșterea numărului acestora în sistemul educațional general;
- Facilitarea atitudinilor pozitive față de persoanele cu dizabilități;
- Îmbunătățirea calității serviciilor pentru copiii cu dizabilități.

Actualmente, asistența acordată copiilor cu dizabilități diferă de la o regiune la alta a republicii, la fel se întâmplă și în cazul funcționării Consiliilor Medicale Consultative, Comisiilor Medico-Psiho-Pedagogice și Comisiilor pentru Protecția Copilului aflat în dificultate. Există multiple curențe în ceea ce privește diagnosticarea corectă a dizabilităților la copii și evaluarea continuă a evoluției afecțiunilor.

Aceste premise au determinat necesitatea unui **studiu axat pe identificarea nevoilor cu care se confruntă copiii cu dizabilități, părinții acestora și specialiștii ce prestează servicii sociale pentru copii cu dizabilități din raioanele Ungheni, Șoldănești și mun.Comrat din UTAG.**

Studiul include:

- abordările terminologice a dizabilității în Republica Moldova;
- analiza statisticii copiilor invalizi și distribuția geografică a acestora;
- prezentarea nevoilor copiilor cu dizabilități și a părinților acestora;
- prezentarea nevoilor specialiștilor care activează în domeniul prestării serviciilor pentru copii cu dizabilități în cele 3 regiuni nominalizate;
- identificarea serviciilor sociale statale și neguvernamentale pentru copiii cu dizabilități în raioanele Ungheni, Șoldănești și mun.Comrat din UTAG;
- analiza serviciilor prestate de Consiliile Medicale Consultative, Comisiile Medico-Psiho-Pedagogice și Comisiile pentru Protecția Copilului aflat în dificultate;
- evaluarea gradului de eficiență al înscrierii copiilor cu dizabilități în grădinițele/școlile de cultură generală;
- evaluarea gradului de eficiență al înscrierii copiilor cu dizabilități în grădinițele/școlile speciale;
- analiza gradului de percepție și acceptare a copiilor cu dizabilități în rândul populației (elevi al claselor IX-XII și părinți) din regiunile nominalizate;
- identificarea necesităților pentru integrarea socială a copiilor cu dizabilități.

Principalele constatări ale studiului:

1. Actualmente, în Republica Moldova nu există statistici referitoare la numărul copiilor cu dizabilități. Statisticile naționale operează cu numărul de copii invalizi (15 313 copii invalizi la 31.12.2008) care este mult mai mic decât numărul copiilor cu dizabilități deoarece: (i) nu toți copiii cu dizabilități pot primi grad de invaliditate, (ii) nu toți copiii cu dizabilități care pot primi grad de invaliditate se adresează la Consiliile Medicale Consultative.

2. Nevoile copiilor cu dizabilități includ: (i) nevoi psihologice (dragoste și atenție din partea părinților; securitate, încurajare și apreciere; recunoaștere; servicii psihologice); (ii) nevoi sociale (servicii sociale la nivel de comunitate; servicii de reabilitare; servicii de protecție a drepturilor, etc.); (iii) nevoi privind

crearea condițiilor fizice – adaptarea clădirilor, spațiilor publice și a mijloacelor de transport (crearea unei infrastructuri adaptată necesităților, crearea condițiilor de acces și de studii în grădinițele și școlile de cultură generală), (iv) nevoi profesionale (elaborarea planurilor educaționale individualizate, instruire și pregătire profesională, ateliere de muncă și locuri de muncă).

3. Nevoile părinților ce îngrijesc și educă copii cu dizabilități: (i) nevoi psihologice (suport psihologic), (ii) nevoi sociale (instruiri, servicii sociale la nivel de comunitate, servicii medicale de calitate pentru copii, tratamente gratis și posibilități de reabilitare la nivel local, protejare a locurilor de muncă etc.), (iii) nevoi privind crearea condițiilor fizice – adaptarea clădirilor, spațiilor publice și a mijloacelor de transport (crearea unei infrastructuri adaptată necesităților, crearea condițiilor de acces și de studii în grădinițele și școlile de cultură generală).

4. Nevoile specialiștilor care activează în instituții guvernamentale și neguvernamentale se rezumă, în primul rând, la instruire, perfecționări, schimb de experiență atât în Republica Moldova, cât și peste hotare, pentru a cunoaște noi metode de activitate și tendințele care sunt în problema dată în plan european și chiar mondial. La activitățile nominalizate (instruire, perfecționare, schimb de experiență) este necesar să participe specialiști atât din centrele de servicii, cât și din școlile speciale, școlile de cultură generală pentru a discuta, a identifica și a propune modalități viabile de implementare a modalităților de integrare socială a copiilor cu dizabilități în Republica Moldova.

5. Secțiunile de Asistență Socială și Protecție a Familiei își doresc să faciliteze integrarea socială a copiilor cu dizabilități, însă nu au resurse financiare pentru a dezvolta servicii sociale necesare pentru acest proces. În unele raioane, APL prin intermediul secțiilor de Asistență Socială și Protecție a Familiei reușește să inițieze și să dezvolte unele servicii noi.

6. Consiliul Medical Consultativ este un organ abilitat cu analiza problemelor medicale a copiilor pentru oferirea unei diagnoze medicale și stabilirea gradului de severitate (invaliditate). Ședințele comisiei se desfășoară după necesități. Modul de funcționare și eficiența acestor consilii s-ar putea de îmbunătățit prin utilizarea unor instrumente standard de diagnosticare a copiilor invalizi.

7. În Republica Moldova este prezentă necesitatea de a studia metodele de evaluare a funcționalității dizabilității conform Clasificatorului Internațional al Funcționalității, întrucât acest clasificator permite abordarea dizabilității din diverse perspective în baza unui proces interactiv și în continuă evoluție. Centrul de intervenție precoce „Voinicel” și-a propus să testeze metodele de evaluare a funcționalității dizabilității conform Clasificatorului Internațional al Funcționării pe 70 de copii cu dizabilități.

8. Obiectivele de bază ale Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice cuprind: diagnosticarea nivelului de dezvoltare al copilului; analiza situației copiilor cu dizabilități fizice și mintale și înaintarea unor recomandări referitoare la continuarea studiilor în școlile de tip special; oferirea unor consultații părinților și profesorilor din școlile obișnuite; organizarea învățământului la domiciliu pentru copii cu grad de invaliditate și probleme grave de sănătate. Comisia se întrunește atunci când este necesar, de obicei o dată în lună. Activitatea comisiei se intensifică la sfârșitul și începutul anului de studii când se fac cele mai multe adresări către comisie din partea profesorilor elevilor claselor primare. Diagnosticarea nivelului de dezvoltare al acestor copii se efectuează prin metode interactive și examinarea caietelor școlare ale copilului, consultarea poziției profesorului din clasele primare și a opiniei părinților. În cazul unor dificultăți, contradicții, suspiciuni, membrii comisiei direcționează copilul spre examinare la Comisia Medico-Psiho-Pedagogică republicană.

9. Comisiile Medico-Psiho-Pedagogice activează în baza unui Regulament de funcționare depășit care necesită să fie revăzut. De asemenea, trebuie de revăzut metoda de selectare a specialiștilor din aceste comisii.

10. Comisia pentru Protecția Copilului aflat în dificultate stabilește măsurile de protecție a copilului aflat în dificultate și monitorizarea acestora. Obiectivele de bază ale comisiei includ: garantarea și

promovarea bunăstării copilului, asigurarea dreptului copilului de a crește într-un mediu familial, ținând seama, de interesul superior al copilului, pentru a-i asigura o dezvoltare armonioasă din punct de vedere emoțional, intelectual și fizic; asigurarea alegerii formei optime de îngrijire a fiecărui copil aflat în dificultate, cu accent pe serviciile de tip familial, plasamentul într-un serviciu de tip rezidențial, fiind măsura finală de protecție a copilului. Activitatea acestor comisii este diferită în raioanele în care s-a realizat studiul. Factorii care afectează funcționalitatea comisiei, țin de lipsa de specialiști care să activeze în aceste comisii.

11. Membrii Consiliului Medical Consultativ, Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice și Comisiei pentru Protecția copilului aflat în dificultate la nivel de raion de cele mai dese ori nu interacționează și nu colaborează.

12. În cele 40 de instituții rezidențiale ale Ministerului Educației și Tineretului (9 școli speciale, 3 școli sanatoriale și 28 de școli auxiliare pentru copii cu dizabilități) beneficiază de servicii de întreținere, educație și recuperare 5452 copii cu dizabilități.

13. În cele 3 regiuni cercetate funcționează 2 școli speciale: școala auxiliară pentru copii cu dizabilități din s.Congaz (UTAG) cu o capacitate de 150 de locuri și școala auxiliară cu dizabilități din s.Sculeni, raionul Ungheni cu o capacitate de 89 locuri. Copiii sunt admiși în aceste școli în baza deciziilor Comisiilor Medico-Psiho-Pedagogice raionale.

14. În cadrul școlilor speciale nu se fac evaluări ale copiilor, care ar permite transferul unor copii cu dizabilități în școlile de cultură generală.

15. Trebuie operate schimbări în ceea ce privește instruirea copiilor cu deficiențe mintale în școlile speciale. Încadrarea acestor copii în școlile de cultură generală ar fi mult mai benefică pentru copii și ar determina economisirea unor resurse financiare care ar putea fi direcționate spre dezvoltarea serviciilor pentru copii cu dizabilități la nivel comunitar. De asemenea, reorganizarea sistemului ar contribui și la responsabilizarea părinților și implicarea acestora în educarea propriilor copii.

16. Centrele comunitare care oferă servicii pentru copii cu dizabilități la nivel local, în regiunile cercetate, sunt insuficiente pentru cuprinderea tuturor copiilor care au nevoie de asemenea servicii. Ele oferă servicii pentru 193 de copii cu dizabilități din cele 3 regiuni (ceea ce constituie 17,5% din numărul total al copiilor invalizi în aceste regiuni). Deschiderea unor mini-centre comunitare în localitățile rurale va permite integrarea socială a copiilor cu deficiențe intelectuale lejere. Prezența serviciilor nominalizate va permite menținerea copiilor cu dizabilități în cadrul familiei și în cadrul școlilor de cultură generală.

17. Aspectele pozitive ale înscrierii copiilor cu dizabilități în școlile generale se bazează pe efectele benefice asupra ambelor categorii de copii - cei cu dizabilități nu sunt lăsați singuri, iar ceilalți copii învață cum să se comporte cu copii cu necesități speciale; comunicarea și educarea toleranței. Aspecte negative ale înscrierii copiilor cu dizabilități în grădinițele/școlile generale cuprind pe lângă lipsa condițiilor fizice - adaptarea clădirilor, spațiilor publice, mijloacelor de transport pentru acești copii; riscul sporit al unor traume; lipsa unor specialiști la nivel de instituții de învățământ care să faciliteze integrarea școlară (trebuie introdusă unitatea de asistent social în școli); lipsa unor programe de învățământ individualizate adaptate nevoilor copiilor cu dizabilități.

18. Specialiștii instituțiilor auxiliare au indicat următoarele aspecte pozitive ale înscrierii copiilor cu dizabilități în școlile speciale: prezența unor programe speciale mai simple; posibilitatea de a utiliza planuri individualizate pentru fiecare copil; asigurarea procesului de școlarizare, întrucât unii părinți nu permit copiilor să frecventeze școala. În același timp, atenționăm că practica de plasare a copiilor în instituțiile speciale ia amploare datorită fenomenului de migrațiune a părinților la muncă peste hotare. Părinții plasează acești copii în școlile speciale pentru ca cineva să aibă grijă de ei.

19. Factorii care ar putea contribui la incluziunea socială, inclusiv școlară, a copiilor cu dizabilități sunt: profesorii, resursele disponibile pentru învățarea copiilor cu dizabilități (metode de predare, materiale utilizate, cunoștințe și deprinderi în domeniul lucrului copiilor cu dizabilități), cooperarea dintre profesorii școlilor generale și școlilor speciale, specialiștii din centrele de servicii în scopul găsirii unor modalități eficiente de integrare.

20. Procesul de incluziune la nivelul instituției școlare este deosebit de complex și cu o determinare multifactorială, ceea ce necesită o pregătire pe mai multe planuri: pregătirea copiilor cu dizabilități pentru incluziunea școlară prin participarea la activități în grădinițele obișnuite, la activități în comunitate de la o vârstă fragedă; consilierea familiei copilului cu dizabilități în legătură cu avantajele și limitele incluziunii școlare; atitudinea pozitivă a directorilor școlilor de cultură generală față de procesul de incluziune școlară; informarea cadrelor didactice cu privire la aspectele teoretice și metodice ale incluziunii școlare; capacitatea profesorilor de a individualiza predarea și a elabora programe educaționale individualizate; implicarea părinților elevilor cu dizabilități în activitățile de evaluare și alcătuirea programelor educaționale individualizate; informarea și pregătirea elevilor din școală/clase pentru a sprijini și interacționa cu elevul/ii cu dizabilități; consilierea părinților elevilor obișnuiți în vederea prevenirii reacțiilor de respingere față de incluziune.

21. Copii cu dizabilități sunt percepuți de marea majoritate a respondenților din localitățile intervievate „invalidi”. Unii îi percep ca fiind „copii bolnavi”, „copii care nu pot merge”, „copii incapabili, neajutorați” etc. Noțiunea de „invalid” cuprinde doar partea medicală a dizabilității și utilizarea acestui termen face ca populația să atragă atenția, în special, asupra aspectului medical și să ignore alte aspecte de care are nevoie un copil cu dizabilități – integrare școlară, socială etc. Pe de altă parte, acesta se datorează și faptului că orice acte oficiale de nivel central sau local, documente oficiale etc. operează cu noțiunea de „invalid” și populația percepe acest termen ca fiind corect.

22. Copiii cunosc într-o proporție mai mare termenii corecți ce trebuie utilizați pentru persoanele cu dizabilități: - „invalidi”, „copii cu dizabilități”, „copii cu necesități speciale”. Această situație poate fi rezultatul instruirilor care se efectuează în școli la tema dată.

Constatăm astfel că îmbunătățirea procesului de incluziune socială a copiilor cu dizabilități prin abordarea corectă în evaluarea dizabilității este un proces complex și de lungă durată.

În scopul diagnosticării corecte a copiilor cu dizabilități și creșterii oportunităților de integrare socială a copiilor cu dizabilități în Republica Moldova în general și raioanele Ungheni, Șoldănești și mun. Comrat înaintăm următoarele recomandări:

1. Instituirea unui sistem informațional de evidență a copiilor cu dizabilități, care ar permite monitorizarea dezvoltării copiilor și includerea acestora în sistemul de servicii sociale oferite de organizațiile guvernamentale și neguvernamentale.
2. Efectuarea cercetărilor în domeniul testării și introducerii, dacă va fi oportun, a noilor metode de evaluare a funcționalității dizabilității la copii conform Clasificatorului Internațional al Funcționării. Instruirea specialiștilor privind aplicarea metodelor de screening și de evaluare a dezvoltării copilului.
3. Instruirea medicilor de familie pentru a depista problemele medicale la vârsta timpurie, dar și instruirea părinților pentru a observa și semnaliza problemele de sănătate a copilului medicului de familie.
4. Revederea și modificarea Regulamentului de funcționare a Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice, asigurarea funcționalității comisiilor prin ședințe regulate; pregătirea unor programe individualizate pentru copii care rămân să-și continue studiile în școlile obișnuite; introducerea unor standarde minime pentru activitatea comisiei; elaborarea unor teste standardizate pentru diagnosticarea copiilor; oferirea unui sediu permanent, dotat cu echipament și materiale didactice comisiilor; monitorizarea sistematică

și reevaluarea periodică a copiilor cu nevoi speciale integrați în școlile de obișnuite și școlile speciale. Comisiile respective să fie formate din echipe profesioniste care să includă medici, pedagogi, psihologi, asistenți sociali.

5. Introducerea unui mecanism de schimb de informații despre competențele și activitățile desfășurate de fiecare comisie, în scopul eficientizării activităților, dar și colaborării dintre membrii Consiliului Medical Consultativ, Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice și Comisiei pentru Protecția Copilului aflat în dificultate la nivel raional.

6. Organizarea unor campanii de informare privind drepturile copiilor cu dizabilități și necesitatea integrării sociale a acestora, a unor emisiuni în mass-media care să pună în dezbatere aspectele „pro” și „contra” integrării școlare a copiilor cu dizabilități. La emisiuni să participe atât specialiștii din școlile speciale, cât și din cele de cultură generală, reprezentanții sectorului neguvernamental care prestează servicii în acest domeniu.

7. Crearea condițiilor în grădinițe și școli (spațiile să fie adaptate nevoilor copiilor cu dizabilități); elaborarea programe speciale pentru copii cu deficiențe intelectuale lejere; asigurarea unor servicii specializate centrate pe nevoile copiilor cu dizabilități la nivel de comunitate; includerea în statele de funcție a școlilor generale care sunt frecventate de copii cu dizabilități a unității de profesor de sprijin.

I. SCOPUL EVALUĂRII

Scopul Studiului constă în identificarea nevoilor cu care se confruntă copiii cu dizabilități, părinții acestora și specialiștii care prestează servicii în domeniul dat din raioanele Ungheni, Șoldănești și mun. Comrat din UTAG.

Obiectivele Studiului:

- Identificarea serviciilor care sunt prestate de Comisiile Medico-Psiho-Pedagogice, Comisiile pentru Protecția Copilului aflate în Dificultate, Consiliile Medicale Consultative în raioanele Ungheni, Șoldănești și mun. Comrat;
- Evaluarea funcționării Comisiilor existente și vizate de domeniu;
- Clarificarea rolurilor Comisiilor existente și vizate de domeniu: Comisia raională pentru Protecția Copilului aflat în dificultate, Comisia raională Medico-Psiho-Pedagogică, Consiliile Medicale Consultative raionale, altele existente;
- Evaluarea nevoilor copiilor cu dizabilități;
- Evaluarea gradului de eficiență în urma înscrierii copiilor cu dizabilități în școlile speciale și generale;
- Evaluarea nevoilor părinților care au în îngrijire copii cu dizabilități fizice și mentale;
- Evaluarea gradului de acceptare a mediilor de apartenență a copiilor cu dizabilități;
- Analiza evoluției cazurilor copiilor cu dizabilități și a procesului de diagnosticare a cazurilor acestora, a intervenției echipei pluridisciplinare care lucrează direct cu copii cu dizabilități;
- Elaborarea unei baze de date cu instituțiile specializate, de profil din regiunile implicate în proiect.

II. METODOLOGIA

În procesul de studiere a necesităților au fost utilizate următoarele metode și instrumente de analiză:

1. Analiza datelor statistice privind numărul copiilor invalizi, invaliditatea copiilor în vârstă de până la 18 ani pe grupe de severitate și repartizarea geografică a acestora.

2. Analiza documentelor referitoare la modul de funcționare a Comisiilor nominalizate și a serviciilor existente pentru copii cu dizabilități, acte ale administrației publice locale etc.

3. Observația.

4. Interviu. Au fost intervievați:

- reprezentanții Comisiilor Medico-Psiho-Pedagogice, Comisiilor pentru Protecția Copilului aflat în dificultate și Consiliilor Medicale Consultative din fiecare raion;
- reprezentanții ai Secțiilor de Asistență Socială și Protecție a Familiei;
- managerii și reprezentanții organizațiilor neguvernamentale care prestează servicii sociale copiilor/persoanelor cu dizabilități în raioanele Ungheni, Șoldănești și mun. Comrat;
- managerii și reprezentanții Școlilor speciale;
- părinții copiilor cu dizabilități;
- experți în domeniul copiilor cu dizabilități.

5. Ancheta sociologică în bază de chestionar prin intermediul căreia a fost studiată percepția copiilor cu dizabilități de către elevii școlilor de cultură generală și părinții copiilor care au copii de vârstă 0-18 ani. În fiecare raion au fost realizate câte 52 de chestionare (26 cu părinții și 26 cu copii), câte 13 cu fiecare categorie de respondenți în centrul raional și 13 într-o localitate rurală în care există servicii pentru copii cu dizabilități (s.Sculeni în raionul Ungheni, s.Cotuienii Mari în raionul Șoldănești și s.Congaz din UTAG). Persoanele chestionate au fost selectate aleatoriu.

Perioada de realizare a studiului

Studiul privind situația copiilor cu dizabilități în raioanele Ungheni, Șoldănești și mun. Comrat din Republica Moldova a fost realizat în perioada 2 martie – 30 aprilie 2009. Perioada de culegere a datelor din teren s-a realizat în perioada 17 martie – 10 aprilie 2009.

III. SITUAȚIA COPIILOR CU DISABILITĂȚI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

3.1. Abordări terminologice a dizabilității în Republica Moldova

Persoanele cu dizabilități au devenit subiectul asistenței sociale în Republica Moldova odată cu apariția serviciilor de suport, dezvoltate de instituțiile de stat și organizațiile neguvernamentale. Necesitatea a fost dictată de abordarea multidisciplinară și complexă a problemicii dizabilității, dar și de crearea unei societăți democratice, unde cetățenii, indiferent de rasă, statut social etc., au aceleași drepturi și oportunități.

Disabilitatea este o afecțiune de lungă durată a sănătății, apărută în urma disfuncțiilor și a pierderii integrității corporale, precum și în urma influenței factorilor nocivi de mediu ce impun existența unui sprijin specializat adecvat pentru realizarea participării la viața socială.

Termenul oficial utilizat în legislația moldovenească în vigoare este cel de **invaliditate** – „invalid este persoana care, în legătură cu limitarea activității vitale ca urmare a defectelor fizice sau mentale, are nevoie de asistență și protecție socială. Limitarea activității vitale a persoanei își găsește expresia în pierderea totală sau parțială a capacității sau a posibilității de autoservire, de plasare, orientare, comunicare, de a-și controla comportarea și de a practica activități de muncă”.¹

În **Legea Învățământului** în vigoare din 1995, pentru persoanele cu dizabilități este utilizată sintagma „deficiențe psihice, fizice, senzoriale, logopedice, socioafective și de comportament sau deficiențe asociate”,² iar în proiectul Codului Învățământului cea de „preșcolari și elevi cu cerințe educaționale speciale, constând în dizabilități, dificultăți de învățare, dezvoltare, adaptare, cu tulburări de comportament, de limbaj”.³

Actualmente, tot mai frecvent se utilizează termenul „persoană cu dizabilități”, care este unul non-discriminatoriu. Astfel, în proiectul **Strategiei privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova (2009-2012)** promovată de Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului, întâlnim conceptul de disabilitate. Respectiv, **Strategia** stipulează că persoana cu dizabilități este cea care „are stabilit un grad de disabilitate sau un grad al capacității de muncă mai mic de 60 la sută și (sau) care are determinată necesitatea de asigurare a necesităților speciale”.

În analiza problemelor legate de disabilitate trebuie să ținem cont de mai multe perspective de abordare (a se vedea Figura 1. Perspectivele de analiză a dizabilității):

Din punct de vedere medical se utilizează termenii:

¹ Legea nr.821 din 24.12.1991 privind protecția socială a invalizilor, art.2.

² Legea Învățământului nr.547 din 21.07.1995, art.33. Învățământul special.

³ Codul Învățământului 293-XVI adoptat la 19.12.2008, art.25. Învățământul pentru copii cu cerințe educaționale speciale.

- **Deficiență** – un deficit de natură senzorială, mintală, motorie, comportamentală sau de limbaj, stabilit prin metode și mijloace clinice sau paraclinice, explorări funcționale sau alte evaluări folosite de serviciile medicale.
- **Deficit** - aspectul cantitativ al deficienței, adică ceea ce lipsește în termeni cantitativi pentru a completa întregul.
- **Defectuositate** – ceea ce determină deficitul.
- **Infirmiitate** - diminuarea notabilă sau absența unei sau mai multor funcțiuni importante care pot fi reeducate, compensate sau supracompensate printr-o protecție permanentă. Conform datelor UNESCO, infirmitatea se limitează numai la deficiența motorie.
- **Invaliditate** – pierderea sau diminuarea temporară sau permanentă a capacității de muncă.
- **Perturbare** – abatere de la normă.

Din punct de vedere funcțional:

- **Incapacitate** – reprezintă pierderea sau diminuarea totală sau parțială a posibilităților fizice, mintale, senzoriale etc., consecință a unei deficiențe care împiedică efectuarea normală a unei activități.

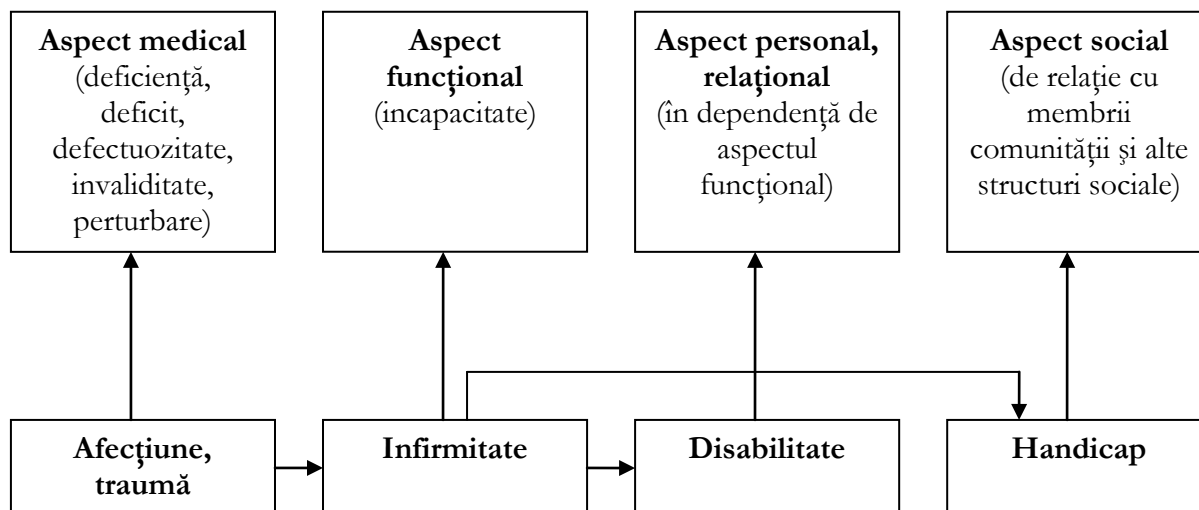
Din punct de vedere social:

- **Incapacitatea** se rezumă la consecințele deficienței și ale incapacității, cu manifestări variabile în raport cu gravitatea deficienței și cu exigențele mediului. Aceste consecințe în plan social sunt incluse în noțiunile de **handicap** și **inadaptare** care se manifestă sub diferite forme: marginalizare, inegalitate, segregare, excludere și inadaptare propriu-zisă.

Deci, trauma este un factor obiectiv care determină infirmitatea. Respectiv, persoana afectată de traumă se caracterizează prin anumite limitări funcționale, ceea ce duce la un mod specific de viață (disabilitate). În relație cu societatea, disabilitatea se manifestă prin diverse handicapuri (de exemplu, fizice sau locomotorii din lipsa accesibilității la diferite clădiri de menire publică). Însă, întrucât se creează condiții optime de dezvoltare și activitate în societate, termenul handicap se utilizează din ce în ce mai puțin de către comunitatea europeană, mai des fiind utilizați termenii disabilitate și cerințe educative speciale.

Figura 1.

Perspectivile de analiză a disabilității



3.2. Statistica copiilor invalizi și distribuția geografică a acestora

În Republica Moldova există diverse statistici referitoare la numărul copiilor invalizi (datele Centrul Național de Management în Sănătate, Casei Naționale de Asigurări Sociale etc.).

Casa Națională de Asigurări Sociale prezintă date privind numărul total al copiilor invalizi în vârstă de până la 18 ani, inclusiv date referitoare la numărul copiilor cu grad de severitate I, II și III, care beneficiază de diferite prestații bănești din partea statului.

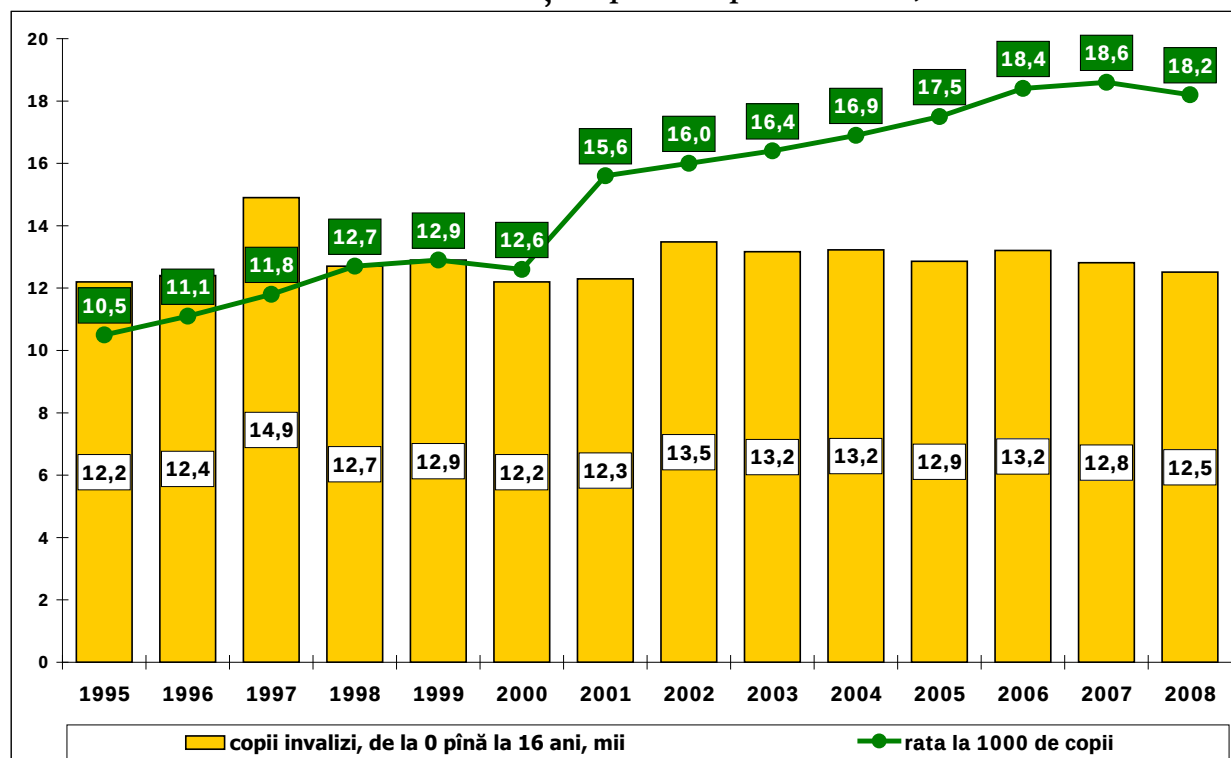
Centrul Național de Management în Sănătate oferă date privind deservirea medicală a copiilor invalizi cu gradul de severitate I, II și III pe vârste (0-6 ani, 7-18 ani) și cauze de boli.

Actualmente în Republica Moldova **nu există statistici referitoare la numărul copiilor cu dizabilități**. Numărul de copii invalizi, cu care operează statisticile naționale și cu care vom opera și noi în studiul de față, este mult mai mic decât numărul copiilor cu dizabilități.

Analiza datelor statistice privind numărul copiilor invalizi de până la 16 ani în Republica Moldova ne indică o tendință de creștere continuă a ratei copiilor invalizi pe parcursul anilor 1995-2007 cu 8,1%, de la 10,5 cazuri la 18,6 cazuri la 1000 de copii (a se vedea Figura 2. Dinamica invalidității copiilor de până la 16 ani, 1995-2008).

Figura 2.

Dinamica invalidității copiilor de până la 16 ani, 1995-2008 ⁴



Hotărârea Guvernului nr.1036 din 09.09.2008⁵ a operat schimbări în ceea ce privește modalitățile de înregistrare a copiilor invalizi. Astfel, vârsta copiilor invalizi s-a majorat de la 16 la 18 ani. Respectiv, din anul 2008 Centrul de Management în Sănătate prezintă statistici referitoare la numărul copiilor invalizi de până la 16 ani și numărul copiilor invalizi de până la 18 ani. La finele anului 2008 numărul copiilor invalizi de până la 18 ani a constituit 15313.⁶

Tendința menționată, determină necesitatea unor schimbări în planul asistenței medicale și protecției sociale a copiilor cu dizabilități.

Printre cauzele creșterii invalidității copiilor putem evidenția factorii:

biologici – nivelul înalt al maladiilor cronice, congenitale și genetice la părinți și a patologiilor în perioada perinatală;

medico-organizaționali – depistarea tardivă a maladii, durata îndelungată a perioadei de la depistarea maladii invalidizante până la perfectarea documentelor de invaliditate și inițierea procesului

⁴ Datele prezentate de Biroul Național de Statistică

⁵ Hotărârea Guvernului nr.1036 din 09.09.2008 privind aprobarea modificărilor și completărilor ce se operează în Hotărârea Guvernului nr.688 din 20.06.2006.

⁶ Raportul statistic anual nr.46 pe anul 2008, Privind deservirea medicală a copiilor invalizi, Centrul Național de Management în Sănătate a Ministerului Sănătății.

de reabilitare, nivelul scăzut de asistență pre și postnatală, precum și insuficiența cantitativă a serviciilor de reabilitare a copiilor cu probleme de sănătate în primii ani de viață;

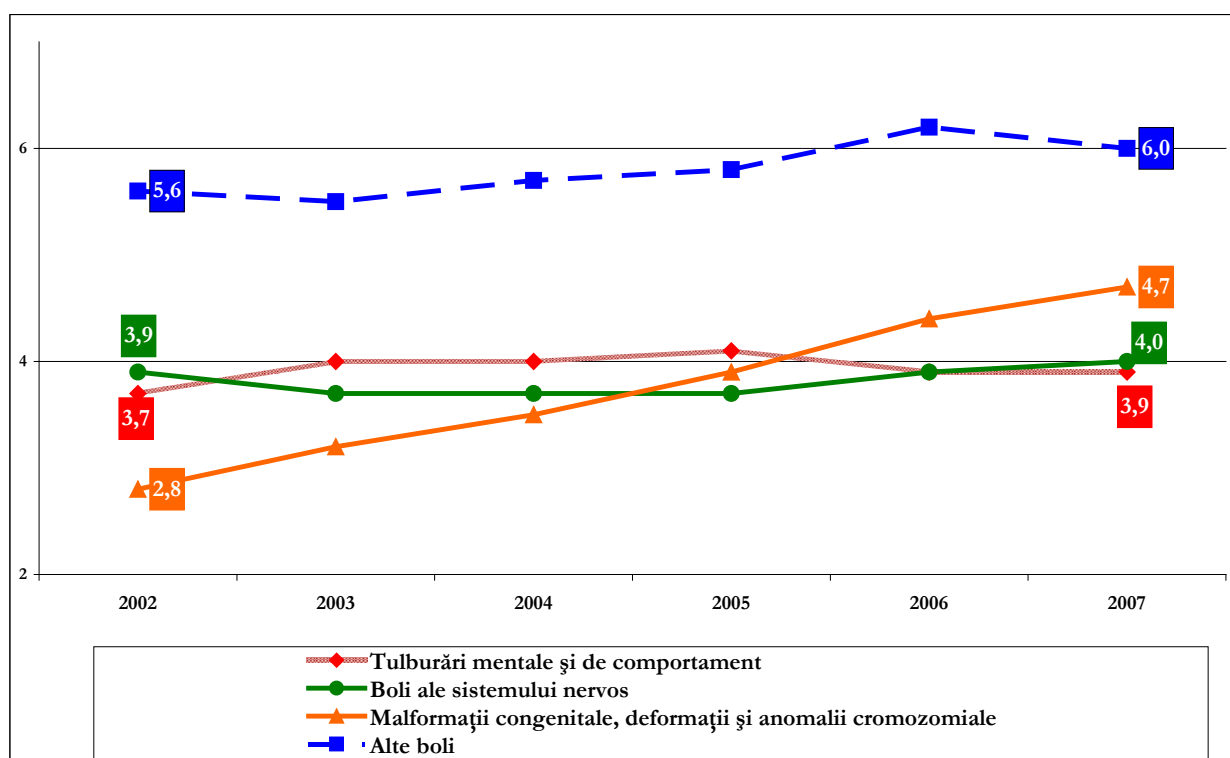
sociali – numărul mare de nașteri în familiile defavorizate – „la noi în raion 56% din nașteri aparțin păturilor defavorizate” (Membru al Consiliului Medical Consultativ, Șoldănești). Pe parcursul ultimelor decenii s-a constatat majorarea numărului de familii din grupurile de risc, scăderea generală a consumului de hrană, în paralel cu scăderea puterii de cumpărare a populației, condițiile de muncă nefavorabile ale femeilor, lipsa posibilităților pentru respectarea modului sănătos de viață - toate acestea duc la înrăutățirea sănătății reproductive a populației. De asemenea situația ecologică nefavorabilă.

Analiza structurii invalidității indică că aceasta s-a schimbat esențial pe parcursul ultimilor ani. Dacă până în anul 2006 predominau maladiile neurologice, în anul 2006, în premieră, pe primul loc s-au plasat malformațiile congenitale, deformațiile și anomaliile cromozomiale cu o rată de 4,4‰, fiind urmate de bolile sistemului nervos – 3,9‰ și tulburările mentale și de comportament – 3,9‰ (a se vedea Anexa 2. Date statistice privind repartizarea copiilor-invalidi în vârstă de până la 16 ani pe cauze de invaliditate pe republică, 2002-2007).

Rata de invaliditate a copiilor în cazul malformațiilor congenitale, deformațiilor și anomaliilor cromozomiale a crescut cu 1,9‰ la 1000 de copii pe parcursul anilor 2002-2007. Astfel, în anul 2007, pe primul loc continuă să se afle malformațiile congenitale, deformațiile și anomaliile congenitale cu o rată de 4,7‰, fiind urmate de bolile sistemului nervos cu 4,0‰ și tulburările mentale și de comportament – 3,9‰. Celelalte 11 categorii de boli au o evoluție constantă de la 5,6‰ în 2002 la 6,0‰ în 2007 (a se vedea Figura 3. Ratele copiilor invalizi de până la 16 ani la 1000 de copii, anii 2002-2007).

Figura 3.

Ratele copiilor invalizi de până la 16 ani la 1000 de copii, anii 2002-2007



Conform datelor statistice numărul copiilor invalizi în vârstă de până la 18 ani pe anul 2008 în raionul Ungheni este de 502, în mun. Comrat – 372 și în raionul Șoldănești – 232. Însă, dacă calculăm ponderea copiilor invalizi la 1000 de copii, constatăm că cea mai mare intensitate a copiilor cu dizabilități este în UTAG – 24,0 ‰, urmează raionul Șoldănești cu 20,2‰ pe ultimul loc plasându-se raionul Ungheni cu o intensitate de 16,6‰ copii cu dizabilități la 1000 de copii sănătoși de până la 18

ani. Constatăm, că în raionul Ungheni intensitatea este mai mică decât cea pe republică – 18,8‰ (a se vedea Tabelul 1).

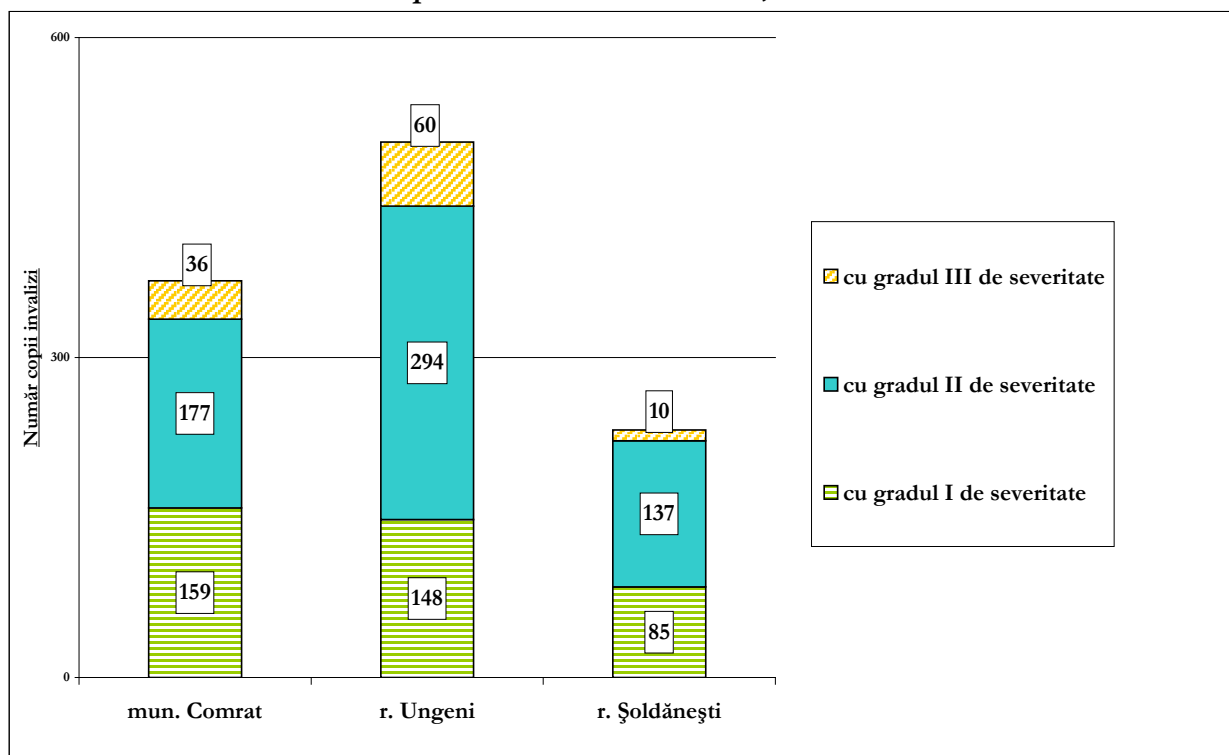
Tabelul 1

Intensitatea copiilor invalizi în vârstă de la 0 până la 18 ani pe raioanele nominalizate, 2008⁷

		TOTAL copii	TOTAL copii invalizi	Ponderea copiilor invalizi la 1000 copii
1	mun.Comrat	19987 UTAG ⁸	915 UTAG (mun.Comrat 372)	24,0 UTAG
2	r. Ungheni	30237	502	16,6
3	r. Șoldănești	11466	232	20,2
	pe republică	814496	15313	18,8

Analiza structurii invalidității după grade de severitate, indică că, indiferent de raion, cei mai mulți copii au gradul II de severitate a invalidității: Ungheni (59%), Șoldănești (59%), Comrat (48%), iar cei mai puțin – gradul III: Ungheni (12%), Șoldănești (4%) și Comrat (10%) (a se vedea Figura 4. Structura invalidității copiilor de până la 18 ani după grade de severitate pe raioanele nominalizate).

Figura 4.

Structura invalidității copiilor de la 0 până la 18 ani, după grade de severitate, pe raioanele nominalizate, 2008⁹


Observăm, că ponderea copiilor invalizi cu gradul III de severitate (lejeră) în numărul total de copii invalizi este foarte mică.

În același timp, remarcăm că există copii ce au anumite deficiențe fizice, mintale, tulburări de limbaj, rețineri în dezvoltare etc. care nu sunt incluși în statisticile oficiale, dar care au nevoie de cerințe speciale de îngrijire și educație.

⁷ Populația Republicii Moldova pe vârste și sexe, în profil teritorial, la 1 ianuarie 2008, Chișinău 2008, Biroul Național de Statistică

⁸ Lipsesc datele privind numărul de copii 0-17 ani în mun.Comrat, rapoartele statistice operând cu regiunea UTAG în întregime.

⁹ Raportul statistic anual nr.46 pe anul 2008, Privind deservirea medicală a copiilor invalizi, Centrul Național de Management în Sănătate a Ministerului Sănătății.

Unii părinți refuză să meargă la Consiliul Medical Consultativ pentru a stabili grad de disabilitate copilului:

„Foarte mult timp nu am grupat copilul fiindcă nu am vrut să fie considerat de mâna a doua” (Familie cu disabilități, s.Cotiujenii Mari)

O parte din părinți nu doresc să treacă comisia pentru a certifica invaliditatea copilului din cauza prejudecăților că un copil invalid nu va reuși în viață, că va fi discriminat, că nu este normal, din cauza fricii că nu îl vor accepta alți copii, că îl vor marginaliza, mai ales în cazul unor deficiențe lejere. Alți părinți nu se adresează fie pentru că nu dispun de informație, nu știu că pot beneficia de unele facilități stabilind gradul de invaliditate pentru copil, fie că nu au resurse financiare pentru a perfectă setul de acte necesar.

De asemenea, subliniem că copiii cu retard mintal ușor nu pot primi grad de invaliditate și nu sunt prezenți în statistica persoanelor invalide. Numărul acestor copii însă este destul de mare. De exemplu: la școala specială din s.Sculeni, raionul Ungheni din 89 de copii – 81 au diagnoza retard mintal ușor și doar 8 – retard mintal mediu. Respectiv, grad de invaliditate au doar 8 copii din 89.

Acest fapt, ne indică că numărul copiilor cu disabilități care au nevoie de servicii sociale este mai mare decât datele oficiale înregistrate de Biroul Național de Statistică întrucât: (i) nu toți copiii cu disabilități pot primi grad de invaliditate, (ii) nu toți copiii cu disabilități care pot primi grad de invaliditate se adresează la Consiliile Medicale Consultative.

3.3. Nevoile copiilor cu disabilități și a părinților acestora

Pentru planificarea activităților în lucrul cu persoanele cu disabilități, specialiștii trebuie să cunoască nevoile copiilor cu disabilități și a părinților acestora. Cunoscând nevoile acestor copii, echipa multidisciplinară poate alcătui planul individual de intervenție și interveni într-un mod mai eficient în rezolvarea problemelor și în eliminarea barierelor și dificultăților cu care se confruntă fiecare copil cu disabilități.

Din interviurile cu părinții care educă copii cu disabilități, dar și a specialiștilor care activează în domeniul dat am identificat următoarele **NEVOI ALE COPIILOR**:

i. Nevoi psihologice

- **Dragostea și atenția din partea părinților** reprezintă nevoi de bază a copiilor cu disabilități. Relațiile calde și afectuoase între părinți și copilul cu disabilități îl ajută pe cel din urmă să-și contureze identitatea și să devină conștient de sine. Aprobarea și acceptarea din partea părinților sunt esențiale pentru dezvoltarea autoaprecierii și autoaprobării la copii cu disabilități. Actualmente însă, mulți copii cu disabilități nu au dragoste și atenție suficientă din partea părinților. Unii pentru că se educă în familii monoparentale, deoarece tații frecvent abandonează familiile în care se educă copii cu disabilități, iar mamele sunt impuse să-și caute un loc de muncă pentru a asigura necesitățile de bază ale familiei.

Un alt fenomen, care afectează foarte mult nevoile de dragoste și atenție a copiilor cu disabilități este migrația părinților la muncă peste hotare. Specialiștii din raioanele în care s-a realizat studiul au indicat - „mă doare când la aprecierea gradului de invaliditate vine mătușa, bunica, sora...iar mama este dusă și îngrijește pe altcineva în Italia... Ce poate să dea o tânără de 18 ani unui copil de 10 ani? Cum să o instruiști pe ea? Societatea noastră trebuie să conștientizeze că trebuie să investească în copii mai mult...” (Membru a Consiliului Medical Consultativ, Șoldănești).

- **Nevoile de securitate, încurajare și apreciere** se împlinesc prin relații, atitudini și comportamente constante și predictibile atât din partea părinților, rudelor, cât și din cea a prietenilor, vecinilor etc. Dezaprobarea din partea părinților și/sau altor membri ai societății este simțită și prin comunicarea nonverbală și ea creează o stare de anxietate. În scopul împlinirii acestei nevoi părinții trebuie să conlucreze cu educatorii (dacă copilul frecventează grădinița), cu profesorii (dacă merge la școală), cu vecinii etc.

- **Nevoia de recunoaștere.** Copii cu disabilități doresc să fie recunoscuți în calitate de copii cu drepturi egale și să fie protejați împotriva abuzurilor.

- **Nevoia de servicii psihologice** care să le ajută să depășească stările de tensiune, problemele cu care se confruntă și să-și construiască relații cu cei din mediul înconjurător.

ii. Nevoi sociale

- **Servicii sociale la nivel de comunitate.** Datele studiului indică necesitatea acută de deschidere a unor centre comunitare în mediul rural și nu numai, care să presteze servicii copiilor cu dizabilități. În fiecare raion din cele cercetate, există câte un singur centru ce oferă astfel de servicii. Însă numărul copiilor care necesită astfel de servicii este mult mai mare decât capacitățile acestor centre. În centre comunitare trebuie dezvoltate servicii educaționale, logopedice, de terapie ocupațională etc. Prezența centrelor de zi la nivel de comunitate le-ar oferi servicii și le-ar facilita comunicarea, i-ar abate de la gândurile despre problemele de sănătate și i-ar determina să capete încredere în forțele proprii.

- **Nevoi de servicii de reabilitare.** Sunt mari solicitările pentru foile de tratament - mamă împreună cu copilul (copii de vârstă fragedă), însă anual se oferă numai 4 foi de acest tip pentru fiecare raion. Aceasta înseamnă că marea majoritate a copiilor în vârstă de 0-4 ani nu pot beneficia de servicii de reabilitare exact la vârsta când sunt mai mari șansele de recuperare. Există probleme și în ceea ce privește trimiterea la reabilitare a copiilor în vârstă de la 14 până la 18 ani. Instituțiile de reabilitare nu primesc copii cu dizabilități de această vârstă.

- **Protecția drepturilor.** O parte semnificativă din copii nu-și cunosc drepturile și au nevoie de servicii juridice. Spre exemplu: „copii invalizi beneficiază de reduceri la perfectarea actelor de identitate (buletin de identitate și pașaport)...să li asigure respectarea acestora” (Familie cu dizabilități, s.Cotiujeni Mari).

iii. Nevoi privind crearea condițiilor fizice - adaptarea clădirilor, spațiilor publice, mijloacelor de transport

- **Crearea unei infrastructuri adaptată necesităților copiilor cu dizabilități.** În Republica Moldova se fac primii pași în adaptarea infrastructurii la necesitățile copiilor cu dizabilități, în special în municipii și localitățile de tip urban. Experții în domeniu au recunoscut această situație – „avem vre-o 50 de copii în cărucioare pe care nu-i vedem fiindcă fără însoțitor nu se pot mișca...Noi am chemat un tânăr în cărucior să ne povestească despre experiența lui de a se deplasa prin oraș. Am chemat arhitectul orașului, agenții economici, reprezentanții APL și aceștia au spus că vor întreprinde unele măsuri” (Șeful Secției Asistență Socială și Protecția Copilului Ungheni).

- **Crearea condițiilor de acces și de studii în grădinițele și școlile de cultură generală.** Nici instituțiile de învățământ nu sunt adaptate la necesitățile copiilor cu dizabilități – „băncile, lavoarele, vecenurile nu sunt adaptate”. Chiar dacă se construiesc pante, nu se respectă standardele ne-au comunicat unii intervievați.

iv. Nevoi profesionale

- **Elaborarea planurilor educaționale individualizate.** Este necesar de a adapta curriculumurile școlare generale la particularitățile fiecărui copil cu dizabilități.

- **Instruirea și pregătirea profesională.** Copii cu dizabilități, în special cei cu retard mintal au posibilități limitate în ceea ce privește continuarea studiilor după absolvirea școlilor speciale.

- **Ateliere de muncă pentru acești copii și angajarea acestora în câmpul muncii.** După vârsta de 15-18 ani acești copii revin în familie și nu au posibilități de încadrare în câmpul muncii. Integrarea acestor copii în câmpul muncii le va putea asigura o integrare socială, asigura unele condiții de viață.

Patronii nu doresc și nu sunt stimulați să angajeze persoane cu dizabilități. Este necesar de creat locuri de muncă/ateliere de muncă speciale pentru aceste persoane.

Evident că și **PĂRINȚII** ce îngrijesc copii cu dizabilități au niște **nevoi specifice** de care trebuie să se țină cont în acordarea serviciilor:

i. Nevoi psihologice

- **Nevoi de suport psihologic.** Părinții au nevoie de consiliere psihologică care să-i ajute să depășească situațiile de criză.

ii. Nevoi sociale

- **Instruiri** pentru a putea oferi copiilor suportul necesar - „să cunoaștem mai multe despre tratamentul copiilor, exercițiile pe care trebuie să le facem cu copii” (Familie cu copil cu dizabilități, Ungheni), „să știu cum să comunic cu ea” (Familie cu dizabilități, s.Cotiujeni).

- **Diverse servicii sociale la nivel de comunitate** care să-i ajute. De exemplu: consultații juridice pentru ași cunoaște drepturile – „*mamele nu știu că o dată la 3 ani copiii invalizi pot beneficia de o foaie de tratament balneo-sanatorial*” (Pedagog social, centrul Fidanjik). Sunt necesare și servicii „respiro”. Nu în ultimul rând, părinții au menționat că la nivel de comunitate lipsesc specialiști: psihologi, logopezi etc.

- **Servicii medicale de calitate** la nivel de comunitate. În viziunea părinților, cadrele medicale trebuie supuse unui control mai riguros, atât în ceea ce privește competențele profesionale, cât și disciplina de muncă – „*la nivel local medicii nu sunt în stare să stabilească o diagnoză adecvată*” (Familie cu copil cu dizabilități, Congaz), „*Eu am observat că nu chiar totul este în ordine cu copilul, iar medicii mă duceau în eroare și afirmam că copilul dacă nu poate șede acum, va șede mai târziu*” (Familie cu copil cu dizabilități, Comrat).

Părinții au mai relatat că diagnosticurile în ceea ce privește dezvoltarea intelectuală a copilului se pun destul de târziu, cel mai frecvent atunci când copilul începe a frecventa școala. Ar fi necesar în viziunea lor de depistat și de lucrat cu copiii de la o vârstă mai timpurie.

- **Tratamente gratis și posibilități de reabilitare la nivel local (raional).** Tratamentele medicale administrate copiilor cu dizabilități sunt costisitoare, părinții uneori nu pot asigura frecvența acestora conform standardelor. Astfel, starea sănătății copiilor se înrăutățește. Foile de tratament balneo-sanatorial sunt foarte puține și nu acoperă solicitările existente la nivel raional. Unii părinții ne-au relatat – „*niciodată nu am beneficiat de tratament sanatorial*” (Familie cu copil cu dizabilități, Ungheni).

Lipsesc posibilitățile de reabilitare la nivel local. Unii părinți își amintesc – „*cu 10 ani în urmă era un cabinet medical în care se făcea tratament cu sare pentru persoanele care aveau bronșită asmatică...Este nevoie și acum de așa ceva...*”. (Familie cu copil cu dizabilități, Ungheni)

- **Dificultăți în găsirea și procurarea medicamentelor.** Unele medicamente necesare copiilor cu dizabilități nu pot fi găsite atât de ușor au indicat unii părinți. Pe de altă parte, pensiile acordate acestor copii sunt mici și nu pot nici pe departe asigura existența copiilor cu dizabilități. Părinții ne-au relatat – „*nu putem cumpăra toate medicamentele*” pentru că pensiile oferite copiilor cu grad de invaliditate sunt foarte mici – „*atât pensiile, cât și compensațiile nominative sunt mizerabile*”.

- **Investigații peste hotare, inclusiv efectuarea unor operații.** Părinții luptă pentru tratamentul copiilor, însă uneori lipsesc specialiști la nivel republican și ei sunt nevoiți să apeleze la medici peste hotare. În asemenea cazuri, resursele financiare de care dispun nu sunt suficiente pentru efectuarea investigațiilor și intervențiilor chirurgicale.

- **Protejarea locurilor de muncă.** „*Angajatorii nu pot să înțeleagă că copiii se îmbolnăvesc frecvent și trebuie să stau cu ei acasă*” (Familie cu copil cu dizabilități, Ungheni).

iii. Nevoi privind crearea condițiilor fizice - adaptarea clădirilor, spațiilor publice, mijloacelor de transport

Părinții sunt în mare parte cei care își petrec timpul liber cu copii, însă atunci când ei doresc să iasă la plimbare cu copii, să călătorească se confruntă cu problemele legate de inadaptarea infrastructurii la necesitățile copiilor cu dizabilități.

Părinții se confruntă cu mari dificultăți atunci când este necesar să plece în centrele raionale, capitală etc. pentru investigații sau tratamente medicale. Adesea, șoferii care asigură transportul de pasageri refuză să transporte copii cu dizabilități severe ne-au comunicat intervievații.

Problemele cu care se confruntă copii cu dizabilități și părinții acestora îi determină să nu fie deschiși cu persoane necunoscute, respectiv ei nu au încredere că cineva poate să-i ajute. Acești copii, dar și părinții lor nu sunt înțeleși de ceilalți membri ai societății – „*noi fugim de ei când îi vedem pe drum*”.

Concluzionăm, că sunt necesare măsuri complexe pentru soluționarea acestor nevoi, pentru crearea condițiilor pentru ca acești copii să fie integrați în societate.

IV. SERVICII SOCIALE PENTRU COPII CU DISABILITĂȚI

Serviciile sociale pentru copii cu dizabilități în Republica Moldova pot fi analizate în funcție de caracterul lor, de statutul acestora și de tipul de plasament.

În funcție de caracterul lor, serviciile sociale se împart în: **servicii de prevenire a situației de risc** și **servicii de intervenție în cadrul unei situații de risc**.

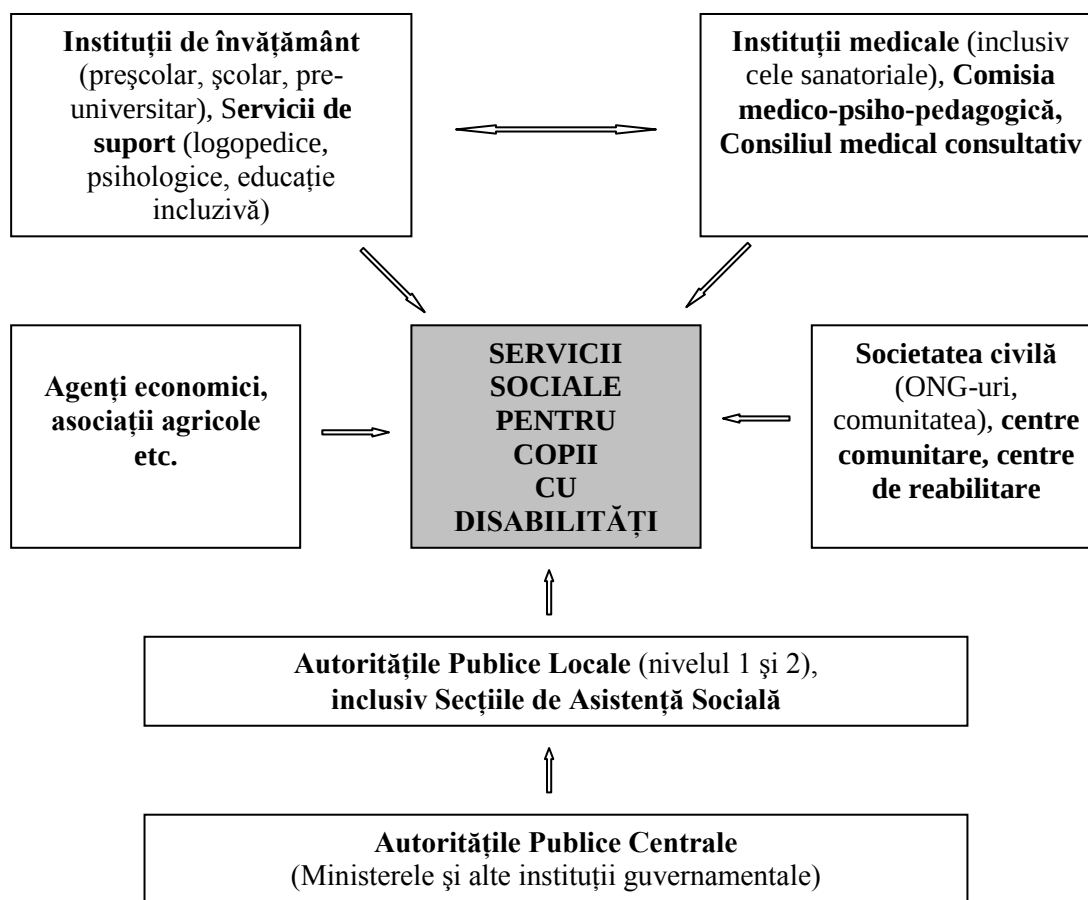
În funcție de statutul lor, serviciile sociale pentru copii cu dizabilități pot fi clasificate în: **servicii sociale de stat** (servicii rezidențiale: școli auxiliare, case de copii, internate; servicii de protezare și servicii în centrele de zi subvenționate de stat), **servicii sociale ale administrației**

publice locale (centrele de zi pentru copii cu dizabilități) și **servicii sociale ale sectorului neguvernamental**.

În funcție de plasament, serviciile sociale mai pot fi divizate în: **servicii de tip rezidențial** (servicii de plasament permanent în școli auxiliare, case de copii, internate) și **servicii de tip comunitar** (servicii cu caracter temporar: centrele de zi pentru copii cu dizabilități).

Reieșind din caracteristicile generale ale persoanelor cu dizabilități, pot fi evidențiate următoarele servicii sociale: **serviciul de zi de îngrijire și reabilitare multifuncțională pentru copii cu dizabilități locomotorii**, **serviciul de reabilitare socio-medicală pentru copii cu dizabilități locomotorii**, **serviciul de reabilitare pentru copii cu dizabilități de intelect sau mintale**, **serviciul de plasament temporar pentru copiii cu dizabilități severe**, **serviciul de zi și de plasament pentru copiii cu dizabilități senzoriale**, **serviciul de zi pentru copii cu tulburări de limbaj**, **serviciul de intervenție timpurie pentru copii cu dizabilități**.

Instituțiile prestatoare și susținătoare de servicii pentru copii cu dizabilități sunt prezentate în Figura 5:



4.1. Secțiile de Asistență Socială și Protecție a Familiei

Secțiile de Asistență Socială și Protecție a Familiei sunt subdiviziuni ale Consiliilor Raionale, care prestează o gamă largă de servicii sociale acordate copiilor și familiilor în dificultate, inclusiv copiilor cu dizabilități. Echipa de specialiști ai secției include în mod obligatoriu un specialist care răspunde de problemele familiei și copilului aflat în situație de risc și un specialist pe problemele persoanelor în etate și a invalizilor. Aceștia conlucrează cu asistenții sociali comunitari care activează practic în toate primăriile din R.Moldova.

În responsabilitățile asistenților sociali comunitari intră informarea persoanelor cu dizabilități despre drepturile lor la prestații sociale, pensii, indemnizații, servicii. Actualmente, asistenții sociali împreună cu reprezentanții secțiilor de asistență socială și protecție a familiei lucrează la implementarea *Legii cu privire la ajutorul social* care a intrat în vigoare la 1 octombrie 2008 de care pot să beneficieze și copii invalizi și familiile acestora. Nu în ultimul rând, asistenții sociali și specialiștii secțiilor sunt implicați în acordarea ajutorului umanitar.

Cu suportul APL și a secțiilor sunt organizate maratoane pentru susținerea financiară a copiilor care au nevoie de intervenții chirurgicale complicate. Reprezentanții secțiilor de Asistență Socială și Protecție a Familiei apelează la Ministerul Sănătății și Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului, Fondul Republican de Susținere a Populației, Centrul republican experimental protezare, ortopedie și reabilitare, Consiliile raionale, primării, agenți economici pentru susținere în cazul unor intervenții chirurgicale pentru copii cu dizabilități.

Reprezentanții secțiilor își doresc să faciliteze integrarea pentru copii cu dizabilități, însă nu au resurse financiare pentru a dezvolta servicii - „*eu nu am nici o copie direcționată la moment spre acești copii. În această situație, ce servicii pot să creez eu?*” (Șeful Secției Asistență Socială și Protecție a Familiei, Ungheni). Resursele financiare insuficiente la nivel de APL, determină implicarea membrilor activi ai APL și ai comunității în posibilitățile de accesare de fonduri internaționale care le-ar putea permite inițierea și dezvoltarea unor servicii noi.

În raioane există idei pentru dezvoltarea serviciilor adresate diferitor categorii de beneficiari. Astfel, la Ungheni își doresc să creeze o echipă multidisciplinară (jurist, asistent social, kinetoterapeut etc.) mobilă care să ofere servicii copiilor cu dizabilități.

Important este că APL-le active reușesc să inițieze și să dezvolte totuși unele servicii noi. În această ordine de idei menționăm că Consiliul raional Ungheni în colaborare cu Secția de Asistență Socială și Protecție a Familiei a inițiat în anul 2008 și a menținut și în 2009 **serviciul de îngrijire personală la domiciliu a persoanelor ținute la pat**. De aceste servicii beneficiază și copii în vârstă de 7-18 ani din raionul Ungheni.

Serviciul de îngrijire personală este finanțat din bugetul unității administrativ-teritoriale, prin intermediul secției de Asistență Socială și Protecție a Familiei, precum și din contribuțiile beneficiarilor rudele cărora sunt plecate peste hotare și nu-i pot îngriji pe aceștia, însă au posibilitatea de a achita cheltuielile pentru deservire.

Îngrijirea personală la domiciliu se face de către asistenții personali, angajați de Secția de Asistență Socială și Protecție a Familiei. Asistentul personal prestează servicii de îngrijire, reabilitare și asistență socială, în conformitate cu necesitățile beneficiarului. Stabilirea necesității de îngrijiri sociale se efectuează de către asistentul social din primărie în baza anchetei sociale. Asistentul personal întocmește conform rezultatelor evaluării, Planul îngrijirii persoanele, care se coordonează cu șeful serviciului de ajutor social la domiciliu.

Reprezentanții Secțiilor de Asistență Socială și Protecție a familiei își evaluează activitatea de muncă satisfăcător, menționând că trebuie depuse mai multe eforturi pentru integrarea copiilor cu dizabilități în școlile obișnuite.

Constatăm, că indiferent de eforturile depuse mai este de lucru în dezvoltarea serviciilor sociale de către Secția de Asistența Socială și Protecție a Familiei.

4.2. Consiliul Medical Consultativ

În Republica Moldova activează 2 tipuri de comisii care sunt direcționate spre diagnosticarea copiilor cu dizabilități:

1. **Consiliul Medical Consultativ** care urmărește diagnosticarea medicală a copiilor în vârstă de până la 18 ani și stabilirea gradului de severitate a invalidității acestora.
2. **Comisia Medico-Psiho-Pedagogică** care se ocupă de diagnosticarea nivelului de dezvoltare a copilului și înaintarea unor recomandări privind școlarizarea acestuia.

Consiliul Medical Consultativ este un organ abilitat cu analiza problemelor medicale a copiilor pentru oferirea unei diagnoze medicale și stabilirea gradului de invaliditate (severitate). În fiecare caz, indiferent de caracterul îmbolnăvirii și deficienței anatomice, Consiliul Medical Consultativ efectuează o cercetare complexă a tuturor sistemelor organismului copilului. Investigațiile copilului se efectuează atât la nivel local, cât și republican. O atenție deosebită este acordată particularităților individuale ale copilului, posibilităților adaptării lui sociale. Criteriul principal de stabilire a gradului de severitate la copil este nivelul de limitare a vitalității, condiționat de reducerea sau pierderea capacității de a se deplasa, de a se orienta în spațiu, de a se autodeservi etc.

La nivelul Consiliilor medicale consultative raionale se face un diagnostic primar după care copilul este direcționat spre un control medical în staționar la Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Mamei și Copilului unde beneficiază de tratamentul necesar și i se stabilește

diagnoza finală. După aceasta, copilul revine la Consiliul Medical Consultativ raional unde i se stabilește, în dependență de gravitatea deficienței și limitarea vitalității, unul din următoarele grade de severitate: severitate de gradul I (grav), severitate de gradul II (medie), severitate de gradul III (lejeră).

Consiliul Medical Consultativ stabilește cauzele invalidității în conformitate cu Lista bolilor și stărilor patologice¹⁰ care acordă copiilor până la vârsta de 18 ani¹¹ dreptul la primirea statutului de copil-invalid și alocațiilor sociale de stat conform legislației, ajustată la Clasificarea internațională a maladiilor (revizia a X-a).

Obiectivele Consiliului Medical Consultativ constau în:

- identificarea și stabilirea gradului de invaliditate,
- evidența copiilor cu grad de invaliditate,
- stabilirea necesităților de tratamente medicale suplimentare.

Componența consiliilor cuprinde de obicei, însă nu e obligatoriu: directorul Centrului Medicilor de Familie, vice-directorul pe Asistența Medicală a Mamei și Copilului, un medic pediatru și o asistentă medicală care este responsabilă de îndeplinirea documentației. În afară de aceasta, la ședințele Consiliului Medical Consultativ este invitat medicul-specialist de bază în domeniul în care sunt problemele medicale ale copilului.

În baza interviurilor aprofundate care au fost realizate cu membrii Consiliul Medical Consultativ, putem afirma că ședințele comisiei se desfășoară după necesități. Spre exemplu: la Șoldănești există un grafic stabil: ședințele au loc 1 dată pe săptămână; la Comrat și Ungheni de 2 ori pe lună.

Adresarea copiilor la consiliu are loc după următoarea schemă: Copilul care are probleme de sănătate inițial la îndreptarea medicului de familie trece investigațiile medicale. În cadrul investigațiilor se completează o fișă medicală în conformitate cu legislația în vigoare. Specialistul de bază înscrie conform diagnosticării gradul de gravitate a problemei. După aceasta, în baza documentelor prezentate se întrunește Consiliul Medical Consultativ. La ședință este invitat medicul specialist pe problemele de sănătate a copilului. Ulterior, copilul este trimis spre investigații și tratament la Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Mamei și Copilului. După externare copilul vine cu extrasul medical și i se confirmă un anumit grad de severitate (invaliditate).

Copiii trec reexaminarea medicală, unii în fiecare an, alții o dată la doi ani.

Problemele de sănătate a copilului cel mai frecvent sunt depistate de medicii de familie sau interniști (după nașterea copilului până la externare), uneori de părinți.

Fiind întrebați cu ce dificultăți se confruntă la nivel de diagnosticare, medicii intervievați s-au rezumat la depistarea tardivă a problemelor medicale la copii sau manifestarea tardivă a unor boli.

Atunci când depistează un copil cu probleme de sănătate, medicii semnalează necesitatea trecerii controlului specialiștilor pentru obținerea gradului de invaliditate (severitate), dar unii părinți nu efectuează controlul medical necesar copilului. Unii părinți refuză să-și aducă copii ca să fie diagnosticați, alții sunt indiferenți și au atitudine neserioasă față de problemele de sănătate a copiilor. Există părinți care nu se adresează din motivul că nu au resurse financiare pentru a veni în centrele raionale și a trece controlul medical cu copilul ca acesta să poată primi grad de invaliditate. Plus la aceasta, unii părinți au indicat că lipsesc specialiști care să activeze în aceste comisii – „Comisia de stabilire a diagnosticului pentru copii la noi la Șoldănești este alcătuită din medic-ginecolog, medic-urolog și încă cineva... Neurolog, pediatru – nu este” (Părinte cu copil cu disabilități, s.Cotiujeții Mari, r-nul Șoldănești).

Uneori la împlinirea vârstei de 18 ani, copiii care au avut grad de invaliditate (severitate), nu-l mai primesc din cauză că criteriile de stabilire a gradului de invaliditate odată cu atingerea vârstei de maturitate sunt mai stricte decât cele existente la copii. Spre exemplu: la Șoldănești reprezentantul Consiliului Medical Consultativ a recunoscut „noi suntem mai loiali...mai închidem câteodată ochii și dăm grad de invaliditate copilului dacă vedem că părintele este prea păcătos... Poate nu facem bine, dar din punct de vedere omenesc – facem bine... Asemenea cazuri însă sunt foarte rare”.

Specialiștii care activează în domeniul prestării serviciilor sociale copiilor cu disabilități au semnalat cazuri când părinții preamăresc problemele de sănătate a copilului. Pedagogul social de la

¹⁰ Hotărârea Guvernului nr.1065 din 11.11.1999 cu privire la aprobarea Listei bolilor și stărilor patologice care acordă copiilor până la vârsta de 16 ani dreptul la primirea statutului de copil-invalid.

¹¹ Hotărârea Guvernului nr.1036 din 09.09.2008

centrul „Casa pentru toți” ne-a relatat *„când are loc controlul pentru a trece grupa, o parte din părinți se duc la comisie și fac copilul neputincios cu totul...pentru a nu pierde gradul de invaliditate al copilului ei spun foarte multe incorecte despre copil”*. Respectiv, a fost semnalată necesitatea ca în cazul reexaminării copiilor care frecventează diverse centre, specialiștii să fie invitați la Consiliul Medical Consultativ, Comisiile Medico-Psiho-pedagogice, întrucât ei petrec mai mult timp decât părinții alături de acești copii și cunosc mai bine problemele acestora – *„noi suntem mai mult implicați în activități cu copilul decât părinții, noi avem portofolii în care sunt înscrise succesele copiilor și ar fi bine să se ia în considerare și părerea noastră”* (Pedagog social la „Casa pentru toți”, Ungheni).

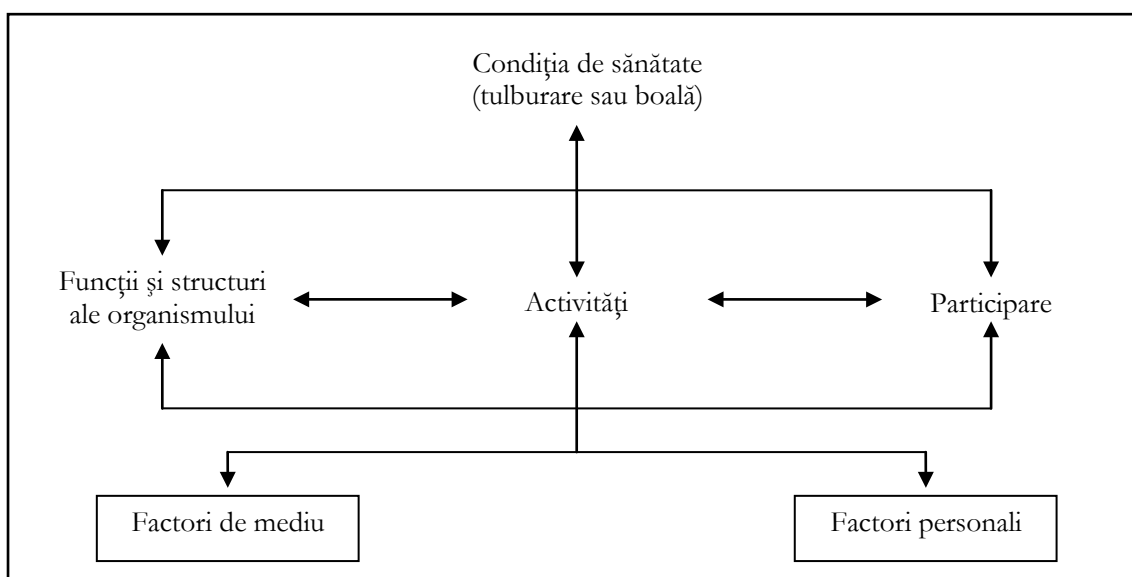
Modul de funcționare și eficiența acestor comisii s-ar putea de îmbunătățit susțin intervievații întrucât uneori sunt sesizate erori în activitate: se oferă un anumit grad de invaliditate, după care la următorul control se constată că copilului trebuia să i se ofere un alt grad, *„sunt cazuri când intuim o patologie neurologică, dar copilul după investigații de la Chișinău vine cu un diagnostic referitor la o patologie psihică”* (Membru a Consiliului Medical Consultativ, Comrat).

În aceste circumstanțe reprezentanții **Centrului de intervenție precoce „Voinicel”** au înaintat ideea de promovare a noi metode de evaluare a funcționalității disabilității conform Clasificatorului Internațional al Funcționării (CIF), ideea susținută de Asociația pentru Caritate și Asistență Socială ACASA.

CIF oferă o abordare a clasificării funcționalității și disabilității din mai multe perspective, ca fiind un proces interactiv și în continuă evoluție (a se vedea Figura 6. Interacțiunile dintre componentele CIF). Respectiv, centrul realizează un studiu pentru cunoașterea în profunzimea CIF și planifică să testeze instrumentele clasificatorului pe 70 de copii cu disabilități.

Figura 6

Interacțiunile dintre componentele CIF



În scopul îmbunătățirii procesului de depistare a copiilor cu probleme de sănătate semnalăm necesitatea:

- instruirii medicilor de familie pentru a depista problemele medicale la vârsta timpurie – *„nu toți medicii își controlează pacienții și îi depistează la timp”* și asigurarea prezenței acestora la instruire (Membru a Consiliului Medical Consultativ, Șoldănești),
- instruirii părinților pentru a observa și semnală problemele medicale a copilului medicului de familie - *„în tot anul avem 2-3 copii care ar merita să aibă gradul de invaliditate mai timpuriu”* (Membru a Consiliului Medical Consultativ Șoldănești),
- prezenței aparatajului performant pentru efectuarea analizelor și a investigațiilor medicale la nivel de raion,
- organizării cursurilor de perfecționare pentru asistenții medicali din școli și oferirea gradelor medicale,
- asigurării asistentelor medicale din școli cu spațiu, mobilier, medicamente.

Pentru creșterea gradului de funcționalitate a Consiliului Medical Consultativ recomandăm:

- coordonarea realizării unor controly medicale mai riguroase în instituțiile de învățământ de către medici și asistentele medicale din școală și semnalarea cazurilor la medicii de familie și Consiliile Medicale Consultative raionale;
- utilizarea unor instrumente standard de diagnosticare a copiilor invalizi.

4.3. Comisia Medico-Psiho-Pedagogică

Această comisie a fost instituită încă în perioada sovietică cu scopul de a selecta copii cu dizabilități mintale și fizice care să-și facă studiile în școlile speciale. Actualmente, aceste comisii conform legislației în vigoare au scopul diagnosticării și reabilitării copiilor cu dizabilități fizice și mintale.¹²

Obiectivele de bază ale acestei comisii:

- diagnosticarea nivelului de dezvoltare al copilului,
- analiza situației copiilor cu dizabilități fizice și mintale și înaintarea unor recomandări referitoare la continuarea studiilor în școlile de tip special,
- oferirea unor consultații părinților și profesorilor din școlile obișnuite,
- organizarea învățământului la domiciliu pentru copii cu grad de invaliditate și probleme grave de sănătate.

În componența Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice intră medici (pediatri și neurologi) și pedagogici, inclusiv un psiholog. La ședințele comisiei participă și profesorii din clasele primare care instruiesc copii ce au nevoie de cerințe educaționale speciale.

Comisia se întrunește atunci când este necesar, de obicei o dată în lună. Activitatea comisiei se intensifică la sfârșitul și începutul anului de studii când se fac cele mai multe adresări către comisie din partea profesorilor elevilor claselor primare.

Practic în toate raioanele membrii acestei comisii au indicat că actualmente membrii comisiei convoacă ședințe „mai rar în ultimul timp”, una din cauze fiind plecarea părinților copiilor cu cerințe educaționale speciale la muncă peste hotare. Examinarea copilului, însă, nu poate avea loc în lipsa părinților.

Documentele ce se prezintă acestei comisii sunt:

1. Caracteristica elevului oferită de profesorul claselor primare în care este descrisă perioada de școlarizare, analizată amănunțit reușita școlară și comportamentul elevului, problemele copilului (de memorie, de gândire etc.), măsurile care s-au întreprins pentru a îmbunătăți reușita școlară a elevului (lucrul individual, tratamentul medical etc.).
2. Caietele școlare ale elevului.
3. Extrasul medical al copilului eliberat de Centrul Medicilor de Familie, în care copilul a fost consultat de următorii specialiști: pediatru, psiho-neurolog, ORL-ist, oculist, ortoped, logoped.

Pentru copiii care nu sunt școlarizați se prezintă doar extrasul medical (asemenea cazuri însă sunt foarte rare).

Copiii care sunt îndreptați spre aceste comisii, nu sunt neapărat copii cu grad de invaliditate (severitate). Marea majoritate a acestor copii au deficiențe mintale ușoare și pot asimila educația școlară de bază, doar că întâmpină dificultăți în însușirea programului existent.

Profesorii claselor primare identifică acești copii, discută cu părinții și se adresează la comisia dată pentru a analiza cauzele nereușitei. Uneori vin adresări și din partea părinților. După analiza situației copilului, la comisie se primește o decizie cu caracter de recomandare pentru părinți privitor la instituția în care copilul își poate continua studiile. De obicei, aceste comisii recomandă părinților să dea copiii la școlile speciale (spre exemplu în raionul Ungheni – la școala specială din Sculeni, în UTAG la școala specială din Congaz), unde copii vor studia după un program special. Părinții pot primi decizia ca copilul să rămână în familie și să-și continue studiile în școala obișnuită, dar în acest caz copilul este înscris ultimul în catalog și nu este supus testărilor naționale, la absolvirea instituției primind un certificat și nu diplomă de absolvire a studiilor.

¹² Hotărârea Guvernului Nr.42 din 24.01.1994 *Cu privire la instituirea consultațiilor republicane și raionale (orășenești) medico-psihologo-pedagogice pentru copii cu deficiențe fizice și mintale.*

Diagnosticarea nivelului de dezvoltare al acestor copii se efectuează prin metode interactive și examinarea caietelor școlare ale copilului, consultarea poziției profesorului din clasele primare și a opiniei unui din părinți. În cazul unor dificultăți, contradicții, suspiciuni, membrii comisiei direcționează copilul spre examinare la Comisia Medico-Psiho-Pedagogică republicană.

Unii specialiști intervievați au relatat că procedura de chemare a copiilor în fața comisiei date nu este una reușită – „*ei chemă copii din mai multe sate, nu dovedesc într-o zi și îi cheamă a doua zi, tare-i mai poartă pe drum*” (Managerul Centrului „Păcurășii”, s.Cotijenii Mari).

Numărul copiilor care au nevoie de cerințe educaționale speciale nu este cunoscut cu exactitate. În UTAG, spre exemplu, specialiștii ne-au informat că există în jur de 260 de copii care au o reușită școlară sub medie și nu se isprăvesc cu programul școlar existent, în celelalte raioane membrii comisiilor nu ne-au putut relata care este numărul acestor copii la nivel de raion.

Mulți copii trec Comisia Medico-Psiho-Pedagogică pentru că au nevoie de certificate ca să-și continue studiile în școlile obișnuite, numai după programe individualizate, cu cerințe mai mici decât la marea majoritate a copiilor.

Unii părinți refuză să examineze copilul în cadrul comisiei, chiar dacă aceștia pot identifica cauzele dificultăților de învățare a copilului. În afară de aceasta, persoanele intervievate ne-au comunicat că conform statisticilor existente jumătate din părinți actualmente refuză să plaseze acești copii în instituțiile de tip special. În același timp, există și cazuri când părinții insistă ca copilul să meargă la școlile speciale.

Despre funcționalitatea acestei comisii putem judeca prin prisma opiniei managerilor de centre și a specialiștilor care propun servicii pentru copiii cu dizabilități. Unii dintre ei ne-au comunicat că aceste comisii înainte funcționau, acum însă „*nu aud nimic despre ea*” (Managerul Centrului „Casa pentru Toți”, Ungheni), „*nu funcționează...poate în alte raioane lucrează, dar la noi la Ungheni – nu. În primul an când ne-am deschis (2002) era o asemenea comisie. Dar când am citit materialele de la această comisie...îmi era milă de copilul care a fost examinat*” (Pedagog social, Centrul „Casa pentru Toți”, Ungheni).

Specialiștii centrelor neguvernamentale care oferă servicii acestor copii susțin că în marea lor majoritate, copii vin la ei deja cu un diagnostic în ceea ce privește gradul de invaliditate (severitate) sau gradul de dezvoltare intelectuală. A fost semnalată necesitatea ca toți copii să posede în afară de diagnosticarea strict medicală (gradul de invaliditate), diagnosticul în ceea ce privește nivelul de dezvoltare intelectuală pentru a cunoaște ce program poate să ia copilul. Acest lucru însă trebuie făcut profesionist.

În cazul diagnosticării medicale specialiștii mai rar semnalează unele erori. În același timp, există multiple erori în ceea ce privește diagnosticarea nivelului de dezvoltare al copiilor. Specialiștii care activează în centrele neguvernamentale au relatat că uneori diagnozele sunt foarte generale, neclare. De exemplu: reținerea dezvoltării psihice și nu este indicată de ce este determinată această reținere, respectiv ei întâmpină dificultăți în alcătuirea programului individualizat (Pedagog social, Centrul „Fidanjik”, Comrat).

Unii reprezentanți ai APL consideră că Comisiile Medico-Psiho-Pedagogice sunt depășite – „*această comisie trebuie reformată complet sau trebuie să dispară... Noi chiar am pus în discuție ca această comisie să fie desființată pentru că pun niște verdicte, diagnoze copilului pentru toată viața. Ei iau decizii și trimit copii la școală specială din Sculeni de unde copilul iese numai la 15 ani*” (Șeful Secției Asistență Socială și Protecție a Familiei, Ungheni)

De asemenea, trebuie revăzuți specialiștii din aceste echipe, pentru că unii din ei conduc aceste comisii mai bine de 20 de ani și conform unor principii depășite – „*duc copiii la internat. Aici la Șoldănești întotdeauna așa s-au rezolvat problemele copiilor ce ajung în fața acestei comisii*”. Spre exemplu, președintele Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice din Șoldănești, în viziunea reprezentanților sectorului neguvernamental care prestează servicii sociale „*este învățat să lucreze după metode sovietice... el a lucrat într-un alt sistem în prezent însă lucrurile s-au schimbat*” (Managerul organizației NEW Hope din Șoldănești).

În scopul eficientizării lucrului acestei comisii semnalăm:

- necesitatea revederii și modificării Regulamentului de funcționare a acestei comisii;
- formarea unor echipe profesioniste în a cere să fie incluși medici, pedagogi, psihologi, asistenți sociali;
- asigurarea funcționalității acestora prin ședințe regulate;

- pregătirea unor programe individualizate pentru copiii care rămân să-și continue studiile în școlile obișnuite,
- standarde elaborate pentru activitatea comisiei;
- teste standardizate pentru diagnosticarea copiilor;
- sediu permanent, dotat cu echipament și materiale didactice;
- monitorizarea sistematică și reevaluarea periodică a copiilor cu nevoi speciale integrați în școlile de cultură generală și școlile speciale.

4.4. Comisia pentru Protecția Copilului în dificultate

La nivelul fiecărui raion, pe lângă comisiile care se ocupă cu diagnosticarea copiilor cu disabilități, există o comisie care urmărește protecția copiilor în situații de risc – Comisia pentru Protecția Copilului aflat în dificultate.

Această comisie a fost instituită în anul 2007,¹³ și stabilește măsurile de protecție a copilului aflat în dificultate și monitorizarea acestora. În baza hotărârii guvernului, fiecare consiliu raional a instituit Comisia raională pentru protecția copilului în dificultate, regulamentul de funcționare a acesteia și componența comisiei.

Obiectivele de bază ale comisiei includ:

- garantarea și promovarea bunăstării copilului, asigurarea dreptului copilului de a crește într-un mediu familial, ținând seama, de interesul superior al copilului, pentru a-i asigura o dezvoltare armonioasă din punct de vedere emoțional, intelectual și fizic;
- asigurarea alegerii formei optimale de îngrijire a fiecărui copil aflat în dificultate, cu accent pe serviciile de tip familial, plasamentul într-un serviciu de tip rezidențial, acesta fiind măsura finală de protecție a copilului.

Comisia este formată din 8 membri: doi membri ai Consiliului raional/municipal care nu sunt angajați ai Secției de Asistență Socială și Protecție a Familiei, doi membri specialiști de profil (psiholog, psihiatru, medic sau pedagog), doi membri ai organizațiilor neguvernamentale locale sau a societății civile, doi membri recrutați prin concurs. Toți membrii Comisiei trebuie să fie specialiști cu studii superioare și cu experiență de cel puțin 5 ani de lucru cu copiii sau activități legate de copii.

Comisia respectivă se întrunește în ședințe ordinare lunar și, ori de câte ori este nevoie, în ședințe extraordinare. **În luarea deciziilor referitoare la protecția copilului se țin cont de următoarele principii:**

- prevalarea interesului superior al copilului,
- asigurarea dreptului copilului de a fi îngrijit de către părinții săi,
- responsabilitatea părinților de a-și îngriji copiii și de a le asigura o dezvoltare fizică, mintală, spirituală, morală și socială adecvată,
- asigurarea creșterii copilului într-un mediu familial pentru dezvoltarea deplină și armonioasă a personalității sale,
- necesitatea de a dezvolta capacitatea copilului pentru ca acesta să fie în stare să-și exprime opiniile referitor la problemele ce-l afectează și luarea în considerare a opiniilor copilului în funcție de vârsta și gradul său de maturitate,
- prioritatea menținerii relațiilor familiale, inclusiv plasarea împreună a copiilor din aceeași familie, în cazul în care nu este posibil ca aceștia să rămână cu părinții biologici,
- oportunitatea creșterii în continuare a copilului în mediul său etnic, religios, cultural și lingvistic,
- obligativitatea acordării protecției și asistenței sociale în cazul în care un copil se află în dificultate,
- necesitatea păstrării în strictă confidențialitate a informației cu privire la copil și familia sa.

Comisia respectivă trebuie să colaboreze cu Comisia Medico-Psihologo-Pedagogică în cazul copiilor cu disabilități și cu alte organe cu responsabilități în domeniul protecției copilului. Asistentul

¹³ Hotărârea Guvernului nr.1177 cu privire la instituirea Comisiei pentru protecția copilului aflat în dificultate și aprobarea Regulamentului-cadru de activitate a acesteia din 31.10.2007.

social din comunitatea din care este copilul și familia sa, efectuează o evaluare complexă și întocmește planul individual de protecție a copilului.

Activitatea acestor comisii este diferită în raioanele în care s-a realizat studiul. De exemplu, în raionul Ungheni această comisie funcționează eficient, membrii comisiei întrunindu-se o dată la două săptămâni, iar în situații excepționale și mai frecvent. Cel mai frecvent, cazurile care intră în atenția comisiei vin din partea asistenților sociali, au fost însă cazuri când lucrătorii medicali, profesorii, vecinii au venit cu adresări. În anul 2009 în cadrul comisiei au fost analizate și 2 cazuri a copiilor cu dizabilități.

La Șoldănești însă această comisie de la înființare și până în luna martie 2009 s-a întrunit o singură dată în anul 2008 – „*până în prezent am cercetat un singur caz*” și atunci s-a luat decizia de instituționalizare a copilului (reprezentant al Comisiei raionale pentru protecția copilului în dificultate, Șoldănești).

La Comrat membrul comisiei ne-au anunțat că comisia se întrunește „*nu atât de des...De multe ori soluționăm problemele prin comunicarea telefonică*” (reprezentant al Comisiei raionale pentru protecția copilului în dificultate, Comrat).

Factorii care afectează negativ funcționalitatea și eficiența comisiei, în viziunea intervievaților, sunt: multitudinea de comisii și responsabilitățile și lucrul la locul de bază, întrucât unii membri ai comisiei nominalizate sunt membri și în celelalte comisii.

Datele colectate, ne permit să constatăm că activitatea comisiilor nominalizate depinde în mare măsură de cine sunt membrii comisiei, dorința personală a acestor membri de ași aduce contribuția la schimbarea situației copiilor cu dizabilități din republică.

4.5. Conlucrarea dintre comisiile ce prestează servicii sociale copiilor cu dizabilități

Comisiile analizate în studiul de față reprezintă organe consultative care adoptă decizii importante în ceea ce privește acordarea serviciilor pentru copii cu dizabilități. Respectiv, între aceste comisii trebuie să existe o conlucrare reciprocă eficientă în scopul soluționării problemelor cu care se confruntă copii cu dizabilități.

Cercetând însă modul de interacțiune și colaborare a membrilor acestor comisii am constatat că acesta, de cele mai multe ori este nesatisfăcătoare. Există, spre exemplu, o mică conlucrare între membrii Consiliului Medical Consultativ și membrii Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice la Comrat. Unii membri ai consiliul participă la luarea deciziei Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice, pronunțându-se dacă copilul cu o anumită maladie poate merge la școală sau este mai preferabilă forma de instruire la domiciliu.

La Șoldănești s-a atestat o conlucrare fructuoasă a membrilor Consiliului Medical Consultativ cu Secția de Asistență Socială și Protecție a Familiei și alta mai defectuoasă cu Comisia Medico-Psiho-Pedagogică.

La Ungheni membrii Consiliului nu colaborează cu membrii Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice – „*nu am avut nici o conlucrare de când activez...Conlucrăm cu „Casa pentru Toți”, avem seminare și conferințe. Conlucrăm cu Centrele de tineret – le citim lecții, în rest – nu știu*” (Membru a Consiliului Medical Consultativ, Ungheni).

Semnălm, în baza studiului, necesitatea de colaborare între membrii comisiilor pentru a servi interesul superior a copiilor cu dizabilități.

4.6. Serviciile de stat oferite în cadrul instituțiilor rezidențiale

Serviciile rezidențiale pentru copii, inclusiv cu dizabilități, sunt oferite prin intermediul instituțiilor de stat subordonate Ministerului Educației și Tineretului, Ministerului Protecției Sociale, Familiei și Copilului și Ministerului Sănătății.

Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului este responsabil de activitatea caselor internat pentru copii cu dizabilități psihofizice severe (paralizie cerebrală infantilă, epilepsie, retard mintal mediu și sever etc.), unde copiii beneficiază de **îngrijire, întreținere și asistență medicală**. Aceste instituții acordă asistență copiilor în vârstă de 4-18 ani. În subordinea ministerului intră 2 instituții: Casa internat pentru copii cu deficiențe mintale din or. Orhei, pentru băieți, cu o capacitate de 332 de locuri și Casa internat pentru copii cu deficiențe mintale din or. Hâncești, pentru fete, cu o capacitate de 343 locuri.

Ministerul Sănătății este responsabil și curează activitatea caselor specializate pentru copii în vârstă de 0-6 ani cu diverse maladii și deficiențe psiho-fizice, orfani sau abandonati. În subordinea acestui minister se află 2 instituții: Centrul de Plasament și Reabilitare a Copiilor de Vârstă Fragedă din mun. Chișinău și Centrul de Plasament și Reabilitare pentru copii din mun. Bălți.

În subordinea **Ministerului Educației și Tineretului** sunt instituțiile de tip internat pentru copii orfani, rămași fără îngrijirea părinților, copii cu boli cronice, cu deficiențe motorii, senzoriale și mintale pentru copii cu diverse anomalii în dezvoltarea fizică și psihică. În responsabilitatea acestui minister se află 63 de instituții (a se vedea Figura 7. Instituțiile de îngrijire și educație a copiilor aflați în dificultate aflate în subordinea Ministerului Educației și Tineretului), unde sunt îngrijiți și educați circa 11 556 copii de vârstă de 6-17 ani care beneficiază de **întreținere, educație și recuperare**.

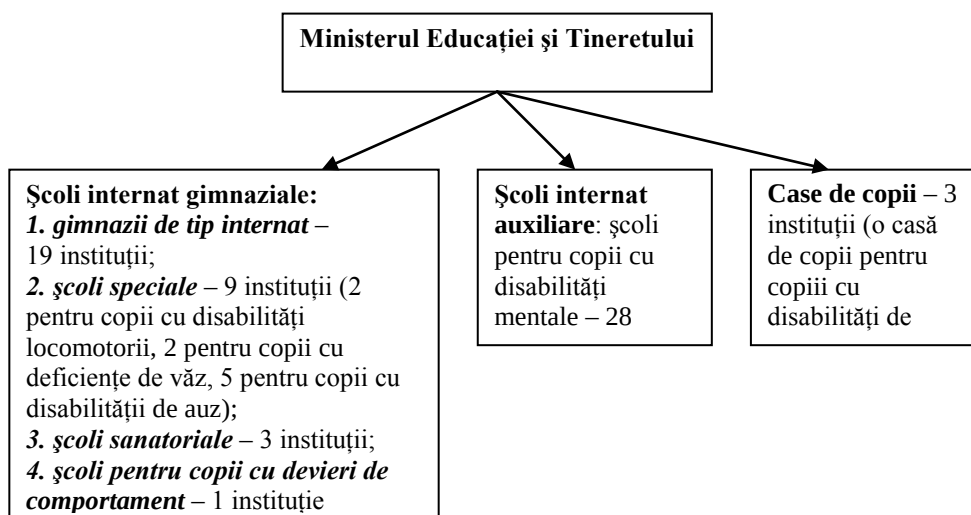
Astfel, în subordinea Ministerului se află următoarele instituții ce prestează servicii pentru 5452 copii cu dizabilități:

- **9 școli speciale pentru copii cu dizabilități:**
 - **5 școli speciale și o casă de copii pentru copiii cu dizabilități de auz** cu un contingent de 612 elevi. Obiectivul principal al acestor instituții se axează pe dezvoltarea percepției auditive, formarea și dezvoltarea vorbirii și integrarea copiilor în societate.
 - **2 școli speciale pentru copii cu dizabilități locomotorii** sunt îngrijiți și educați 367 de elevi. Obiectivul prioritar al acestor școli constă în recuperarea deficiențelor fizice și pregătirea copiilor pentru ingerarea în societate.
 - **2 școli speciale pentru copiii cu dizabilități de vedere** cu un contingent de 259 elevi. Obiectivul de bază al acestor instituții urmărește recuperarea deficiențelor de vâz, formarea deprinderilor de orientare în spațiu și pregătirea elevilor pentru integrarea socială.
- **3 școli sanatoriale:**
 - **2 școli pentru copii cu boli neuropsihice;**
 - **1 școală pentru copii cu boli cardiovasculare.** Aceste instituții au ca obiectiv prioritar tratamentul maladiilor nominalizate, capacitatea lor fiind de 670 de locuri anual.
 - **28 școli auxiliare pentru copiii cu dizabilități mintale.** Aceste școli reprezintă cel mai mare grup de instituții rezidențiale în care se realizează educarea și corecția dezvoltării copiilor cu dizabilități intelectuale lejere și medii. Numărul copiilor în aceste instituții este de 3544 elevi. Școlile auxiliare au în calitate de obiectiv recuperarea deficiențelor psihofizice, pregătirea elevilor pentru activitatea de muncă și integrarea în comunitate.

Intrarea copilului într-o anumită instituție se face în baza unor acte eliberate de diferite instanțe. Spre exemplu: în Casele de Copii a Ministerului Protecției Sociale, Familiei și Copilului în urma consultațiilor oferite de Comisia pentru Protecția Copilului aflat în dificultate, iar în școlile speciale din Subordinea Ministerului Educației și Tineretului în baza consultațiilor oferite de Comisiile Medico-Psiho-Pedagogice raionale sau cea Republicană și a organelor subordonate acestui minister.

Figura 7.

**Instituțiile de îngrijire și educație a copiilor aflați în dificultate aflate în subordinea
Ministerului Educației și Tineretului**



În raioanele în care s-a desfășurat studiul funcționează 2 școli internat auxiliare pentru copii cu deficiențe.

În s.Congaz din UTAG funcționează o **școală auxiliară pentru copiii cu deficiențe mintale**. Școala a fost înființată în anul 1969. Actualmente în școală se instruiesc 150 de copii.

Colectivul pedagogic este format din 30 de pedagogi (15 învățători și 15 educatori) cu experiență bogată în acest domeniu. Personalul trece cursuri de perfecționare la Universitatea Pedagogică „I.Creangă”. Oricum, însă ei au menționat că au nevoie de cursuri în domeniul psihologiei copilului cu reținere în dezvoltarea mintală.

Numărul de elevi în clase variază de la 14 la 22 persoane. Pe lângă studiile primare, elevii capătă unele deprinderi de muncă întrucât ei participă la activități agricole, croitorie etc. La finisarea studiilor, elevii primesc atestat de absolvire a școlii auxiliare și au posibilitatea să-și continue studiile în școlile de meserii.

Copii sunt admiși în școală în baza deciziei Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice. Școala colaborează cu Comisia medico-psiho-pedagogică raională care examinează copii în vârstă de 7-11 ani care au probleme în dezvoltare. Începând cu vârsta de 7 ani copii sunt îndreptați în această instituție. Copii mai mari de 11 ani sunt examinați de către Comisia Medico-Psiho-Pedagogică republicană. Specialiștii din cadrul instituției au relatat că membrii comisiei nominalizate sunt specialiști de înaltă calificare și nu fac greșeli în diagnosticarea copiilor – „în decurs de 40 de ani de experiență nu au fost cazuri ca comisia să greșească diagnoza” (managerul școlii speciale, s.Congaz).

Totuși, intervievații au recunoscut că uneori în aceste școli sunt plasați copii care nu au probleme în dezvoltare „mulți copii nimeresc la noi din familii complicate” (managerul școlii speciale, s.Congaz).

Există relații de colaborare între școala specială și școlile de cultură generală din raion – „se adresează profesorii, directorii din școlile obișnuite pentru a cunoaște cum se lucrează cu această categorie de elevi” (Educator-defectolog, s.Congaz, experiență în activitatea cu acești copii de 39 de ani).

Membrii colectivului școlii speciale sunt împotriva înscrierii copiilor cu dizabilități în grădinițe/școli obișnuite – „categoric împotriva”. Ei explică acest fapt prin programele școlare complicate care nu sunt accesibile copiilor cu cerințe educative speciale – „copilul trebuie să învețe acasă mai mult decât la școală” (Educator-defectolog, s.Congaz). În viziunea reprezentanților acestor școli s-ar produce erori dacă copii cu probleme în dezvoltare ar merge la școlile obișnuite, întrucât unii copii care au frecventat școala obișnuită atunci când au venit în școala specială „nu puteau deschide gura din cauza că au fost intimidați în școlile obișnuite”, „copii nu se vor integra în acele colective...ei vor fi priviți ca copii nenormali” (managerul școlii speciale din S.Congaz).

Personalul instituției mai conlucrează cu Comisia pentru Protecția Drepturilor copilului care ajută la întoarcerea copiilor în familii după absolvirea școlii.

Specialiștii se mândresc cu unii absolvenți ai școlii. Ei ne-au relatat exemple reușite când absolvenții s-au integrat cu succes în societate după absolvirea școlii:

- „avem fete la colegiul pedagogic, băieți la colegiul de muzică” (managerul școlii speciale, s.Congaz).
- „am avut un elev din familie vulnerabilă, acum este directorul unei companii de construcții” (Educator-defectolog, s.Congaz).

Școala auxiliară pentru copii cu deficiențe mintale din s.Sculeni, raionul Ungheni a fost deschisă în anul 1970. Actualmente numărul copiilor înscriși în această școală este de 89 persoane (81 copii cu retard mintal ușor și 8 copii cu retard mintal moderat).

Echipa de specialiști include 10 pedagogi pentru orele școlare, 10 educatori, 2 defectologi, 1 soră medicală. În cadrul școlii sunt necesari următorii specialiști: psiholog, logoped, psiho-pedagog, asistent social.

Din numărul total de 89 de copii, doar 20 în zilele de odihnă pleacă acasă, ceilalți își petrec timpul în cadrul instituției fiind implicați în activități de lectură, croșetat etc. Legătura cu marea majoritate a părinților se menține prin intermediul legăturii telefonice, adunarea părinților fiind convocată o dată în an.

Managerul instituției ne-a relatat că din experiența pe care o posedă (6 ani manager a instituției) cunoaște doar 2 cazuri când Comisia Medico-Psiho-Pedagogică a greșit diagnosticul la doi copii care aveau întârziere intelectuală, acordându-le - retard intelectual ușor.

Managerul instituției ne-a comunicat intenția Ministerului Educației și Tineretului de a schimba statutul acestei școli din școală auxiliară în Centru Rezidențial de Orientare Profesională, în care copiii cu dizabilități vor putea învăța și căpăta o profesie (tâmplar, croitor, frizer). Actualmente, în acest scop Ministerul implementează un proiect pilot.

Situația copiilor în școala specială de la Sculeni este mai dificilă decât a celor din s.Congaz. Managerul instituției a relatat că în ultimii ani nu au avut nici un copil care după absolvirea instituției să-și continue studiile la liceu sau să îmbrățișeze vre-o profesie.

Evaluările copiilor cu dizabilități din cadrul școlilor speciale sunt realizate doar de comisii din afara instituției. La Sculeni, o comisie a Ministerului Protecției Familiei și Copilului a analizat recent diagnozele copiilor. Ei au semnalat – „*cel puțin jumătate din copii nu trebuie să studieze în cadrul acestei școli*” (Managerul școlii speciale s.Sculeni). În același timp, factorii care determină menținerea acestor copii în instituții sunt condițiile din familii – „*să vedeți ce familii au...aici cel puțin sunt îngrijiți, acasă însă mama și tata beau și nimeni nu are grijă de ei*”.

Profesorii semnalează progresele copiilor în cadrul instituției – „*unii copii când îi aduc la noi, nici nu pot vorbi... apoi putem observa careva rezultate*”.

Constatăm, că trebuie operate schimbări în ceea ce privește instruirea copiilor cu deficiențe intelectuale în școlile speciale. Încadrarea acestor copii în școlile de cultură generală ar fi mult mai benefică pentru copii și ar determina economisirea unor resurse financiare care ar putea fi direcționate spre dezvoltarea serviciilor pentru copiii cu dizabilități la nivel comunitar. De asemenea, reorganizarea sistemului ar contribui și la responsabilizarea părinților și implicarea acestora în educarea propriilor copii.

4.7. Serviciile sociale oferite copiilor cu dizabilități de ONG-uri în parteneriat cu APL

Pentru a cunoaște serviciile oferite de sectorul neguvernamental pentru copii cu dizabilități s-a discutat cu reprezentanții Secțiilor de Asistență socială și Protecție a Familiei și reprezentanții sectorului neguvernamental care prestează servicii pentru această categorie de beneficiari. În anul 2008 în Republica Moldova domeniul protecției familiilor cu copii cu dizabilități activau 30 de centre (35% din totalul centrelor) dintre care 25 centre de zi, 1 centru de plasament și 4 centre de reabilitare. De serviciile acestor centre beneficiau 680 de copii cu dizabilități (598 în centrele de zi, 18 în centrul de plasament, 64 în centrele de reabilitare). Personalul care asigură serviciile în cadrul acestor instituții constituia 283 unități.

ONG-le oferă un sprijin deosebit instituțiilor de stat atât în ceea ce privește evidența copiilor, dar și oferirea unor ajutoare.

În raionul Ungheni am constatat existența a două organizații ce oferă servicii pentru copii cu dizabilități:

Centrul de servicii comunitare pentru copiii în situații de risc „Casa pentru toți” (2002), Ungheni a fost deschis cu sprijinul FISM și primăriei. Centrul oferă servicii pentru mai multe categorii de copii – copii cu dizabilități fizice și mintale, copii cu insucces școlar și copii din familii vulnerabile. Echipa de specialiști include 12 membri (17 unități) și oferă servicii pentru 58 de copii în vârstă de 3-18 ani din orașul Ungheni. Fiecarui copil în urma evaluării de către echipa interdisciplinară i se alcătuieste un program individual de intervenție. Experiența acumulată în cei peste 6 ani de activitate, a convins specialiștii că este important ca la planificarea programului individual al copilului să participe și părinții pentru ca ei să cunoască în ce activități este implicat copilul și ce activități trebuie să realizeze la domiciliu. Programul individual de intervenție se monitorizează de către pedagogul social pe parcurs, iar după 3 luni de zile se discută alcătuirea unui nou plan în baza succeselor obținute.

În cadrul centrului „Casa pentru toți” se oferă un spectru destul de larg de servicii pentru beneficiari: servicii logopedice (prestate copiilor din cadrul centrului, dar și la 16 copii din grădinițele și școlile primare din orașul Ungheni), servicii de kinetoterapie, servicii educaționale, servicii psihologice, servicii de instruire a părinților (Clubul părinților), servicii de recreare (sală de calculatoare pentru activitățile în ore libere a copiilor), servicii de transport (pentru copii cu dizabilități fizice), servicii care să faciliteze integrarea școlară a copiilor, servicii care să faciliteze dezinstituționalizarea și reintegrarea copiilor în familie (2 cazuri de reintegrare în familie), servicii care să faciliteze integrarea beneficiarilor care au împlinit 18 ani în câmpul muncii (doar 8 persoane care au împlinit 18 ani stau acasă).

Forma de selectare a copiilor în centru este diversă: îndreptările medicului de familie, medicului neurolog, decizia Secției de Asistență Socială, decizia primăriei, adresările părinților direct la centru. În cazul când beneficiarii se adresează singuri, asistentul social face o evaluare a familiei, iar consiliul de administrare a centrului decide dacă copilul va beneficia de serviciile centrului.

Există foarte multe cereri, centrul neavând posibilitatea să le satisfacă pe toate.

Copiii beneficiază de serviciile centrului 5 zile pe săptămână. Centrul este bine echipat și se află la gestiunea APL, fiind susținut și de agenții economici din localitate.

Specialiștii centrului au beneficiat de perfecționări la Institutul de Științe ale Educației, marea majoritate posedă grad didactic. Însă, în cadrul instruirii în această instituție nu se pune accentul pe lucrul cu copiii cu dizabilități. Astfel, instruirile în ceea ce privește lucrul cu această categorie de copii s-a realizat la deschiderea centrului de către FISM, iar ulterior de către Asociația ACASA. Managerul centrului a semnalat necesitatea perfecționării atât a specialiștilor centrului, cât și a personalului tehnic în ceea ce privește comunicarea și formarea unor abilități de lucru cu copii cu dizabilități.

La Ungheni familiile care au copii cu dizabilități sunt unite și prin intermediul **Asociației obștești „Poarta Deschisă” (2003)** care are drept scop apărarea drepturilor copiilor cu dizabilități. Această asociație oferă servicii de informare pentru părinții ce au copii cu dizabilități, servicii de integrare socială a acestor copii în societate, asistență socială. La evidența organizației se află 80 de copii cu dizabilități cu vârstă cuprinsă între 4-16 ani (20 copii în vârstă de 4-6 ani și 60 copii – 7-16 ani). Printre activitățile importante ale organizației se enumeră organizarea seminarelor de instruire a părinților în domeniul kinetoterapiei la Iași. Organizația desfășoară diverse activități de integrare socială a copiilor cu dizabilități în societate și ajută familiile să obțină ajutoare din partea Consiliului raional și a agenților economici.

În raionul Șoldănești, există un singur centru ce oferă servicii copiilor cu dizabilități - **Centrul de servicii comunitare pentru copiii în situații de risc „Păcurașii” (2001), s.Cotiujenii Mari, raionul Șoldănești**, deschis în baza organizației de femei „Mesia”. Centrul oferă servicii sociale pentru copiii cu dizabilități și copii din familii vulnerabile. Echipa centrului este formată din 4 specialiști și oferă servicii pentru 30 de beneficiari din satul Cotiujenii Mari. În prezent, 10 beneficiari ai centrului au grad de invaliditate, iar 8 copii trebuie să-și obțină acest grad. Factorii principali că 8 copii nu și-au primit gradul de invaliditate sunt lipsa resurselor financiare și timpului din partea părinților pentru a însoți copilul în procesul de stabilire a diagnosticului. Există și câteva cazuri când și părinții sunt bolnavi și nici ei nu merg pentru a trece un control medical.

În viziunea managerului centrului, procedura de obținere a gradului de invaliditate a copilului este una complicată și destul de anevoioasă și cere cheltuieli financiare (aproximativ 1500 de lei) pe care părinții nu le au. Plus la aceasta, părinții întâmpină dificultăți în a merge cu copii în transportul comun – „unii varsă, alții strigă...șoferii refuză să-i transporte”.

Managerul centrului ne-a comunicat că a explicat avantajele stabilirii copiilor a gradului de invaliditate pentru părinți, dar unii din ei nu au resurse financiare, alții „din motive de mândrie, aroganță nu doresc să oficializeze acest lucru”.

Copii devin beneficiari ai centrului în urma unei cereri din partea părinților. Aceste cereri sunt examinate de către echipa de specialiști care decide cine va frecventa centrul. În primul rând, la centru sunt admiși copii cu dizabilități, iar ulterior în funcție de situația familială copii în situații de risc. Serviciile de care beneficiază copii în centru sunt: serviciile educaționale, serviciile de kinetoterapie, serviciile psihologice, serviciile de instruire a părinților, serviciile de recreare. Evaluarea copiilor cu dizabilități se face o dată în an.

Unii specialiști ai centrului au beneficiat de instruirii oferite de Asociația ACASA care le ajută destul de mult în activitatea pe care o desfășoară, întrucât nu au avut experiență în lucrul cu copii cu dizabilități.

Centrul se află la gestiunea Consiliului raional care achită serviciile comunale, alimentația copiilor și salarizarea personalului.

Printre dificultățile financiare cu care se confruntă conducerea centrului se include necesitatea de medicamente pentru copii cu epilepsie. De asemenea, probleme, dar și posibilități de îmbunătățire a activității centrului în ceea ce privește lucrul cu părinții (relația specialiști-părinți). Specialiștii care activează au menționat că întâmpină dificultăți în relaționarea cu unii părinți – „foarte puțin părinți se interesează despre progresele copiilor. Unii însă aduc copiii nespălați și flămânzi” (Pedagog, Centrul „Păcurașii”, Cotiujeții Mari) .

Au mai fost semnalate în centrul „Păcurașii” și necesități de personal. În timp ce managerul centrului susține că are nevoie de un psiholog, specialiștii au argumentat necesitatea unui medic „să ni se prezinte specificul la fiecare boală de care suferă copilul”.

În orașul Comrat funcționează **Centru de reabilitare pentru copii cu nevoi speciale „Fidanjik” (2002)**, care a fost deschis cu sprijinul FISM, primăriei și Asociației Femeilor din Găgăuzia. Centrul oferă servicii de reabilitare pentru copii cu dizabilități în vârstă de 7-18 ani. În centru activează 12 specialiști care oferă servicii pentru 25 de copii cu dizabilități.

Serviciile oferite în cadrul centrului cuprind: servicii educaționale, servicii psihologice, servicii logopedice, servicii de kinetoterapie, servicii de instruire a părinților, servicii de recreare.

Pentru fiecare copil, echipa de specialiști efectuează un diagnostic și elaborează un program individual care este revăzut după o perioadă de 3 luni.

Specialiștii au beneficiat de instruirii din partea Asociației „Motivație”, Asociației ACASA, Centrului „Voinicel” și de schimb de experiențe în cadrul acestor centre și în unele centre ce prestează servicii pentru copii cu dizabilități în Polonia, România, Țările Baltice.

Centrul este finanțat de primăria din mun.Comrat. Managerul centrului ne-a comunicat că colaborează cu Consiliul Medical Consultativ și Comisia Raională pentru protecția copilului aflat în dificultate din Comrat. Cel mai frecvent, copii care primesc gradul de invaliditate sunt direcționați de la Consiliul Medical Consultativ spre Centrul „Fidanjik” ca să beneficieze de servicii.

Managerul centrului a menționat că nu colaborează cu Comisia Medico-Psiho-Pedagogică deoarece ei nu au nimic în comun cu aceasta, întrucât această comisie are ca beneficiari direcți copiii care pot fi incluși în sistemul de învățământ general.

Printre dificultățile cu care se confruntă în procesul de muncă, specialiștii acestui centru au indicat lipsa unor programe de lucru pentru copiii cu dizabilități, metodici speciale. Respectiv, ei se ocupă de traducerea materialelor existente în acest domeniu din străinătate. Astfel, o parte din activități, acești specialiști le direcționează spre elaborarea materialelor metodice pentru părinți cu scopul instruirii acestora, ridicării gradului de activism și participare al acestora la reabilitarea copilului. Ei însă recunosc că au succese modeste la acest capitol – „îi punem să scrie în caiete ce să facă și cum ca să continue activitățile acasă, însă ajungând acasă uită de tot și nu se ocupă cu copiii” (Managerul Centrului Fidanjik).

În toate centrele de servicii vizitate se elaborează planuri individuale de intervenție pentru copii cu dizabilități. În centrele „Casa pentru Toți” și „Fidanjik” aceste planuri se revăd 1 dată în 3 luni, în centrul „Păcurașii” 1 dată în an.

În alcătuirea planului de intervenție se pornește de la cunoașterea copilului și evaluarea nivelului său de dezvoltare. Instrumentele care se utilizează în acest scop sunt: rezultatele evaluării psihologice,

grile/teste de evaluare a dezvoltării, observația. Abia după aceasta se stabilesc obiectivele, modalitățile concrete de intervenție a membrilor echipei pluridisciplinare prin care se operaționalizează obiectivele. Este reușită experiența centrului „Casa pentru toți” care în procesul de elaborare a planului individual de intervenție invită și părinții și stabilește sarcini concrete prin care aceștia se implică alături de specialiștii echipei pluridisciplinare.

În centre se desfășoară activități pentru a promova incluziunea socială - *„în primul an de activitate a centrului, mulți părinți credeau că copiii care merg la centru sunt debili. Apoi, după ce am ieșit cu concerte la școală și-au schimbat părerea”* (Manager centru, s.Cotiujenii Mari). Managerii centrelor au nominalizat că inițial au existat careva îndoeli, probleme când organizau întâlniri a copiilor cu dizabilități cu semenii lor din școlile de cultură generală - *„copiii erau sceptici, se temeau, dar ulterior s-au împrietenit”*. Uneori specialiștii centrelor au reușit să sensibilizeze și oamenii maturi care au ajutat financiar unele familii ce îngrijesc copii cu dizabilități.

Principalele constatări referitoare la serviciile prestate copiilor cu dizabilități:

1. Secțiile de Asistență Socială și Protecția Familiei nu au resurse financiare pentru a dezvolta și menține servicii sociale care să faciliteze integrarea socială a copiilor cu dizabilități. Totuși, unele APL înțeleg necesitatea serviciilor sociale alternative celor rezidențiale și finanțează servicii la nivel de comunitate pentru persoanele cu dizabilități, inclusiv copii cu dizabilități. Spre exemplu: Consiliul raional Ungheni în colaborare cu Secția de Asistență Socială și Protecție a Familiei a inițiat și menține serviciul de îngrijire personală la domiciliu a persoanelor ținute la pat.

2. În Republica Moldova este prezentă necesitatea de a studia metodele de evaluare a funcționalității dizabilității conform Clasificatorului Internațional al Funcționalității, întrucât acest clasificator permite abordarea dizabilității din diverse perspective în baza unui proces interactiv și în continuă evoluție.

3. În regim de urgență trebuie revăzut Regulamentul de funcționare a Comisiilor Medico-Psiho-Pedagogice. Nu în ultimul rând, aceste comisii trebuie să dispună de spații amenajate și teste standardizate pentru diagnosticarea copiilor cu dizabilități.

4. Comisia pentru Protecția Copilului aflat în dificultate este utilă și necesară la nivel de raion, însă trebuie asigurată funcționalitatea acesteia.

5. Conlucrarea între membrii comisiilor existente la nivel de raion este extrem de precară, în unele cazuri lipsește cu desăvârșire.

6. Școlile internat auxiliare (28 de instituții la nivel de republică) oferă servicii rezidențiale pentru copii cu deficiențe mintale lejere, numărul copiilor cu deficiențe medii fiind redus. Spre exemplu: numărul copiilor din școlile auxiliare din s.Congaz, UTA și s.Sculeni, raionul Ungheni este de 239 de copii, doar 9 copii având deficiențe mintale medii.

7. Centrele comunitare care oferă servicii pentru copiii cu dizabilități existente actualmente la nivel local sunt insuficiente pentru cuprinderea tuturor copiilor care au nevoie de asemenea servicii. Deschiderea unor mini-centre comunitare în localitățile rurale va permite integrarea socială a copiilor cu deficiențe intelectuale lejere. Prezența serviciilor nominalizate va permite menținerea copiilor cu dizabilități în cadrul familiei și în cadrul școlilor de cultură generală.

Tabelul 2.

Servicii oferite pentru copii cu dizabilități în raioanele Ungheni, Șoldănești și mun.Comrat

	Instituția	Tipul de servicii	Aria de acoperire	Numărul de beneficiari, anual	Necesități de personal
Raionul Ungheni					
1.	Secția Asistență Socială și Protecția Familiei	Servicii de informare privind drepturile copiilor/familiilor cu dizabilități	Copii din raionul Ungheni	502 copii în vârstă de 0-18 ani	Asistenți sociali comunitari
2.	Consiliul Medical Consultativ	Servicii de diagnosticare medicală și stabilirea gradului de severitate/invaliditate	Copii din raionul Ungheni	502 copii în vârstă de 0-18 ani	-
3.	Comisia Medico-Psiho-Pedagogică	Servicii de diagnosticare a nivelului de dezvoltare a copiilor	Copii din raionul Ungheni	50-70 copii în vârstă de 5-12 ani	-
4.	Comisia pentru protecția Copilului aflat în dificultate	Servicii de protecție a copiilor în situații de risc	Copii din raionul Ungheni	5-10 copii în vârstă de 0-18 ani	-
5.	Școala auxiliară pentru copii cu dizabilități mintale din s.Sculeni	Servicii de educație și corecție a dezvoltării, servicii de orientare profesională	Copii din raionul Ungheni	89 copii în vârstă 7-16 ani	-
6.	Centrul de servicii comunitare pentru copiii în situații de risc „Casa pentru toți” 12 specialiști (17 unități)	Servicii logopedice, terapie ocupațională, kinetoterapie, pedagogice, psihologice, meloterapie, etc.	Copii din orașul Ungheni	58 de copii în vârstă de 3-18 ani	1 asistent medical
7.	Organizația obștească „Poarta deschisă” 1 specialist	Servicii de informare, integrare socială a copiilor în societate, asistență socială	Copii din orașul Ungheni și satele din apropiere	80 de copii în vârstă de 4-16 ani	-
Raionul Șoldănești					
1.	Secția Asistență Socială și Protecția Familiei	Servicii de informare privind drepturile copiilor/familiilor cu dizabilități	Copii din raionul Șoldănești	232 copii în vârstă de 0-18 ani	Asistenți sociali comunitari

2.	Consiliul Medical Consultativ	Servicii de diagnosticare medicală și stabilirea gradului de severitate/invaliditate	Copii din raionul Șoldănești	232 copii în vârstă de 0-18 ani	-
3.	Comisia Medico-Psiho-Pedagogică	Servicii de diagnosticare a nivelului de dezvoltare a copiilor	Copii din raionul Șoldănești	30-40 copii în vârstă de 5-12 ani	-
4.	Comisia pentru protecția Copilului aflat în dificultate	Servicii de protecție a copiilor în situații de risc	Copii din raionul Șoldănești	-	-
5.	Centrul de servicii comunitare pentru copiii în situații de risc „Păcurașii” 4 specialiști	Servicii educaționale, servicii de kinetoterapie, servicii de instruire a părinților, servicii de recreare.	Copii din s.Cotuienii Mari	30 copii în vârstă de 4 -18 ani	1 psiholog
mun. Comrat					
1.	Secția Asistență Socială și Protecția Familiei	Servicii de informare privind drepturile copiilor/familiilor cu dizabilități	Copii din UTAG	372 copii în vârstă de 0-18 ani	Asistenți sociali comunitari
2.	Consiliul Medical Consultativ	Servicii de diagnosticare medicală și stabilirea gradului de severitate/invaliditate	Copii din UTAG	372 copii în vârstă de 0-18 ani	-
3.	Comisia Medico-Psiho-Pedagogică	Servicii de diagnosticare a nivelului de dezvoltare a copiilor	Copii din UTAG	90-100 copii în vârstă de 5-12 ani	-
4.	Comisia pentru protecția Copilului aflat în dificultate	Servicii de protecție a copiilor în situații de risc	Copii din UTAG	5 copii în vârstă de 0-18 ani	-
5.	Școala auxiliară pentru copii cu deficiențe mintale din s.Congaz	Servicii de educație și corecție a dezvoltării	Copii din UTAG	150 copii	-
6.	Centru de reabilitare pentru copii cu nevoi speciale „Fidanjik” 12 specialiști	Servicii educaționale, servicii psihologice, servicii logopedice, servicii de kinetoterapie, servicii de instruire a părinților, servicii de recreare.	Copii din or.Comrat	25 copii în vârstă de 7-18 ani	1 medic

V. EFICIENȚA ÎNSCRIERII COPIILOR CU DISABILITĂȚI ÎN GRĂDINIȚELE/ȘCOLILE GENERALE ȘI SPECIALE

5.1. Gradul de eficiență al înscrierii copiilor cu dizabilități în grădinițele/școlile generale

Înscrierea copiilor cu dizabilități în școlile generale are la bază principiul incluziunii. Acest principiu se bazează pe extinderea drepturilor omului în vederea asigurării egalității șanselor printr-o discriminare pozitivă a persoanelor cu dizabilități.

Incluziunea se referă la faptul că oricine, indiferent de deficiența sau de dificultățile pe care le întâmpină în învățare, trebuie tratat ca un membru al societății, iar diversele servicii speciale de care are nevoie trebuie furnizate în cadrul serviciilor sociale, educaționale, medicale etc. Incluziunea este un concept mai larg, care se referă atât la integrarea copilului cu dizabilități în sistemul educațional, cât și a celui comunitar, în ansamblul său. Aceasta înseamnă că copilul trebuie să fie membru deplin în clasa cu elevi de vârstă apropiată, în școala locală, făcând aceleași lecții ca și ceilalți elevi. În afară de aceasta, că copilul cu dizabilități are prieteni cu care-și petrece timpul liber și care-l ajută să fie pe deplin inclus în viața comunității.

În Republica Moldova avem cazuri unice când putem vorbi de incluziune a copiilor cu dizabilități. Frecvent, copiii se înscriu pentru a frecventa școlile generale, dar nu sunt acceptați de o parte din colegii de clasă, de unii profesori, fiind chiar blamați de o parte din membrii comunității. Nu în ultimul rând, un obstacol este infrastructura neadaptată, clădirile școlilor inaccesibile din punct de vedere al deplasării pentru copii cu dizabilități.

Participanții la studiu au indicat următoarele **aspecte pozitive ale înscrierii copiilor cu dizabilități în școlile generale**:

- Integrarea copiilor cu dizabilități în grădinițele și școlile de masă, are efecte benefice asupra ambelor categorii de copii: cei cu dizabilități nu sunt lăsați singuri, iar ceilalți copii învață cum să se comporte cu copii ce necesită ajutor;
- Comunicarea și educarea toleranței.

Însă ca procesul de integrare să fie unul cu succes el trebuie început de la vârste mici.

Aspecte negative ale înscrierii copiilor cu dizabilități în grădinițele/școlile generale cuprind:

- Lipsa condițiilor fizice - adaptarea clădirilor, spațiilor publice, mijloacelor de transport pentru acești copii;
- Riscul sporit al unor traume;
- Lipsa unor specialiști la nivel de instituții de învățământ care să faciliteze integrarea școlară (trebuie introdusă unitatea de asistent social în școli);
- Lipsa unor programe de învățământ individualizate, adaptate nevoilor copiilor cu dizabilități.

5.2. Gradul de eficiență al înscrierii copiilor cu dizabilități în școlile speciale

Specialiștii instituțiilor auxiliare au indicat următoarele **aspecte pozitive ale înscrierii copiilor cu dizabilități în școli speciale**. Acestea includ:

- Prezența unor programe speciale mai simpliste;
- Posibilitatea de a utiliza planuri individualizate pentru fiecare copil;
- Asigurarea procesului de școlarizare, întrucât unii părinți nu permit copiilor să frecventeze școala.

În același timp, specialiștii intervievați au indicat că practica de plasare a copiilor în instituțiile speciale ia amploare datorită fenomenului de migrațiune a părinților la muncă peste hotare. Părinții plasează acești copii în școlile speciale pentru că cineva să aibă grijă de ei.

Instruirea la domiciliu nu oferă ceea ce poate oferi școala de cultură generală. Acest tip de instruire nu asigură procesul de comunicare și nici cel de interacțiune cu copiii de aceeași vârstă.

Unii intervievați care activează în domeniul protecției drepturilor copiilor nu cunosc conceptul de școală incluzivă, aceasta fiind înțeleasă ca școală specială în care merg copii cu dizabilități. Respectiv, ei nu consideră că copiii din aceste instituții speciale sunt izolați de societate. O parte din ei sunt adepți la aceea că copii cu dizabilități trebuie să învețe în școli speciale, motivând această credință prin faptul

că copii cu dizabilități se vor simți incomod în școala de cultură generală, deoarece copiii sănătoși vor avea o atitudine neadecvată față de ei și aceasta i-ar putea afecta psihic și chiar fizic.

Există greșeli de includere a copiilor sănătoși în școlile speciale „*la noi, în școala din Congaz unde învață copiii cu probleme mintale, mai nimeresc și copii cu situație financiară grea*” (reprezentant al Comisiei raionale pentru Protecția Copilului aflat în dificultate, Comrat).

Constatăm, astfel că **factorii care ar putea contribui la incluziunea socială, inclusiv școlară a copiilor cu dizabilități** sunt:

- profesorii,
- resursele disponibile pentru învățarea copiilor cu dizabilități (metode de predare, materiale utilizate, cunoștințe și deprinderi în domeniul lucrului copiilor cu dizabilități),
- cooperarea dintre profesorii școlilor generale și școlilor speciale, specialiștii din centrele de servicii în scopul găsirii unor modalități eficiente de integrare.

În țările cu tradiții în domeniul incluziunii sociale sunt prezente următoarele elemente care asigură succesul integrării educaționale:

- Pregătirea copiilor cu dizabilități pentru incluziunea școlară prin participarea la activități în grădinițele obișnuite, la activități în comunitate de la o vârstă fragedă.
- Evaluarea comprehensivă și multidisciplinară a copiilor cu dizabilități înainte de încadrarea în școala obișnuită.
- Consilierea familiei copilului cu dizabilități în legătură cu avantajele și limitele incluziunii școlare.
- Atitudinea pozitivă a directorilor școlilor incluzive față de procesul de incluziune școlară.
- Informarea cadrelor didactice cu privire la aspectele teoretice și metodice ale incluziunii școlare.
- Capacitatea profesorilor de a individualiza predarea și a elabora programe educaționale individualizate.
- Cooperarea cu echipele multidisciplinare și interdisciplinare (în cazul R.Moldova Comisia Medico-Psiho-Pedagogică, etc.) pentru evaluarea elevilor cu dizabilități și pentru a primi asistență psihopedagogică în elaborarea programelor de intervenție și recuperare.
- Implicarea părinților elevilor cu dizabilități în activitățile de evaluare și alcătuirea programelor educaționale individualizate.
- Informarea și pregătirea elevilor din școală/clase pentru a sprijini și interacționa cu elevul/ii cu dizabilități.
- Consilierea părinților elevilor obișnuiți în vederea prevenirii reacțiilor de respingere față de incluziune.

Constatăm că procesul de incluziune la nivelul instituției școlare este deosebit de complex și cu o determinare multifactorială, ceea ce necesită o pregătire pe mai multe planuri.

Pentru a ajunge la incluziunea socială trebuie realizate un șir de măsuri dintre care menționăm:

1. Crearea condițiilor în grădinițe și școli pentru integrarea copiilor.
2. Elaborarea programelor speciale pentru copii cu deficiențe intelectuale lejere.
3. Asigurarea unor servicii specializate centrate pe nevoile copiilor cu dizabilități la nivel de comunitate.
4. Incluziunea în statele de funcție a școlilor generale care sunt frecventate de copii cu dizabilități a unități de profesor de sprijin.

Copiii cu dizabilități pot fi integrați în școlile de cultură generală dacă se va institui instruirea diferențiată și învățarea prin cooperare.

VI. PERCEPȚIA ȘI ACCEPTAREA COPIILOR CU DIZABILITĂȚI

Pentru a cunoaște cum populația din raioanele studiate percepe copii cu dizabilități, am aplicat un chestionar (a se vedea Anexa 4. Chestionarul aplicat elevilor, Chestionarul aplicat părinților) pe un eșantion de 159 persoane: 79 elevi ai claselor IX-XII și 80 părinți care au copii în vârstă de 0-18 ani. În raionul Șoldănești au fost chestionați 54 respondenți (27 elevi și 27 părinți), în raionul Ungheni 50

persoane (24 elevi și 26 de familii) și în orașul Comrat și s.Congaz din UTAG 55 persoane (27 elevi și 28 de familii). Respondenții au fost selectați aleatoriu.

Conform mediilor de reședință 77 din persoanele chestionate locuiesc în mediul urban și 82 persoane în mediul rural. La 43,4% din respondenți familia este formată din 4 membri, 24,5% - 5 membri, 20,1% - 3 membri, 3,8% - 6 membri, 3,8% - 7 membri, 2,5% - 8 membri, 1,3% - 2 membri.

În 72,8% din familii, mama petrece cel mai mult timp cu copiii, în 7% din familii – tata și tot în 7% - bunica, frații în 6,3% din familii, alte persoane în alte 7% din familii. Respondenții au indicat că în zilele de lucru ei dedică în medie 5 ore copiilor, iar în zilele de odihnă – 8-9 ore. Temele pe care comunică cel mai frecvent părinții cu copii sunt cele despre viață, familie, societate, educație, reușita școlară, mult mai puțin perspectivele de viitor, problemele de sănătate, politică etc.

Respondenților li s-a prezentat o fișă cu un copil în cărucior și ei au fost rugați să spună cum numesc ei un astfel de copil (întrebarea a fost deschisă). 58,9% din persoanele chestionate au numit acest copil „invalid”, 7,6% - „bolnav”, 5,7% - „cu dizabilități”, 5,1% - „nu poate merge”, 4,4% - „incapabil, neajutorat”, 3,8% - „obișnuit, dar cu cerințe speciale”, 2,6% - „nefericit”, 2,5% - „calic”.

Noțiunea de „invalid” cuprinde doar partea medicală a dizabilității și utilizarea acestui termen face ca populația să atragă atenția, în special, asupra aspectului medical și să ignore alte aspecte de care are nevoie un copil cu dizabilități – integrare socială, școlară etc. Pe de altă parte, acesta se datorează și faptului că orice acte oficiale de nivel central sau local, documente oficiale etc. operează cu noțiunea de „invalid” și populația percepe acest termen ca fiind corect.

Observăm, că elevii au utilizat calificativele – „invalid”, „cu dizabilități”, „obișnuit, dar cu cerințe speciale”, „bolnav”, „incapabil, neajutorat”, iar părinții – „invalid”, „bolnav”, „nu poate merge”, „incapabil, neajutorat”, „calic” (a se vedea Tabelul 3. Cum putem numi un astfel de copil...). Constatăm, că copiii utilizează într-o mai mare măsură așa termeni precum „invaliditate”, „dizabilitate”, „copii obișnuiți, dar cu cerințe speciale”, „cu handicap”, iar părinții – „bolnav”, „nu poate merge”, „incapabil, neajutorat”, „calic”. Această situație poate fi efectul instruirilor care se efectuează în școli la tema dată.

Tabelul 3.

Cum putem numi un astfel de copil...

		TOTAL	din ei părinți	din ei elevi
1.	Invalid	58,9%	26,6%	32,3%
2.	Bolnav	7,6%	5,7%	1,9%
3.	Cu dizabilități	5,7%	1,9%	3,8%
4.	Nu poate merge	5,1%	5,1%	-
5.	Incapabil, neajutorat	4,4%	2,5%	1,9%
6.	Obișnuit, dar cu cerințe speciale	3,8%	0,6%	3,2%
7.	Nefericit	2,6%	1,3%	1,3%
8.	Calic	2,5%	1,9%	0,6%
9.	Cu dificultăți	1,2%	0,6%	0,6%
10.	Cu handicap	1,2%	-	1,2%
11.	Social vulnerabil	1,2%	1,2%	-
12.	Uitat de părinți	0,6%	-	0,6%
13.	Altfel	5,2%	2,6%	2,6%

Fiind puși în situația de a alege dintr-o listă de caracteristici pe cele care pot fi atribuite persoanele cu dizabilități 34,1% au indicat că acestea sunt „cu nevoi speciale”, 29% - „obișnuite”, 28,4% - „prietenoase”, 5,7% - „înapoiate” (a se vedea Tabelul 4. Calificativele atribuite persoanelor cu dizabilități).

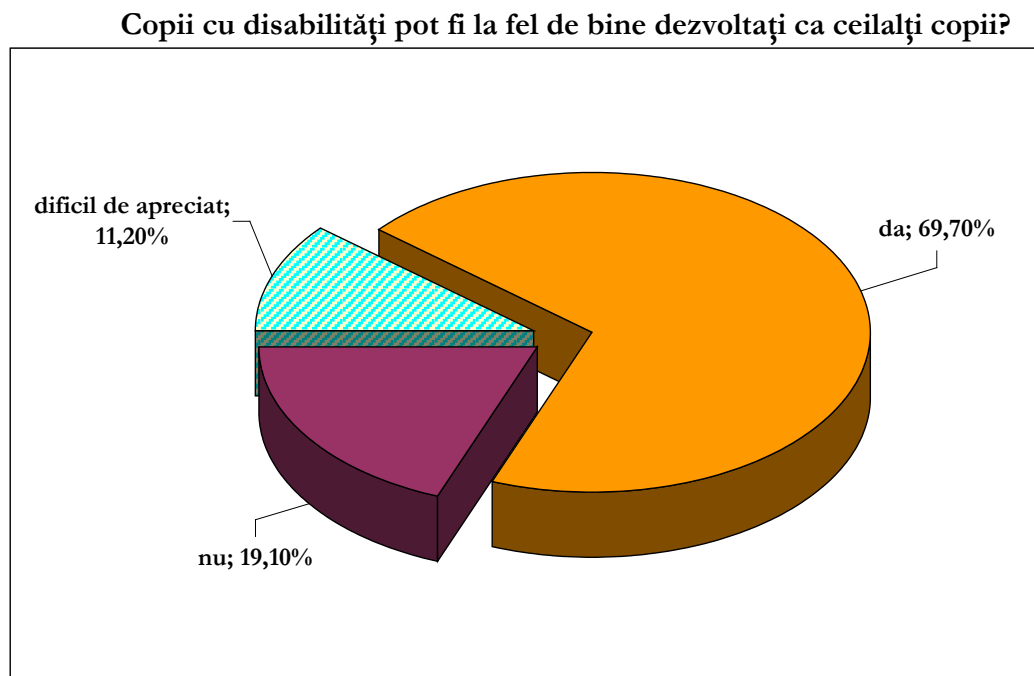
Tabelul 4.

Calificativele atribuite persoanelor cu dizabilități de către respondenți

		TOTAL	din ei părinți	din ei elevi
1.	Cu nevoi speciale	34,1%	15,9%	18,2%
2.	Obișnuite	29,0%	15,3%	13,6%
3.	Prietenoase	28,4%	13,6%	14,8%
4.	Înapoiate	5,7%	3,4%	2,3%

Deși 95,3% din respondenți sunt de acord cu faptul că copiii cu dizabilități au aceleași drepturi ca și cei sănătoși. Doar în opinia a 69,7% din respondenți, copiii cu dizabilități pot fi la fel de bine dezvoltati ca ceilalți copii. 19,1% nu sunt de acord cu aceasta, iar 11,2% au susținut că le este dificil să se pronunțe la acest subiect. Nu există deosebiri în opinii la părinți și elevi la acest subiect (a se vedea Figura 8. Copii cu dizabilități pot fi la fel de bine dezvoltati ca ceilalți copii?).

Figura 8.



Atunci când întâlnesc un copil cu dizabilități/o familie care îngrijește un copil cu dizabilități, marea majoritate (54,2%) din persoanele intervievate simt milă, mult mai puțini – apreciere (15,1%), prietenie (14,5%). Numărul celor care au același sentimente este de 11,7%.

Ne-a interesat foarte mult gradul de acceptare a persoanelor cu dizabilități în calitate de vecini, în comparație cu alte categorii de persoane. Datele colectate indică că respondenții au o atitudine tolerantă față de persoanele în etate (84,3% din respondenți le acceptă în calitate de vecini), oameni săraci (77,4%), imigranți (77,4%) și persoane cu dizabilități (76,1%). Cei mai respinși sunt narcomanii (96,9% din respondenți nu sunt de acord ca aceste persoane să le fie vecini), urmează alcoolicii (93,1%), homosexualii (91,2%), persoanele purtătoare ale virusului HIV/SIDA (74,7%) (a se vedea Tabelul 5. Acceptarea următoarelor categorii ale populației în calitate de vecini).

Tabelul 5.

Acceptarea următoarelor categorii ale populației în calitate de vecini

		Da	Nu
1.	Persoanele în etate	84,3%	15,7%
2.	Oameni săraci	77,4%	22,6%
3.	Imigranți	77,4%	22,6%
4.	Persoane cu dizabilități	76,1%	23,9%
5.	Oameni purtători ai virusului SIDA	25,3%	74,7%
6.	Homosexuali	8,8%	91,2%
7.	Alcoolici	6,9%	93,1%
8.	Narcomani	3,1%	96,9%

Analiza răspunsurilor la afirmațiile de mai jos, indică că respondenții într-o măsură mai mare acceptă relațiile de joacă/prietenie cu persoanele cu dizabilități (69,2% acord total), relațiile de vecinătate (65,4% acord total) și mai puțin faptul că pot studia în aceeași școală sau chiar sta în aceeași

bancă (57,4%). Mai mult decât atât, constatăm că cei mai mulți respondenți nu înțeleg problemele legate de integrarea școlară a copiilor cu dizabilități. În calitate de argumente ne servesc datele obținute, care indică că persoanele chestionate sunt de acord cu afirmația „copiii cu dizabilități trebuie să frecventeze grădinițele/școlile obișnuite”, dar și cu afirmația „copiii cu dizabilități trebuie să fie plasați în grădinițe/școli speciale” (a se vedea Tabelul 6. Gradul de acceptare a afirmațiilor).

Tabelul 6.

Gradul de acceptare a afirmațiilor

		Acord total	Acord parțial	Neutru	Dezacord	Dezacord total
1.	Copilul cu dizabilități trebuie să frecventeze grădinița / școala normală	44,7%	30,2%	10,7%	11,3%	3,1%
2.	Copilul cu dizabilități trebuie să fie plasat în grădiniță / școală specială	49,1%	35,8%	6,3%	6,9%	1,9%
3.	Copilul cu dizabilități poate învăța în grădinița / școala în care merge și copilul meu	44,7%	25,8%	16,4%	9,4%	3,8%
4.	Copilul cu dizabilități poate sta la școală în bancă cu copilul meu	54,7%	20,1%	11,9%	9,4%	3,8%
5.	Acceptăm să avem vecini o familie care are copii cu dizabilități	65,4%	23,3%	8,8%	2,5%	0%
6.	Copii mei se pot juca / pot avea prieteni copii cu dizabilități	69,2%	18,9%	6,3%	3,1%	2,5%

Indicăm că societatea susține astfel, mai mult mecanic și formal integrarea persoanelor cu dizabilități. Drept dovadă, sunt experiențele părinților care educă copii cu dizabilități și a specialiștilor care activează în domeniu. Aceștia ne-au comunicat că părinții copiilor sănătoși se opun integrării copiilor cu dizabilități în școlile obișnuite – „*fac gălăgie că copiii bolnavi le încurcă la cei sănătoși să învețe*” (membru al Comisiei pentru Protecția copilului aflat în dificultate, Șoldănești).

Pentru a obține integrarea socială a copiilor cu dizabilități, copiilor de mici trebuie să li se educe așa calități precum respectul (57,9), responsabilitate (46,1), toleranța (42,4), hărnicia (34,3), religiozitatea (17,1), independența (14,2), altruismul (11,5%) (a se vedea Tabelul 7. Calitățile ce trebuie educate copiilor pentru a obține integrarea socială a copiilor cu dizabilități).

Tabelul 7.

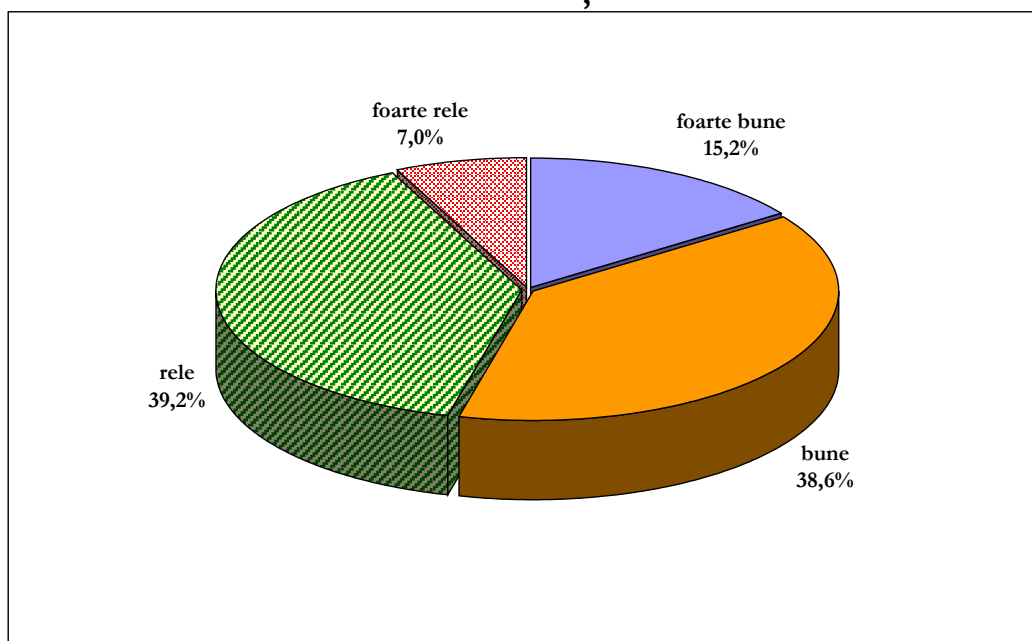
Calitățile ce trebuie educate copiilor pentru a obține integrarea socială a copiilor cu dizabilități

Calitățile	Indicatorul sintetic
Respect	57,9
Responsabilitate	46,1
Toleranță	42,4
Hărnicie	34,3
Religiozitate	17,1
Independență	14,2
Altruism	11,5

Respondenții au apreciat măsurile întreprinse de stat pentru suportul familiilor cu dizabilități „rele” în proporție de 39,2%, „bune” – 38,6%, „foarte bune” – 15,2%, foarte rele – 7% (a se vedea Figura 9. Gradul de apreciere a măsurilor întreprinse de stat în suportul familiilor cu copii cu dizabilități).

Figura 9.

Gradul de apreciere a măsurilor întreprinse de stat în suportul familiilor cu copii cu dizabilități



În sprijinul copiilor cu dizabilități, la nivel de comunitate/raion trebuie inițiate acțiuni de ajutor material susțin – 39,9%, dezvoltate servicii sociale – 25,8%, acordată asistență medicală specializată gratis – 7,4%, servicii de instituționalizare – 5,3%, informarea și educarea populației în spiritul incluziunii – 3,5%, încurajare morală – 3,2% etc.

A treia parte din părinți (27 persoane) au relatat că cunosc instituții care se ocupă de diagnosticarea copiilor cu dizabilități. În calitate de astfel de instituții au fost nominalizate centrele pentru copiii cu dizabilități (8 persoane), școlile speciale (8 persoane), comisiile medico-psiho-pedagogice (3 persoane), centrul medical (2 persoane), secția de asistență socială și protecție a familiei (2 persoane), maternitatea (2 persoane), casele de copii (1 persoană), consiliul medical consultativ (1 persoană). Puși în situația de a evalua activitatea instituțiilor care se ocupă cu copii cu dizabilități la nivel local, 17 persoane au indicat că activitatea acestor instituții este „eficientă” (9 persoane – „foarte eficientă”, 8 persoane – „eficientă”) și 13 persoane „puțin eficientă” (10 persoane – „puțin eficientă” și 3 persoane – „ineficientă”).

Constatările privind percepția și acceptarea persoanelor cu dizabilități:

1. Copiii cu dizabilități sunt percepuți de marea majoritate a respondenților din localitățile intervievate „invalizi”. Unii îi percep ca fiind „copii bolnavi”, „copii care nu pot merge”, „copii incapabili, neajutorați” etc.
2. Copiii cunosc într-o proporție mai mare termenii corecți ce trebuie utilizați pentru persoanele cu dizabilități: - „invalizi”, „copii cu dizabilități”, „copii cu necesități speciale”.
3. Respondenții susțin în proporție de 95,3 la sută că copii cu dizabilități au aceleași drepturi ca și copiii sănătoși.
4. Doar 69,7% din persoanele chestionate au indicat că copiii cu dizabilități pot fi la fel de bine dezvoltați ca ceilalți copii.
5. Marea majoritate a respondenților (54,2%), atunci când întâlnesc cu copil cu dizabilități/familie care îngrijește un copil cu dizabilități au sentimente de milă, 15,1% - sentimente de apreciere, 14,5% – de prietenie, 11,7% - aceleași sentimente ca pentru orice copil/familie.
6. Aproximativ ¼ din respondenți nu acceptă persoanele cu dizabilități în calitate de vecini. Un grad mai mare de toleranță îl au respondenții față de persoanele în etate, persoanele sărace și imigranți.
7. Atât copiii, cât și părinții din familiile obișnuite preferă relațiile de joacă/prietenie cu copii cu dizabilități, cele de vecinătate și mai puțin cele școlare. Astfel, sunt „de acord total” să aibă în calitate de coleg de bancă un copil cu dizabilități – 54,7% din respondenți, „acord parțial” – 20,1%. 11,9% au o atitudine „neutră”, 13,2% și-au manifestat „dezacordul”, inclusiv „dezacordul total”.

8. În scopul integrării sociale a copiilor cu dizabilități, respondenții au indicat că trebuie educate populației așa calități precum respectul, responsabilitatea, toleranța, hărnicia.
9. Opiniile respondenților față de acțiunile întreprinse de stat în suportul familiilor care educă și îngrijesc copii cu dizabilități sunt împărțite: 54,4% consideră că acestea sunt „bune” și „foarte bune”, iar 46,2% au indicat că acestea sunt „rele” și „foarte rele”.
10. Foarte puțini părinți (27 părinți din 80) cunosc instituțiile care se ocupă de diagnosticarea copiilor cu dizabilități. În special, acest rol a fost atribuit centrelor ce oferă servicii pentru copiii cu dizabilități, școlilor speciale pentru copii cu dizabilități, comisiilor medico-psiho-pedagogice, secțiilor de asistență socială și protecție a familiei.
11. Părerile părinților referitoare la eficiența funcționării instituțiilor care oferă servicii sociale pentru copiii cu dizabilități la nivelul raionului diferă. Din 30 de părinți care au afirmat că cunosc activitatea acestor instituții – 13 consideră funcționalitatea acestora „ineficientă” sau „puțin eficientă”, iar 17 persoane – „foarte eficientă” și „eficientă”.
12. La nivel comunitar pentru copiii cu dizabilități trebuie inițiate, în viziunea persoanelor chestionate, acțiuni de ajutor material – 39, 9%, acțiuni de dezvoltare a serviciilor sociale – 25,8%, asistență medicală gratis – 7,4% etc.

CONCLUZII

1. Actualmente, în Republica Moldova nu există statistici referitoare la numărul copiilor cu dizabilități. Statisticile naționale operează cu numărul de copii invalizi (15 313 copii invalizi la 31.12.2008) care este mult mai mic decât numărul copiilor cu dizabilități deoarece: (i) nu toți copiii cu dizabilități pot primi grad de invaliditate, (ii) nu toți copiii cu dizabilități care pot primi grad de invaliditate se adresează la Consiliile Medicale Consultative.
2. Nevoile copiilor cu dizabilități includ: (i) nevoi psihologice (dragoste și atenție din partea părinților; securitate, încurajare și apreciere; recunoaștere; servicii psihologice); (ii) nevoi sociale (servicii sociale la nivel de comunitate; servicii de reabilitare; servicii de protecție a drepturilor, etc.); (iii) nevoi privind crearea condițiilor fizice – adaptarea clădirilor, spațiilor publice și a mijloacelor de transport (crearea unei infrastructuri adaptată necesităților, crearea condițiilor de acces și de studii în grădinițele și școlile de cultură generală), (iv) nevoi profesionale (elaborarea planurilor educaționale individualizate, instruire și pregătire profesională, ateliere de muncă și locuri de muncă).
3. Nevoile părinților ce îngrijesc și educă copii cu dizabilități: (i) nevoi psihologice (suport psihologic), (ii) nevoi sociale (instruiri, servicii sociale la nivel de comunitate, servicii medicale de calitate pentru copii, tratamente gratis și posibilități de reabilitare la nivel local, protejare a locurilor de muncă etc.), (iii) nevoi privind crearea condițiilor fizice – adaptarea clădirilor, spațiilor publice și a mijloacelor de transport (crearea unei infrastructuri adaptată necesităților, crearea condițiilor de acces și de studii în grădinițele și școlile de cultură generală).
4. Nevoile specialiștilor care activează în instituții guvernamentale și neguvernamentale se rezumă, în primul rând, la instruire, perfecționări, schimb de experiență atât în Republica Moldova, cât și peste hotare, pentru a cunoaște noi metode de activitate și tendințele care sunt în problema dată în plan european și chiar mondial. La activitățile nominalizate (instruire, perfecționare, schimb de experiență) este necesar să participe specialiști atât din centrele de servicii, cât și din școlile speciale, școlile de cultură generală pentru a discuta, a identifica și a propune modalități viabile de implementare a modalităților de integrare socială a copiilor cu dizabilități în Republica Moldova.
5. Secțiile de Asistență Socială și Protecție a Familiei își doresc să faciliteze integrarea socială a copiilor cu dizabilități, însă nu au resurse financiare pentru a dezvolta servicii sociale necesare pentru acest proces. În unele raioane, APL prin intermediul secțiilor de Asistență Socială și Protecție a Familiei reușește să inițieze și să dezvolte unele servicii noi.

6. Consiliul Medical Consultativ este un organ abilitat cu analiza problemelor medicale a copiilor pentru oferirea unei diagnoze medicale și stabilirea gradului de severitate (invaliditate). Ședințele comisiei se desfășoară după necesități. Modul de funcționare și eficiența acestor consilii s-ar putea de îmbunătățit prin utilizarea unor instrumente standard de diagnosticare a copiilor invalizi.

7. În Republica Moldova este prezentă necesitatea de a studia metodele de evaluare a funcționalității disabilității conform Clasificatorului Internațional al Funcționalității, întrucât acest clasificator permite abordarea disabilității din diverse perspective în baza unui proces interactiv și în continuă evoluție. Centrul de intervenție precoce „Voinicel” și-a propus să testeze metodele de evaluare a funcționalității disabilității conform Clasificatorului Internațional al Funcționării pe 70 de copii cu disabilități.

8. Obiectivele de bază ale Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice cuprind: diagnosticarea nivelului de dezvoltare al copilului; analiza situației copiilor cu disabilități fizice și mintale și înaintarea unor recomandări referitoare la continuarea studiilor în școlile de tip special; oferirea unor consultații părinților și profesorilor din școlile obișnuite; organizarea învățământului la domiciliu pentru copii cu grad de invaliditate și probleme grave de sănătate. Comisia se întrunește atunci când este necesar, de obicei o dată în lună. Activitatea comisiei se intensifică la sfârșitul și începutul anului de studii când se fac cele mai multe adresări către comisie din partea profesorilor elevilor claselor primare. Diagnosticarea nivelului de dezvoltare al acestor copii se efectuează prin metode interactive și examinarea caietelor școlare ale copilului, consultarea poziției profesorului din clasele primare și a opiniei părinților. În cazul unor dificultăți, contradicții, suspiciuni, membrii comisiei direcționează copilul spre examinare la Comisia Medico-Psiho-Pedagogică republicană.

9. Comisiile Medico-Psiho-Pedagogice activează în baza unui Regulament de funcționare depășit care necesită să fie revăzut. De asemenea, trebuie de revăzut metoda de selectare a specialiștilor din aceste comisii.

10. Comisia pentru Protecția Copilului aflat în dificultate stabilește măsurile de protecție a copilului aflat în dificultate și monitorizarea acestora. Obiectivele de bază ale comisiei includ: garantarea și promovarea bunăstării copilului, asigurarea dreptului copilului de a crește într-un mediu familial, ținând seama, de interesul superior al copilului, pentru a-i asigura o dezvoltare armonioasă din punct de vedere emoțional, intelectual și fizic; asigurarea alegerii formei optime de îngrijire a fiecărui copil aflat în dificultate, cu accent pe serviciile de tip familial, plasamentul într-un serviciu de tip rezidențial, fiind măsura finală de protecție a copilului. Activitatea acestor comisii este diferită în raioanele în care s-a realizat studiul. Factorii care afectează funcționalitatea comisiei, țin de lipsa de specialiști care să activeze în aceste comisii.

11. Membrii Consiliului Medical Consultativ, Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice și Comisiei pentru Protecția copilului aflat în dificultate la nivel de raion de cele mai dese ori nu interacționează și nu colaborează.

12. În cele 40 de instituții rezidențiale ale Ministerului Educației și Tineretului (9 școli speciale, 3 școli sanatoriale și 28 de școli auxiliare pentru copii cu disabilități) beneficiază de servicii de întreținere, educație și recuperare 5452 copii cu disabilități.

13. În cele 3 regiuni cercetate funcționează 2 școli speciale: școala auxiliară pentru copii cu disabilități din s.Congaz (UTAG) cu o capacitate de 150 de locuri și școala auxiliară cu disabilități din s.Sculeni, raionul Ungheni cu o capacitate de 89 locuri. Copiii sunt admiși în aceste școli în baza deciziilor Comisiilor Medico-Psiho-Pedagogice raionale.

14. În cadrul școlilor speciale nu se fac evaluări ale copiilor, care ar permite transferul unor copii cu disabilități în școlile de cultură generală.

15. Trebuie operate schimbări în ceea ce privește instruirea copiilor cu deficiențe mintale în școlile speciale. Încadrarea acestor copii în școlile de cultură generală ar fi mult mai benefică pentru copii și ar determina economisirea unor resurse financiare care ar putea fi direcționate spre dezvoltarea serviciilor pentru copii cu dizabilități la nivel comunitar. De asemenea, reorganizarea sistemului ar contribui și la responsabilizarea părinților și implicarea acestora în educarea propriilor copii.

16. Centrele comunitare care oferă servicii pentru copii cu dizabilități la nivel local, în regiunile cercetate, sunt insuficiente pentru cuprinderea tuturor copiilor care au nevoie de asemenea servicii. Ele oferă servicii pentru 193 de copii cu dizabilități din cele 3 regiuni (ceea ce constituie 17,5% din numărul total al copiilor invalizi în aceste regiuni). Deschiderea unor mini-centre comunitare în localitățile rurale va permite integrarea socială a copiilor cu deficiențe intelectuale lejere. Prezența serviciilor nominalizate va permite menținerea copiilor cu dizabilități în cadrul familiei și în cadrul școlilor de cultură generală.

17. Aspectele pozitive ale înscrierii copiilor cu dizabilități în școlile generale se bazează pe efectele benefice asupra ambelor categorii de copii - cei cu dizabilități nu sunt lăsați singuri, iar ceilalți copii învață cum să se comporte cu copii cu necesități speciale; comunicarea și educarea toleranței. Aspecte negative ale înscrierii copiilor cu dizabilități în grădinițele/școlile generale cuprind pe lângă lipsa condițiilor fizice - adaptarea clădirilor, spațiilor publice, mijloacelor de transport pentru acești copii; riscul sporit al unor traume; lipsa unor specialiști la nivel de instituții de învățământ care să faciliteze integrarea școlară (trebuie introdusă unitatea de asistent social în școli); lipsa unor programe de învățământ individualizate adaptate nevoilor copiilor cu dizabilități.

18. Specialiștii instituțiilor auxiliare au indicat următoarele aspecte pozitive ale înscrierii copiilor cu dizabilități în școlile speciale: prezența unor programe speciale mai simple; posibilitatea de a utiliza planuri individualizate pentru fiecare copil; asigurarea procesului de școlarizare, întrucât unii părinți nu permit copiilor să frecventeze școala. În același timp, atenționăm că practica de plasare a copiilor în instituțiile speciale ia amploare datorită fenomenului de migrațiune a părinților la muncă peste hotare. Părinții plasează acești copii în școlile speciale pentru ca cineva să aibă grijă de ei.

19. Factorii care ar putea contribui la incluziunea socială, inclusiv școlară, a copiilor cu dizabilități sunt: profesorii, resursele disponibile pentru învățarea copiilor cu dizabilități (metode de predare, materiale utilizate, cunoștințe și deprinderi în domeniul lucrului copiilor cu dizabilități), cooperarea dintre profesorii școlilor generale și școlilor speciale, specialiștii din centrele de servicii în scopul găsirii unor modalități eficiente de integrare.

20. Procesul de incluziune la nivelul instituției școlare este deosebit de complex și cu o determinare multifactorială, ceea ce necesită o pregătire pe mai multe planuri: pregătirea copiilor cu dizabilități pentru incluziunea școlară prin participarea la activități în grădinițele obișnuite, la activități în comunitate de la o vârstă fragedă; consilierea familiei copilului cu dizabilități în legătură cu avantajele și limitele incluziunii școlare; atitudinea pozitivă a directorilor școlilor de cultură generală față de procesul de incluziune școlară; informarea cadrelor didactice cu privire la aspectele teoretice și metodice ale incluziunii școlare; capacitatea profesorilor de a individualiza predarea și a elabora programe educaționale individualizate; implicarea părinților elevilor cu dizabilități în activitățile de evaluare și alcătuirea programelor educaționale individualizate; informarea și pregătirea elevilor din școală/clase pentru a sprijini și interacționa cu elevul/ii cu dizabilități; consilierea părinților elevilor obișnuiți în vederea prevenirii reacțiilor de respingere față de incluziune.

21. Copii cu dizabilități sunt percepuți de marea majoritate a respondenților din localitățile intervievate „invalizi”. Unii îi percep ca fiind „copii bolnavi”, „copii care nu pot merge”, „copii incapabili, neajutorați” etc. Noțiunea de „invalid” cuprinde doar partea medicală a dizabilității și utilizarea acestui termen face ca populația să atragă atenția, în special, asupra aspectului medical și să ignore alte aspecte de care are nevoie un copil cu dizabilități – integrare școlară, socială etc. Pe de altă parte, acesta se

datorează și faptului că orice acte oficiale de nivel central sau local, documente oficiale etc. operează cu noțiunea de „invalid” și populația percepe acest termen ca fiind corect.

22. Copiii cunosc într-o proporție mai mare termenii corecți ce trebuie utilizați pentru persoanele cu dizabilități: - „invalidi”, „copii cu dizabilități”, „copii cu necesități speciale”. Această situație poate fi rezultatul instruirilor care se efectuează în școli la tema dată.

RECOMANDĂRI

Recomandări pentru diagnosticarea corectă a copiilor cu dizabilități și creșterea oportunităților de integrare socială a copiilor cu dizabilități în Republica Moldova în general și raioanele Ungheni, Șoldănești și mun.Comrat, în special:

1. Instituirea unui sistem informațional de evidență a copiilor cu dizabilități, care ar permite monitorizarea dezvoltării copiilor și includerea acestora în sistemul de servicii sociale oferite de organizațiile guvernamentale neguvernamentale.
2. Testarea și introducerea, dacă va fi oportun, a noilor metode de evaluare a funcționalității dizabilității la copii conform Clasificatorului Internațional al Funcționării. Instruirea specialiștilor privind aplicarea metodelor de screening și de evaluare a dezvoltării copilului.
3. În scopul îmbunătățirii procesului de depistare a copiilor cu probleme de sănătate semnalăm necesitatea: instruirii medicilor de familie pentru a depista problemele medicale la vârsta timpurie; instruirii părinților pentru a observa și semnaliza problemele medicale a copilului medicului de familie etc. Pentru creșterea gradului de funcționalitate a Consiliului Medical Consultativ recomandăm: utilizarea unor instrumente standard de diagnosticare a copiilor invalidi.
4. În scopul eficientizării Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice este necesară: revederea și modificarea Regulamentului de funcționare a acestei comisii; formarea unor echipe profesionale în care să fie incluși medici, pedagogi, psihologi, asistenți sociali; asigurarea funcționalității acestora prin ședințe regulate; pregătirea unor programe individualizate pentru copiii care rămân să-și continue studiile în școlile obișnuite, standarde elaborate pentru activitatea comisiei; teste standardizate pentru diagnosticarea copiilor; sediu permanent, dotat cu echipament și materiale didactice; monitorizarea sistematică și reevaluarea periodică a copiilor cu nevoi speciale integrați în școlile de obișnuite și școlile speciale.
5. În scopul eficientizării activității, dar și colaborării dintre membrii Consiliului Medical Consultativ, Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice și Comisiei pentru Protecția Copilului aflat în dificultate la nivel raional, este necesar de a găsi un mecanism de schimb de informații despre competențele și activitățile desfășurate de fiecare din aceste organe.
6. Pentru integrarea socială a copiilor cu dizabilități trebuie: create condiții în grădinițe și școli (spațiile să fie adaptate nevoilor copiilor cu dizabilități); elaborate programe speciale pentru copiii cu deficiențe intelectuale lejere; asigurate servicii specializate centrate pe nevoile copiilor cu dizabilități la nivel de comunitate; de inclus în statele de funcție a școlilor generale care sunt frecventate de copii cu dizabilități a unității de profesor de sprijin. În paralel, sunt necesare emisiuni în mass-media în care să fie puse în dezbatere aspectele „pro” și „contra” integrării școlare a copiilor cu dizabilități, la care să participe atât specialiștii din școlile speciale, cât și din cele de cultură generală, reprezentanții sectorului neguvernamental care prestează servicii în acest domeniu. Nu în ultimul rând, sunt necesare și campanii de informare în școlile de cultură generală.

Referințe bibliografice:**Surse**

1. Rapoartele Sociale Anuale, 2006, 2007, Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului..
2. Raport statistic nr.46 privind deservirea medicală a copiilor invalizi, anul 2008.
3. *Anuarul Statistic al Republicii Moldova 2008*, Chișinău 2009.
4. Proiectul *Strategiei privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova (2009-2012)*, Anexa 1, Planul de Acțiuni.

Reglementări normative relevante

1. Hotărârea Guvernului nr.42 din 24.01.1994 Cu privire la instituirea consultațiilor republicane și raionale (orășenești) medico-psihologo-pedagogice pentru copii cu deficiențe fizice și mintale.
2. Hotărârea Guvernului nr.1177 din 31.10.2007 cu privire la instituirea Comisiei pentru protecția copilului aflat în dificultate și aprobarea Regulamentului-cadru de activitate al acesteia.
3. Hotărârea Guvernului nr.1065 din 11.11.1999 cu privire la aprobarea Listei bolilor și stărilor patologice care acordă copiilor până la vârsta de 16 ani dreptul la primirea statutului de copil-invalid.
4. Hotărârea Guvernului nr.1036 din 09.09.2008 privind aprobarea modificărilor și completărilor ce se operează în Hotărârea Guvernului nr.688 din 20.06.2006.
5. Legea nr.821 din 24.12.1991 privind protecția socială a invalizilor.
6. Lega Învățământului nr.547 din 21.07.1995.
7. Legea nr.933-XIV din 14.04.2000 privind protecția socială specială a unor categorii de populație.
8. Legea Asistenței Sociale nr.547-XV din 25.12.2003.
9. Proiectul Codul Învățământului 293-XVI adoptat la 19.12.2008.