

ASPECTE PRACTICE PRIVIND SISTEMUL PUBLIC DE PROTECȚIE A COPIILOR CU DIZABILITĂȚI

GEORGIANA-VIRGINIA BONEA

Copiii cu dizabilități nu sunt handicapați prin definiție, ci sunt copii cu nevoi speciale, ce trebuie înțeleși, iar nu catalogați. Centrele de plasament pentru copiii din România sunt în continuă schimbare, dar acest lucru nu înseamnă, neapărat, că vorbim și de creșterea calității serviciilor oferite. Acest sistem de protecție socială din România, după douăzeci de ani de tranziție, este încă rudimentar și nu răspunde nevoilor persoanelor cu dizabilități. De asemenea, se simte nevoia unui serviciu de consiliere destinat părinților care au un copil cu dizabilități, pentru informare și sprijin. Un copil cu dizabilități este de două ori mai vulnerabil și mai sensibil decât un adult cu dizabilități, deoarece este mai expus la a fi judecat de ceilalți copii, care pot fi uneori aspri când vine vorba de diferențe de ordin fizic sau psihic. În general, un copil are nevoie de protecție, iubire, suport, aprobare, încurajare și atenție, însă copilul cu dizabilități simte nevoia să știe că nu este respins din cauza nevoilor sale speciale. În noul cod penal care este deschis dezbaterii publice sunt încălcate drepturile fundamentale ale omului, permițându-se testarea diverselor substanțe pe persoanele cu handicap psihic ce nu își pot exprima un acord valid în favoarea progresului științei. Handicapul nu definește sufletul sau mintea, ci doar pe cei care utilizează această etichetă.

Cuvinte-cheie: persoană cu dizabilități, lege, copil, nevoi speciale.

TRANZIȚIA ROMÂNEASCĂ ȘI EFECTELE ACESTEIA ASUPRA SITUAȚIEI COPILOR CU HANDICAP

România, după 1989, înregistrează o serie de schimbări în toate sectoarele și serviciile, inclusiv în domeniul ocrotirii persoanelor cu nevoi speciale. Faptul că țara noastră face parte acum din Uniunea Europeană implică o serie de obligații, norme și legi ce au fost adoptate și trebuie respectate, însă toate acestea se cer a fi adaptate la specificul țării noastre. Nu sunt alocate suficiente fonduri, nu sunt suficienți specialiști (kinetoterapeuți, asistenți sociali, medici, psihologi, psihiatri, educatori etc.), nu există un plan de dezvoltare și îmbunătățire a sistemului serviciilor destinate celor cu nevoi speciale, care să fie coerent și bine pus la punct, pliat pe problemele

Adresa de contact a autorului: Georgiana-Virginia Bonea, Universitatea București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Str. Schitu Măgureanu, nr. 9, București, România, e-mail: georgiana_bonea@yahoo.com.

reale actuale. De asemenea, nu există un serviciu de consiliere și informare destinat familiilor care au un copil sau o persoană adultă cu dizabilități. Persoanele cu handicap nu au nevoie de compasiune sau de milă, ci să fie tratate la fel ca toți ceilalți, din perspectiva demnității, respectului și considerației. Handicapul nu este o boală în sine, ci o consecință a acesteia.

Voi utiliza atât termenul de „**persoană cu handicap**”, cât și termenul de „**persoană cu dizabilități**”, cu același sens. Persoana cu handicap prezintă o dizabilitate, o dificultate, o incapacitate de ordin fizic sau psihic (Sillamy, 2000). **Termenul de handicap** desemnează acea persoană care, din cauza situației sale speciale, nu poate avea o viață considerată a fi normală, în condițiile date. **Deficiența** constă în pierderea, anomalia cu caracter definitiv sau temporar a unei structuri fiziologice, anatomice, psihologice, desemnând o stare patologică, funcțională stabilă sau de lungă durată, inevitabilă sub acțiunea terapeutică și care afectează capacitatea persoanei de a duce o viață considerată a fi normală (Gheruț, 2000, în Neamțu, coord.). **Dizabilitatea** definește o serie de limitări funcționale, afectarea uneia sau mai multor funcții esențiale ale ființei umane (Manea, 2000). Cu alte cuvinte, deficiența este o incapacitate care împiedică individul în cauză să ducă o viață considerată a fi normală de către marea majoritate și care duce, inevitabil, la starea de handicap. Când un copil este redus la handicapul pe care îl are, acesta nu mai poate interacționa cu ceilalți și nu se poate juca așa cum o fac majoritatea celor de vârsta sa, crezând că este pedepsit pentru un motiv anume. Acest lucru poate fi pus pe seama unor factori precum: cultura, transferul de informații, tipurile de relații sociale, educația (Vasilescu, 2001).

Deficiențele pot apărea: a) în perioada vieții intrauterine, când în timpul sarcinii mama consumă băuturi alcoolice, tutun, droguri, substanțe medicamentoase interzise în acea perioadă, favorizând apariția malformațiilor congenitale, sau poate transmite o boală genetică fătului; b) în timpul nașterii, de asemenea, se pot ivi diverse accidente; c) după naștere, atunci când copilul nu este îngrijit corespunzător, ori pot apărea diverse accidente în maternitate, de exemplu: igienă necorespunzătoare, personal necalificat, nesupraveghere, nesterilizarea instrumentarului utilizat. Și în acest caz, inexistența unui sistem eficient de informare a viitorilor părinți își face simțită nevoia. Înainte de conceperea unui copil, partenerii trebuie să fie informați asupra tuturor riscurilor care pot apărea dacă nu respectă anumite reguli de care trebuie să țină cont mai ales mama. „Orice abatere de la starea de normalitate în creșterea și dezvoltarea ființei umane, reprezintă o stare care impune intervenția specialiștilor și a societății, pentru a diminua sau înlătura efectele privind inadaptația” (Moțet, 2001). Pe de altă parte, plurihandicapul se traduce printr-o asociere a mai multor tipuri de handicap, ceea ce implică nu numai o atenție mărită din partea specialiștilor și a familiei, dar și un efort suplimentar din partea copilului, cu scopul clar de a duce o viață cât mai normală posibil, în conformitate cu vârsta sa (idem).

A fi considerat normal sau anormal în societate constituie un element important. **Normalitatea** reprezintă o stare a unui sistem de valori și norme pe care

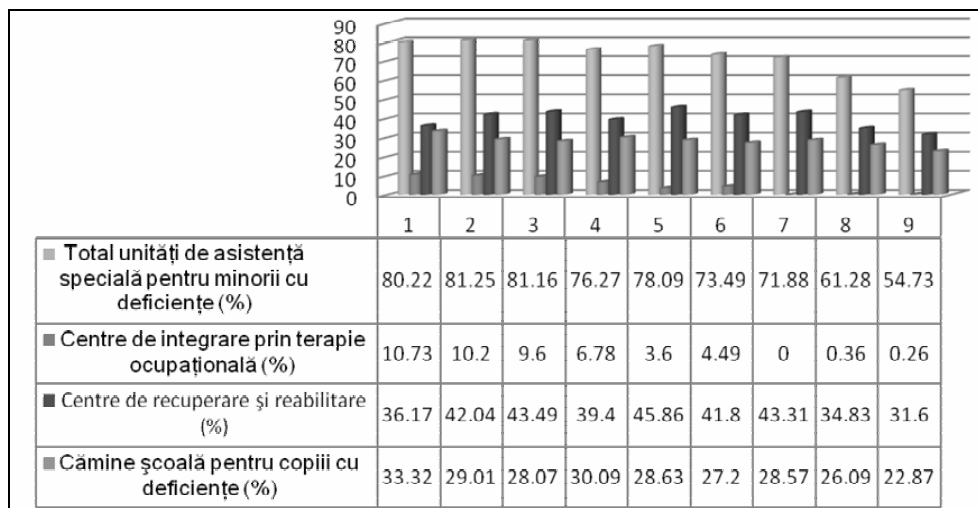
ni le însușim și care alcătuiesc un sistem de conformitate cu o serie de parametri funcționali considerați a fi normali, dezirabili (Zamfir, 1993, în Vlăsceanu și Zamfir, coord.). Majoritatea indivizilor consideră că persoanele cu handicap sunt deviate, anormale și de aceea viața socială a unei astfel de persoane este destul de dificilă, dacă nu imposibilă din acest punct de vedere. **Normalizarea** se traduce prin șansa acordată unui individ de a avea trăiri, simțiri, păreri și gândire normale în anumite situații de viață, intimitate și responsabilități în conformitate cu vârsta și statutul său (Nirje, 1980), lucruri care nouă, celorlalți, ni se par extrem de banale și chiar neimportante. **Viața socială normală**, după Ervin Goffman (1968), trebuie să fie una în care normele sunt respectate de către toată lumea și acest lucru ține mai mult de fiecare din noi, însă aceste norme ne impun o anumită conduită față de persoanele cu handicap, implicând egalitatea și nediscriminarea acestora față de oricine altcineva. Trebuie recunoscut faptul că persoanele cu handicap au un **stigmat** pe care tot Goffman (idem) îl definește ca fiind un dezavantaj major, unde dizabilitatea este observată și cunoscută de cei din jur, neputând fi ascunsă. Tocmai din această cauză copilul cu handicap poate fi izolat de către părinții săi, în dorința nemărginită a acestora de a-l proteja, de a-l feri oarecum de răutățile celorlalți, considerați a fi normali.

Perioada cuprinsă între anii 1991 și 1999, în România a fost una guvernată de schimbări, incertitudini și căutare de piloni în jurul cărora să se poată construi ceea ce cu toții numim libertate. Acest lucru s-a reflectat inevitabil și asupra situației copiilor cu handicap care se află în grija statului. Unitățile de asistență specială pentru minorii cu deficiențe în anul 1991 era de 80,22% din totalul unităților de asistență socială, iar din acestea, 10,73% au fost centre de integrare prin terapie ocupațională, 36,17% de centre de recuperare și reabilitare, iar 33,32% au fost căminele școală pentru copiii cu deficiențe. Aceste valori s-au menținut oarecum în parametri asemănători până în anul 1993, inclusiv. În anul următor, 1994 ponderea totală a unităților de asistență specială pentru minorii cu deficiențe a fost de 76,27 de asemenea centre, din care 6,78% au fost centre de integrare prin terapie ocupațională, iar centrele de recuperare și reabilitare erau de 39,40% și până în 1997 aceste valori nu înregistrează schimbări spectaculoase. În 1998, ponderea totală a acestor unități de asistență specială pentru copiii cu deficiențe a fost de 61,28% din totalul unităților de asistență socială, iar în 1999 aceasta a scăzut până la valoarea de 54,73%.

Această evoluție este explicată prin faptul că reforma sistemului de întraajutorare a persoanelor cu handicap a fost una constantă, încă de la începutul anilor 1990. De exemplu, existența unităților Autorității Naționale pentru Persoane cu Handicap. Până în 1999, unitățile de asistență specială pentru minori și adulți s-au numit „cămine”. Începând cu 1 iunie 1999, conform OUG nr. 102 pe 30/05/1999, acestea s-au reorganizat și au primit denumirea de centre. De asemenea, centrele de recuperare și reabilitare includ: centre-pilot de recuperare și reabilitare pentru persoanele cu handicap, centre de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică și centre de recuperare și reabilitare pentru persoanele cu handicap, inclusiv centre de zi (vezi *Figura nr. 1*).

Figura nr. 1

Situția minorilor cu deficiențe aflați în unitățile de asistență specială între anii 1991–1999



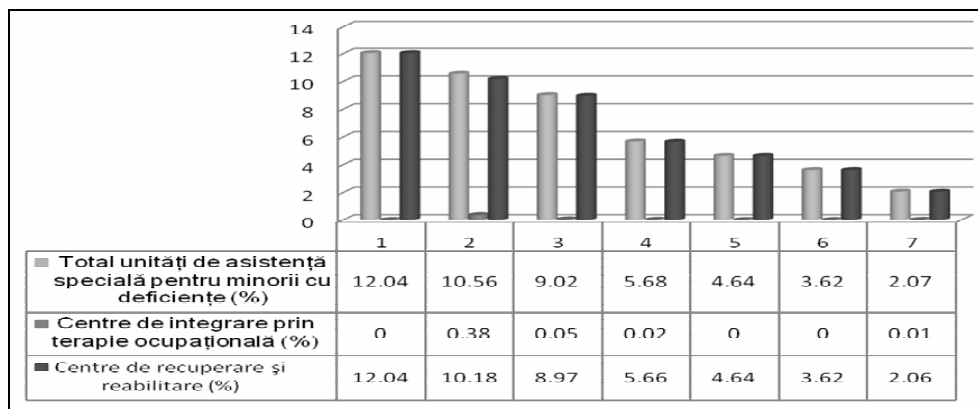
Sursa: Prelucrare după: Institutul Național de Statistică, Anuarul Statistic al României, 2007.

Trebuie spus faptul că aceste unități de asistență specială destinate minorilor cu handicap nu se ridicau la standardele europene, iar personalul nu era întotdeauna calificat corespunzător și remunerat pe măsura responsabilităților. Din anul 2000, situația copiilor aflați în unitățile de asistență specială începe să se schimbe radical, deoarece aceștia au fost transferați în instituții de tip rezidențial, iar ponderea totală a unităților de asistență specială pentru minorii cu deficiențe din acel an a fost de 12,04% din unitățile de asistență socială, acestea fiind numai centre de recuperare și reabilitare. În anul următor, ponderea acestora a scăzut și a ajuns la valoarea de 10,56% din unitățile de asistență socială, dintre care 0,38% sunt centre de integrare prin terapie ocupațională, iar restul sunt centre de recuperare și reabilitare. Această scădere a unităților de asistență specială pentru minorii cu deficiențe va continua și în următorii ani, iar în 2006 ajunsese la numai 2,07% din unitățile de asistență socială și numai 0,01% din acestea sunt centrele de integrare prin terapie ocupațională și restul de 2,06% au fost centre de recuperare și reabilitare. Scăderea numărului de copii provine din transferul minorilor conform HG nr. 261 pe anul 2000 în instituții de tip rezidențial (Centre de plasament ale Serviciilor Publice din subordinea administrației publice locale – consilii județene sau consilii locale ale sectoarelor municipiului București; centre de plasament ale Organizațiilor Private Autorizate) (vezi *Figura nr. 2*).

Un articol în ziarul *Cotidianul* (Crăciun, 2009), cu titlul „Copiii cu handicap legați de pat, imaginea României și în 2009” atrage atenția, reamintind de povestea celor 137 de copii, din centrele de plasament, pe atunci numite „cămine/case de copii”, care au decedat înainte de evenimentele din decembrie 1989.

Figura nr. 2

Situția minorilor cu deficiențe aflați în unitățile de asistență specială între anii 2000–2006



Sursa: Prelucrare după: Institutul Național de Statistică, Anuarul Statistic al României, 2007.

Și în fine, de parcă n-ar fi de ajuns această imagine sinistră a României, dintr-un alt articol, numit generic „Codul civil abuzează copiii cu handicap mintal”, din ziarul *Foia Transilvană*, aflăm că Noul Cod Civil, care se află zilele acestea pe masa aleșilor noștri, prevede ca minorii sau adulții lipsiți de discernământ din cauza unui handicap mintal ar putea deveni cobai pentru progresul științei (Leonte, 2009). Acest Cod civil (aflat la stadiul de proiect deocamdată) contrazice Legea nr. 487, din data de 11.07.2002 (publicată în Monitorul Oficial, nr. 589, din 08.08.2002), cu privire la promovarea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu handicap. Iată ce scrie la Art. 35: „Nu este admisă nici o discriminare bazată pe o tulburare psihică. Orice persoană care suferă de o tulburare psihică are dreptul să își exercite toate drepturile civile, politice, economice, sociale, culturale recunoscute în Declarația Universală a Drepturilor Omului (...) la care România a aderat”.

Centrele publice românești de plasament abia dacă mai fac față numărului destul de mare de minori aflați sub protecția lor și de aceea centrele private de plasament sunt bine-venite. Nu trebuie scăpat din vedere amănuntul ce ține de autorizația dată acestor centre din sistemul privat deoarece și acestea trebuie să țină cont de anumite reguli și să le respecte atunci când vine vorba de copiii pe care îi au în grijă.

În România, în anul 2000, ponderea totală a centrelor publice de plasament este de 5,13% din unitățile de asistență socială, iar cele private au un număr de 2,25% din unitățile de asistență socială, cu mult mai scăzut față de sistemul public de protecție. Însă în 2006 centrele de plasament ce aparțineau statului erau de 11,40%, iar cele din sistemul privat ajung la 4,05%, în cazul acestora din urmă înregistrându-se o creștere considerabilă (INS, 2007).

Într-un centru de recuperare, adresat copiilor cu nevoi speciale, ar trebui să existe o echipă bine încheată de specialiști din domenii de referință, care să

lucreze, să colaboreze în scopul recuperării acestor copii. Familiile care au un copil cu handicap se confruntă cu o serie de probleme dificile și uneori greu imaginabile, având o deosebită nevoie de consiliere. În unele cazuri aceste probleme pot duce la destrămarea acelei familii mai ales când apar tensiunile, reproșurile, disperarea și frustrarea (Lebovinici și Gayda, 2000). Acești părinți se pot autoculpabiliza și izola de toată lumea, afundându-se în propria durere. Cel mai bun lucru pe care îl pot face părinții care au un copil cu handicap este să-și accepte copilul așa cum este el și să-l ajute să progreseze, să învețe, să se dezvolte, să-l iubească și să-l asigure că nu este singur într-o asemenea luptă.

Chiar și familia extinsă (unchi, mătuși, veri etc.) poate provoca anumite situații de nedorit când vine vorba de un copil cu dizabilități. Aceștia pot ocoli respectivul copil, deoarece le poate provoca o stare de disconfort și chiar emoții negative (tristețe, vinovăție nejustificată). O familie care are un copil cu dizabilități se poate însingura voit sau nu, însă acest lucru, evident, nu este benefic pentru nimeni (Silver, 2004). Dacă ar fi să luăm un adult cu dizabilități și un copil care se confruntă cu aceleași probleme, vom constata faptul că cel mic va simți acele dureri, fie că sunt fizice sau psihice, mult mai intens decât persoana matură. Lumea copilului este total diferită de cea a adultului (*ibidem*).

Toți copiii trebuie să beneficieze de o **educație care promovează egalitatea și nondiscriminare în drepturi**. Această educație trebuie să se bazeze pe formarea fiecărui individ în parte, o pregătire a copilului pentru viața sa de adult, care va avea copii la rândul său. De asemenea, educația individuală a fiecărui copil cu nevoi speciale în parte trebuie să permită adaptarea procesului educațional în sine, plinuindu-se pe necesitățile copilului (Colker, 2009). De exemplu, descoperirea înclinațiilor, a abilităților pe care copilul le poate avea și apoi încurajarea dezvoltării lor într-un mod armonios. Acest lucru îi va conferi copilului siguranță de sine și dorință de a învăța, de a căpăta independență. Există copii cu dizabilități care au fost respinși în repetate rânduri de societate în general și de către cunoscuți în special, iar acest lucru a facilitat drumul către dezvoltarea unor comportamente agresive, ca răspuns la aceste reacții ale celor din jur. Un asemenea refuz poate fi extrem de periculos pentru dezvoltarea armonioasă a copilului (Stump, Ratliff, Wu, și Hawley, 2009, în Matson, coord.). **Atașamentul copilului față de părinții săi** are o mare importanță în dezvoltarea sa, iar în cazul unei respingeri, a unei relații superficiale sau chiar inexistente, copilul se poate închide în sine, poate deveni agresiv, poate dezvolta reacții de anxietate severă etc. (*idem*).

Pot exista situații în școală când copiii cu dizabilități pot fi pedepsiți de cadrele didactice mai puțin informate în legătură cu problemele pe care respectivii copii le au. De aceea pentru evitarea unor astfel de situații neplăcute, părinții trebuie să informeze toate cadrele didactice, dar și conducerea școlii trebuie să organizeze anumite cursuri cu privire la aceste probleme extrem de complexe și de actualitate. De exemplu, în Statele Unite ale Americii au avut loc astfel de situații și de aceea, azi, majoritatea profesorilor sunt foarte bine informați în legătură cu toți copiii pe care îi au la clasă (Dean, 2009).

Învățământul special este foarte important în creșterea și dezvoltarea copiilor cu nevoi speciale și de aceea trebuie acordată o mai mare atenție acestui sector din punctul de vedere al alocării fondurilor pentru o calitate mai bună a serviciilor, dar și o specializare pe măsură a cadrelor didactice. Oricât de redundant ar părea acest lucru, pe termen lung, educația copiilor este extrem de importantă. Ponderea totală a copiilor aflați în învățământul special, în 1994/1995, este de 72,03%, dintre care 10,47% sunt copiii din școlile speciale pentru cei cu deficiențe de vâz, 22,41% sunt copiii cu deficiențe de auz din școlile destinate lor, iar în căminele școală pentru copiii cu dizabilități sunt 30,09% de beneficiari. Această pondere totală a copiilor aflați în învățământul special crește ușor și în perioada 1998/1999, fiind de 86,72%, din care 11,30% sunt copiii din școlile speciale pentru cei cu deficiențe de vâz (un procent ceva mai mare față de anii precedenți), 20,67% sunt copiii cu deficiențe de auz din școlile speciale și copiii cu dizabilități aflați în căminele școală, au un procent de 36,64%. În același an școlar, copiii aflați în școlile speciale pentru deficiențe motorii, pentru deficiențe comportamentale (socioafective), centre de pedagogie curativă, terapie specială, școli speciale de reeducare, au o pondere mai mare, în comparație cu anii precedenți și anume de 18,11%. În 1999/2000, copiii aflați în clasele speciale integrate în învățământul obișnuit au o pondere de numai 9,06% din totalul copiilor care fac parte din clasele integrate în școlile speciale și anume de 79,49%. Clasele speciale care sunt integrate în învățământul tradițional, obișnuit, sunt o adevărată provocare pentru profesori, care trebuie să se adapteze condițiilor, pentru părinții copiilor, dar mai ales pentru micuți (INS, 2007).

Situația este mult mai complexă decât ne-am imaginat la început. În cazul unei clase mixte de elevi din învățământul tradițional, obișnuit, cadrele didactice au cel puțin obligația morală de a veghea la buna înțelegere dintre copii, la educarea acestora în vederea acceptării diferențelor de orice fel, la facilitarea integrării școlare a celor care au nevoie de acest lucru.

Copiii beneficiari ai învățământului special în 2000/2001 au o pondere de 73,87% din totalul copiilor cu nevoi speciale luați în evidența instituțiilor abilitate, din care 10,65% au fost copiii din centrele școlare speciale, 1,65% au fost cei din centrele de educație specială și 12,90% fiind copii cu dizabilități care fac parte din clase speciale integrate în învățământul obișnuit. Căminele-școală pentru minorii cu dizabilități găzduiau din ce în ce mai puțini beneficiari, astfel încât, în anul școlar amintit mai sus, ponderea acestora a fost de numai 12,80% din totalul copiilor cu nevoi speciale. Treptat, ponderea totală a copiilor aflați în învățământul special a scăzut, pentru ca în perioada 2006/2007 să se ajungă la valoarea de 39,16% din totalul copiilor cu nevoi speciale luați în evidența instituțiilor abilitate, iar din aceștia 7,34% au fost copiii din școlile speciale pentru cei cu deficiențe de vâz, 12,31% fiind cei care fac parte din școlile speciale pentru copiii cu deficiențe de auz, 7,35% au fost copiii din centrele școlare speciale, 11,18% numai copiii care fac parte din clasele speciale integrate în învățământul obișnuit și 1,55 au fost copiii din căminele școală destinate micuților cu dizabilități. Ponderea copiilor

aflați în clasele speciale integrate în învățământul obișnuit și-a păstrat o valoare relativ asemănătoare, în 2001/2002 fiind de 12,79% din totalul claselor din învățământul special, adaptat nevoilor beneficiarilor de 71,19%, în 2004/2005 fiind de 11,57% din totalul de 51,27%, iar în 2005/2006 aceasta a ajuns la 11,26%, dintr-un total de 56,58% (INS, 2007).

Oamenii sunt diferiți, gândesc și acționează diferit, reflectă realitatea din perspectiva credințelor și a experiențelor pe care le-au dobândit de-a lungul vieții. Dacă nu am fi diferiți unii de alții, ne-am plictisi îngrozitor pe lumea asta, astfel, o lume în care toți indivizii sunt identici din punct de vedere genetic este o lume sterilă (Maximilian, 1980). Ignorând aceste diferențe, în final rămâne ființa umană.

PRINCIPII PRACTICE ALE ASISTENȚEI SOCIALE APLICATE ÎN CAZURILE COPILOR CU DIZABILITĂȚI – ROLUL ASISTENTULUI SOCIAL

În perioada comunismului, țara noastră nu a avut un sistem de asistență socială comunitară, serviciile de profil fiind desființate, și, de asemenea, și învățământul de specialitate. Cu alte cuvinte, sistemul de asistență socială a fost șters cu buretele, luând naștere instituții de mari dimensiuni destinate copiilor abandonați și având condiții improprii dezvoltării acestora (Buzducea, 2009).

În România, la ora actuală, încă nu există un sistem de asistență socială bine pus la punct. Trebuie spus că asistența socială a apărut în întâmpinarea problemelor și suferințelor oamenilor (Buzducea, 2005). Dacă vine vorba de copiii cu nevoi speciale, iată care au fost principalele soluții ale sistemului românesc de protecție specială: închiderea fostelor internate de pe lângă școlile speciale, închiderea instituțiilor de tip vechi care protejau copiii cu handicap sever și crearea unor servicii bazate pe recuperare, stimulare și păstrarea legăturilor cu familia (idem).

Termenul de asistență vine din latinescul *assisto* și *adsisto*, care înseamnă a fi alături de cineva, a-i acorda sprijin și ajutor în rezolvarea unor probleme (Dumitru, 2008). **Comportamentul concret al unui asistent social** trebuie să urmeze anumite linii, acesta trebuie să fie empatic, binevoitor, răbdător, competent, comunicativ, eficient în luarea și punerea în practică a deciziilor, să respecte demnitatea persoanei asistate, să păstreze confidențialitatea cazurilor la care lucrează, să fie solidar cu beneficiarul și să construiască o relație bazată pe încredere cu acesta (Albu, Albu și Petcu, 2001). Nu trebuie scăpat din vedere faptul că asistentul social este cel care ține legătura cu toți ceilalți specialiști, precum: medicul pediatru, medicul de familie, medicul de specialitate, psihologul, kinezoterapeutul, educatorul etc. Aceste legături care se formează în cadrul echipei multidisciplinare urmăresc interesul asistatului. În această situație, asistentul social mai are și rolul de coordonator (idem), cunoscând întreaga rețea care se formează în jurul unui caz.

Trebuie, pe cât posibil, evitată crearea de dependență a persoanei asistate și încurajarea autonomiei acesteia. **Lucrul cu persoanele** cu deficiențe, fie fizice și/sau

psihice, este destul de dificil, solicitând din partea întregii echipe multidisciplinare efort maxim. Copilul cu astfel de probleme trebuie încurajat în demersul său de recuperare, înțeles, sprijinit și aici intervine și rolul important al familiei. Un copil care are un anumit tip de handicap se poate simți, în cea mai mare parte a zilei, marginalizat și ridiculizat de ceilalți copii, care pot fi extreme de cruzi uneori, mai ales când vine vorba de anumite diferențe fizice. Imaginea copilului despre sine trebuie să fie una de luptător și implicit de învingător, construirea unei personalități echilibrate, care să-i ofere acea siguranță de sine cere mult timp și efort. Emoțiile unui copil cu nevoi extrem pot fi total diferite de cele ale unui copil considerat normal, sănătos. Un asemenea copil percepe diferit lumea și de aceea asistentul social trebuie să fie extrem de atent la aceste diferențe în a reflecta sau a reacționa la anumiți stimuli.

Părinții care au un copil cu dizabilități sunt, de asemenea, marcați profund de acest lucru, având uneori probleme diferite față de ceilalți părinți. **În sens practic**, e necesar ca asistentul social să lucreze și cu părinții pentru a-i ajuta să-și înțeleagă copilul și să-l poată ajuta, la rândul lor. **Concret**, să aibă loc o „educare” și o informare realistă a părinților, în vederea sprijinirii copilului lor. **De exemplu**, în cazul în care părintele primește vestea conform căreia copilul său are un handicap (de văz, auz, psihic etc.) și trebuie să se lupte pentru a obține facilitățile și îngrijirea necesară în acest sens. Este o situație în care părintele poate intra în panică, se poate izola sau poate refuza acceptarea situației. Aici, asistentul social are un rol crucial în intervenția asupra cazului, la nivelul părintelui, în vederea informării corecte a acestuia asupra etapelor ce se cer a fi parcurse. Există situații în care părintele trebuie consiliat psihologic, înainte de a putea discuta despre un plan individual de intervenție bazat pe nevoile speciale ale copilului său.

Din cauza diferențelor anatomice sau psihice, personalitatea copilului poate avea de suferit, dacă nu beneficiază de sprijin și încurajare din partea celor din jur. Un asemenea copil poate dezvolta anumite comportamente agresive, reacții somatice sau să se retragă într-o lume numai a sa. Asistentul social, împreună cu familia copilului, au misiunea de a evita acest lucru. Copilul trebuie să capete încredere în specialiștii care îl ajută la recuperare pentru a avea rezultate maxime (idem).

Asistentul social se pliază pe nevoile asistatului și nu invers, copilul trebuie să primească exact acel sprijin de care are nevoie, construirea unui plan individual de intervenție pentru fiecare caz în parte. Treptat, copilul trebuie să dobândească și o anumită independență, dar acest lucru se construiește într-un timp relativ lung. Această independență îl va ajuta în viitor, când va deveni adult. Intervenția personalizată presupune depășirea unei stări critice și se bazează pe (Cojocaru, 2005):

- ✓ identificarea tuturor vulnerabilităților și nevoilor;
- ✓ negocierea contractului cu responsabilitățile și drepturile ce decurg de aici.
- ✓ încurajarea părinților de a-și clarifica și analiza toate problemele și urmărirea rezolvării acestora;
- ✓ efectuarea unei evaluări realiste a resurselor disponibile ale familiei, dar și ale sistemului de înțajutorare;

✓ încurajarea familiei în orice demers de sprijinire a copilului și inducerea unei gândiri care să accentueze părțile pozitive.

Asistentul social are datoria de a informa familia cu privire la toate posibilitățile de tratament existente și la șansele de recuperare ale copilului pe baza diagnosticului dat de medicii specialiști. Astfel, familia poate lua o hotărâre în deplină cunoștință de cauză în ceea ce privește procesul de recuperare a copilului.

Fiecare copil în parte este un univers întreg extrem de diferit de ceilalți copii și de aceea întreaga echipă de specialiști trebuie să observe aceste particularități și să își adapteze modul de lucru în funcție de acestea. De asemenea, obiectivele cazului trebuie și ele adaptate în funcție de aceste particularități.

Proiectul individualizat de intervenție se traduce prin realizarea unei schimbări dorite, de modificare a comportamentelor individuale, exprimată sub forma unui plan detaliat de activități, ce urmăresc atingerea obiectivelor fixate în vederea obținerii unor rezultate anticipate, pe o perioadă determinată de timp. Acest tip de intervenție este specific individului sau familiei (Cojocaru, 2006). **Ciclul procesului de intervenție individuală într-un caz real** trebuie să parcurgă anumite etape, începând cu evaluarea inițială, identificarea resurselor, stabilirea de obiective, planificarea intervenției, semnarea contractului cu beneficiarul, realizarea intervenției, supervizarea cazului, reevaluarea situației persoanei asistate, evaluarea rezultatelor, monitorizare postintervenție și încheierea cazului (idem). **Supervizarea** este o relație profesională, care are la bază conștientizarea elementelor mai puțin evidente în cotidianul intervențiilor. **Evaluarea** eficienței supervizării se poate realiza prin investigația dimensiunilor relației dintre supervizor și supervizat (Muntean, 2007, în Sagebiel și Muntean, coord.), în cazul nostru, dintre asistentul social și persoana asistată. Cu alte cuvinte, planul intervenției este un instrument de structurare a activității, în vederea producerii schimbărilor dorite și pentru beneficiar (Cojocaru și Cojocaru, 2008).

Evaluarea, în practică, trebuie să aibă loc în mod constant pe tot parcursul procesului de recuperare, fiind făcută în interesul asistatului și pentru îmbunătățirea și adaptarea permanentă a serviciilor. Această evaluare trebuie să ajute în mod concret echipa de specialiști pentru a-și maximiza performanțele. Trebuie văzut ce anume e de făcut, cum trebuie acționat și dacă s-a făcut tot ceea ce trebuia, în conformitate cu resursele existente (Howe, 2001).

Rolul asistentului social în cazurile copiilor cu nevoi speciale este vital și asistența socială intervine exact în acele cazuri în care celelalte servicii ale societății stabilesc faptul că nu sunt eligibile în acordarea sprijinului (Anderson, 1982/1989). De aceea asistența socială este vitală într-o societate care se vrea modernă, prosperă și liberă.

De regulă, asistenții sociali lucrează cu oameni care au fost refuzați de orice alt sistem, care sunt unici în nevoile lor și de aceea munca depusă în acest sens este una imensă, cu mari responsabilități și foarte solicitantă. Asistentul social are foarte multe datorii, dar printre acestea, în cazurile copiilor cu dizabilități se numără (Idem):

- ✓ informarea familiei și punerea ei în contact cu serviciile existente;
- ✓ negocierea cu aceste servicii în interesul superior al persoanei asistate;
- ✓ stabilirea unei strânse relații cu familia și asistatul;
- ✓ programarea serviciilor de așa manieră să ajute asistatul;
- ✓ găsirea de soluții fiabile în rezolvarea problemelor ce pot apărea;
- ✓ asigurarea că asistatul primește tot ajutorul de care are nevoie și de care sistemul dispune;
- ✓ o bună cunoaștere a asistatului pentru a putea colabora cu acesta cât mai eficient.

Atmosfera din familie trebuie să fie una normală, lipsită de tensiuni, iar școala ar putea aduce o mare contribuție la acest lucru (idem). Se impune educarea tuturor copiilor de a nu mai fi reticenți la diferențele fizice sau psihice ale altor copii de vârsta lor. De asemenea, această educație este cu atât mai eficientă, dacă în fiecare familie ar fi încurajată toleranța față de copiii cu nevoi speciale.

SLĂBICIUNILE SISTEMULUI ROMÂNESC DE PROTECȚIE A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI – APLICAȚII PRACTICE

Nu doar statul are responsabilitatea de a ajuta la integrarea în societate a persoanelor cu dizabilități, ci și cei din jur – familia, comunitatea. Persoanele cu dizabilități au dreptul la o viață normală, la demnitate și nediscriminare.

Persoanele cu handicap trebuie să beneficieze de anumite drepturi care li se cuvin, conform legilor în vigoare. Este absolut necesar ca aceste drepturi să fie acordate numai în urma unor investigații complete, riguroase, efectuate de către echipa multidisciplinară din cadrul instituțiilor abilitate în acest sens, așa cum este Serviciul de Evaluare Complexă din cadrul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului, sector 6, București.

Convenția privind Drepturile Copilului, adoptată de către Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite (noiembrie, 1989) și ratificată de marea majoritate a țărilor lumii, are la bază înțelegerea profundă a copiilor și adolescenților. Și România a ratificat această convenție, încă din anul 1990. Astfel, sunt promovate și protejate drepturi precum cel referitor la libertățile și drepturile civile, dreptul la familie și îngrijiri alternative, dreptul la educație și protecție socială, în condiții speciale (Stănescu, 2006).

Sistemul de protecție a persoanelor cu dizabilități din România este de dată recentă, bazele acestuia fiind puse în anul 1990, odată cu adoptarea de către Guvernul României a H.G. nr. 1100/1990 privind înființarea Secretariatului de Stat pentru Handicapați, publicată în Monitorul Oficial, P. I, nr. 295/21.11.1990 (Mihăilescu, Teodorescu, Stoenescu, 2003).

În situația reală, în care părintele unui copil află de la medic faptul că puiul său are un handicap, apar sentimente variate, complexe. De multe ori, aceștia nu știu unde să apeleze pentru a afla mai multe detalii despre deficiența copilului lor.

Din păcate, sistemul românesc nu este încă pregătit să facă față într-un mod profesional și la un nivel înalt de calitate unor asemenea probleme delicate.

Nivelul de informare al părinților în ce privește procedura de obținere a certificatului de încadrare într-un grad de handicap, drepturile și obligațiile, consecințele, instituțiile abilitate în domeniu și altele, este extrem de scăzut, copiii având de suferit din această situație. Atunci când copilul este diagnosticat în timp util, se poate face o recuperare parțială sau aproape totală. Tocmai din acest motiv este extrem de important ca acest **diagnostic** nu numai să fie pus la timp, ci și să fie corect. Există și părinți care refuză să-l ducă la medic pe copil spre a fi examinat și diagnosticat, pentru ca apoi să se poată începe recuperarea, tocmai din cauza temerii de a nu fi arătați cu degetul de către cunoscuți, din teama de a nu deveni un subiect de discuție. Asemenea părinți cred că dacă ignoră suficient de mult suferința celui mic, aceasta va dispărea în timp, fiind chiar neobservată.

Sistemul românesc este gândit în așa natură încât numai părinții cu nervi de oțel și o determinare de Sisif să poată reuși să obțină drepturile pentru copiii lor. Restul părinților se simt mici și chiar inutili în fața ghișeurilor și a funcționarilor mult prea plictisiți, acriți. Un copil cu dizabilități nu este un simplu număr de dosar aruncat undeva, așteptând să îi vină rândul pentru a fi instrumentat, ci este o ființă umană care are nevoie de ajutor, în primul rând pentru a înțelege ce anume se întâmplă și abia apoi pentru a afla care îi sunt drepturile. **România nu dispune de un sistem de consiliere pentru părinții** care au un copil cu dizabilități, să le explice ce anume înseamnă nevoia specială, unde anume se pot duce pentru a solicita sprijin, ce acte sunt necesare pentru încadrarea într-un grad de handicap.

Conform Legii nr. 448 din 06.12.2006 (Monitorul Oficial, nr. 1 006 din 18.12.2006), la Art. nr. 85 este specificat faptul că există patru grade de handicap: ușor, mediu, accentuat și grav. Iar tipurile de handicap sunt: fizic, vizual, auditiv, surdocecitate, somatic, mintal, psihic, HIV/SIDA, asociat, boli rare.

Există convenția cu privire la drepturile copilului, adoptată de către Organizația Națiunilor Unite în cadrul adunării generale din data de 20.11.1989, pe care România a ratificat-o în 1990, prin Legea nr. 18 pe anul 1990 (Monitorul Oficial, nr. 109 din 8.09.1990). Unul dintre principiile care stau la baza drepturilor copilului este nediscriminarea în ceea ce privește acordarea drepturilor cuvenite copiilor, indiferent de religie, apartenența etnică, rasă, culoare, cultură, etc. Respectarea și urmărirea interesului superior al copilului este un principiu care primează sau ar trebui să primeze în tot și în toate. În aceeași convenție se face referire și la copilul cu dizabilități, căruia trebuie să i se asigure o viață cât mai decent și cât mai normal posibil, unde trebuie să-i fie respectată demnitatea și să-i favorizeze autonomia. De asemenea sunt promovate drepturile, dar și obligațiile părinților ce decurg din bucuria de a crește un copil, de a-l ajuta să se dezvolte, la fel ca și promovarea accesului liber la învățământ (pregătirea școlară la domiciliu în cazul copiilor care nu se pot deplasa) și cultură (bilete gratuite la diverse spectacole, muzee, locuri gratuite în tabere), dreptul la asistență medicală (cărucioare, proteze, cârje și ghetete ortopedice gratuite, furnizate din fondul de asigurări de sănătate care este gestionat de către casele de asigurări de sănătate de care aparține respectivul asigurat) și la servicii de recuperare.

În situația concretă de viață în care părintele trebuie să obțină un certificat de încadrare într-unul din cele patru grade de handicap pentru obținerea drepturilor ce i se cuvin copilului său, de obicei medicul pediatru trebuie să scrie o trimitere pentru medicul specialist, axată pe problema respectivă. Aceste acte eliberate de către medici sunt valabile numai trei luni de la data eliberării lor și nu mai mult. Iar dacă instrumentarea dosarului durează mai mult, toate actele trebuie făcute din nou, asta spre exasperarea, disperarea și indignarea părinților, deoarece ei sunt cei care trebuie să umble și să bată la toate ușile pentru a le obține. După ce dosarul a fost acceptat de către reprezentanții Direcției Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului de pe raza teritorială unde își are domiciliul copilul respectiv; urmează apoi vizita asistentului social acasă și evaluarea efectuată de către o echipă formată din mai mulți medici specialiști, la sediul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului. Încadrarea într-un grad de handicap se face de către Comisia pentru Protecția Copilului, care se găsește în fiecare Direcție Generală de Asistență Socială și Protecție a Copilului. După primirea aprobării dată de acești specialiști, dosarul va face „o plimbare” până la comisia din aceeași Direcție Generală de Asistență Socială și Protecție a Copilului care va avea cuvântul final asupra încadrării sau nu într-un grad de handicap.

De exemplu, persoana care obține acel certificat de încadrare într-un grad de handicap, în funcție de acesta poate beneficia de unul sau mai multe din următoarele drepturi cuvenite (Legea nr. 448 din 06.12.2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap și OUG nr. 14 din 07.03.2007, pentru modificarea și completarea Legii 448 din 06.12.2006):

- călătorii gratuite cu trenul (în număr de 12 atât pentru copil, cât și pentru însoțitorul său);
- copilul va primi o alocație de stat până la împlinirea vârstei de 3 ani (suma de 200 RON);
- bugetul personal complementar (84 RON);
- transport urban gratuit pentru copil și însoțitorul său;
- program de lucru redus până la patru ore pentru părintele care are în îngrijire un copil cu handicap, până când acesta împlinește vârsta de 18 ani;
- concediu și indemnizație de creștere a copilului, până la vârsta de 3 ani;
- dreptul la concedii medicale pentru părintele care are un copil cu dizabilități în grijă, ce necesită internare până la vârsta de 18 ani;
- asistent personal (dacă minorul beneficiază de acest drept, părintele nu mai poate beneficia de programul redus de lucru, de concediile medicale);
- mamele care au copil cu dizabilități pot sta acasă în concediu de creștere a copilului, timp de 7 ani (aici există multe astfel de **situații în care** mamele au ales să rămână acasă pentru a putea avea grijă de copil);
- până la împlinirea vârstei de 3 ani de către copilul cu dizabilități, concediul și indemnizația de creștere este aceeași ca și pentru copiii normali, apoi între 3 și 7 ani, mamele care au un loc de muncă pot beneficia de concediu de îngrijire a copilului și primesc o indemnizație lunară de 450 RON;

➤ **în situația în care** mama nu este salariată, copilul de până la 3 ani primește o indemnizație de 300 RON, iar între 3 și 7 ani, indemnizația este de 150 RON (nu se poate spune că e mult, însă este un ajutor util);

➤ **dacă** mama nu este salariată și are și ea un handicap, aceasta va beneficia de suma lunară de 450 RON, iar între 3 și 7 ani, indemnizația este de 300 RON.

Foarte mulți părinți pot avea următoarea problemă: „Ce anume se întâmplă cu perioada în care părintele are grijă de copilul său?”. Astfel, perioada pentru care părintele are în grijă un copil cu handicap și primește indemnizație, este considerată vechime în muncă, iar plățile pentru asigurările de sănătate sunt suportate de la bugetul de stat.

Concret, evaluarea complexă se realizează în termen de maxim 60 de zile de la data depunerii dosarului și înregistrării cererii. Pe lângă certificatul de încadrare în gradul de handicap, părintele primește și „structura-cadru a planului de recuperare”, unde sunt însemnate diversele servicii la care are dreptul copilul cu dizabilități. Fiecare din aceste planuri de recuperare trebuie să se plieze pe nevoile copilului și nu să fie preluate neadaptat pentru toți copiii, indiferent de afecțiune.

În continuare, **voi analiza atribuțiile concrete ale** Serviciului de Evaluare Complexă a Copilului cu Dizabilități din cadrul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului, sector 6, București (disponibil *online* la: www.protecziacopilului6.ro) care sunt următoarele: identificarea copiilor cu dizabilități și facilitarea demersului acestora de a se adapta în plan socioșcolar; verificarea tuturor condițiilor ce trebuie îndeplinite în vederea încadrării în gradul de handicap și întocmirea raportului de evaluare complexă a respectivului beneficiar. În altă măsură, elaborează planul individualizat de intervenție și urmărește realizarea acestuia. De asemenea, se ocupă cu reevaluarea anuală a beneficiarilor sistemului și propune Comisiei de Protecție a Copilului încadrarea în gradul de handicap, orientarea școlară și după caz, diferite măsuri de protecție. Evaluarea copilului în ceea ce privește orientarea școlară este extrem de importantă, deoarece aceasta va avea ecou asupra a ceea ce se numește viitor și carieră.

O altă problemă a părintelui care are un copil cu nevoi speciale este legată de întocmirea dosarului cu actele necesare încadrării într-un grad de handicap. De aceea consider că este util să menționez actele necesare în acest sens (informație disponibilă *online* la: www.anph.ro):

- ✓ cerere tip;
- ✓ copie după cartea de identitate (acolo unde este cazul) sau certificatul de naștere;
- ✓ certificatul de căsătorie al părinților sau după caz, certificatul de deces, ori sentința judecătorească de pronunțare a divorțului;
- ✓ certificatul medical eliberat de către medicul specialist din cadrul centrelor medicale acreditate;
- ✓ ancheta socială efectuată de către reprezentanții din cadrul serviciului specializat, parte a Direcției Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului din sectorul, respectiv județul unde își are domiciliul solicitantul;

- ✓ documentele medicale, de exemplu: dovezi ale investigațiilor paraclinice solicitate de către serviciul de evaluare complexă;
- ✓ adeverința din care să reiasă venitul părinților;
- ✓ adeverință de la școala unde învață copilul;
- ✓ fișă psihologică tip;
- ✓ fișă medicală tip;
- ✓ fișă de orientare școlară și profesională în cazul absolventului de clasa a VIII-a, din învățământul special;
- ✓ un dosar cu șină.

Nu toată lumea care se confruntă cu astfel de probleme are și acces la informațiile acestea. Deși pare greu de crezut, în România anului 2009, foarte puțini oameni sunt informați în legătură cu drepturile și obligațiile lor, nu știu ce acte trebuie să conțină un astfel de dosar, nu cunosc procedura prin care este instrumentat dosarul. Legea care susține dreptul la informare al cetățenilor este Legea nr. 544, din data de 12.10.2001 privind accesul liber la informațiile de interes public (Monitorul Oficial, nr. 663, din 23.10.2001), iar Art. 1 conține următoarele: „Accesul liber și neîngrădit al persoanelor la orice informații de interes public (...), constituie unul din principiile fundamentale ale relațiilor dintre persoane și autoritățile publice (...)”.

Recuperarea unui copil cu dizabilități trebuie să fie continuă, să aibe loc zi de zi, într-un mediu propice dezvoltării armonioase fizice, psihice, cognitive, sociale etc. În cazul unui copil cu handicap, nu trebuie să așteptăm să-și revină de la sine, fără un ajutor, ci trebuie acceptat faptul că are un handicap și apoi văzut ce anume se poate face pentru ca acesta să poată duce o viață cât mai independentă și mai normală posibil. Un copil se pregătește pentru viață, învață să se descurce în anumite situații, crește și se descoperă pe sine, însă un copil cu dizabilități, pe lângă toate acestea, trebuie să lupte cu el însuși și uneori și cu cei din jurul său. Putem recunoaște faptul că România încă nu dispune de mijloacele materiale, de interesul și considerația atât de necesare sistemului de întrajutorare a persoanelor cu dizabilități. De asemenea, părinții care au un copil cu dizabilități și se confruntă cu o mulțime de probleme legate de situația materială, de multe ori aceste dificultăți fiind cauzate chiar de sistem, despre care am discutat și care nu pare să fie de partea persoanelor pe care, culmea, le protejează.

De multe ori societatea pune ștampila pe copilul care se confruntă cu un handicap psihic, în loc să-i creeze acel mediu propice dezvoltării capacităților și abilităților de a avea o anumită independență. Curajul, în asemenea situații este crucial, iar când toți din jur spun că nu mai sunt speranțe, această dorință de a reuși poate dispărea. De asemenea, personalitatea respectivului copil va fi una umbrată de aceste etichete, de faptul că nu este acceptat. Chiar dacă în anumite cazuri copilul cu handicap mintal nu este conștient de ceea ce se petrece în jurul său, el trebuie în continuare tratat ca o ființă umană și nu ca o anomalie. Copilăria este o perioadă de construcție pentru „întregul” ce va ajunge la maturitate și nu trebuie să fie „știrbită” de nimeni și nimic (Goodly și McLaughlin, 2008, în Clavering, Goodly, McLaughlin și Fisher, coord.).

Aplicarea planului individual de intervenție în cazul copilului cu dizabilități nu trebuie pus în practică izolat de familie, de societate, de mediul în care trăiește,

ci toate aceste elemente pot fi utilizate în înțelegerea mai bună a nevoilor de dezvoltare și recuperare. În realitate, persoana cu dizabilități face parte din ceea ce noi numim *lume*. Omul este o ființă biopsihosocioculturală (Zamfir, 1997) și trebuie să se țină cont de toate aceste aspecte când echipa multidisciplinară din cadrul Direcției de Asistență Socială și Protecție a Copilului elaborează planul individual de intervenție pentru persoana care tocmai a fost încadrată într-unul din cele patru grade de handicap. Fie că este vorba de handicap neuromotor (afectarea componentelor neuromotrice), sau handicapul mintal (o reducere a capacității intelectuale și psihice care duc la incapacitatea de adaptare la mediul înconjurător); planul de intervenție trebuie să fie credibil sub aspectul rezultatelor sale. Orice plan de intervenție are ca scop recuperarea copilului respectiv. De multe ori, aceste planuri sună destul de bine pe hârtie, însă când vine vorba de punerea lui în aplicare apar o serie de probleme și impedimente ce aparțin sistemului de protecție, din cauza lipsei fondurilor, a personalului calificat și nu în ultimul rând, a interesului manifestat de către autorități. Planul de intervenție trebuie să conțină obiective realiste, care se pot realiza și care să poată fi măsurate. Aceste obiective sunt pe termen scurt, mediu și lung, iar punerea lor în aplicare cere o cooperare strânsă între diverși specialiști care au un țel comun: recuperarea copilului.

Guvernul țării noastre a dezvoltat o strategie națională în ceea ce privește protecția și integrarea specială a persoanelor cu handicap, strategie care are la bază următoarele principii (Agenția Națională pentru Persoanele cu Handicap, disponibil online la: www.anph.ro): principiul solidarității, unde este subliniat rolul important al întregii comunități în vederea sprijinirii persoanelor cu dizabilități; principiul descentralizării și responsabilizării comunității, în vederea dezvoltării serviciilor publice specializate; principiul parteneriatului dintre organizațiile nonguvernamentale autorizate și instituțiile statului abilitate în domeniu, parteneriat din care vor avea de câștigat beneficiarii respectivelor servicii; încurajarea persoanelor cu dizabilități de a duce o viață cât mai independentă și de a nu depinde de ajutorul acordat de către stat și, nu în ultimul rând promovarea egalității șanselor, drepturilor și obligațiilor. Toate aceste principii sună destul de bine, mai ales când sunt scrise pompos pe hârtie de calitate superioară, însă dacă privim cu atenție, ne putem da seama că nu dispunem de infrastructura și mijloacele materiale necesare punerii lor în aplicare. Și atunci, pentru ce și, mai ales, pentru cine au fost făcute? Răspunsul la această întrebare nu poate fi decât unul singur, și anume, spre a face impresie bună celor care nu s-au confruntat niciodată cu problemele sistemului de protecție a persoanelor cu dizabilități și dacă avem puțină imaginație, ne putem da seama că lucrurile stau nu tocmai bine în ceea ce privește și celelalte sisteme, cu care ne lăudăm tot pe hârtie.

Aceste **certIFICATE DE ÎNCADRARE ÎN GRAD DE HANDICAP** par a fi distribuite pe aceleași criterii pe care se distribuie și abonamentul pentru transportul în comun, acest lucru este constatat și susținut la unison de mai multe ziare din țară. În ziarul *Obiectiv de Suceava* (Paulic, 2009, disponibil online la: www.obiectivdesuceava.ro) se vorbește despre modul în care părinții, în dorința lor de a mai scăpa de taxe și impozite și de a mai câștiga un ban cinstit de la stat, reușesc să obțină certificatul de încadrare în grad de handicap pentru minor. Titlul acestui articol spune tot: *Fabrica*

de certificate de handicap pentru copii între 2 și 3 ani, părănd să fie o afacere profitabilă să ai un copil cu handicap, în ziua de azi, mai ales pe timp de criză mondială. Deși fiecare dosar depus în acest sens la Direcția Generală de Asistență Socială și Protecție a Copilului, Serviciul de Evaluare Complexă este verificat de două ori, iar copilul este adus în fața comisiei de evaluare, se pare că există „mici scăpări” ale sistemului de protecție socială atât de bine gândit și pus la punct. Problema certificatelor false de încadrare în grad de handicap își face loc și în anul 2008, fiind sesizată în Monitorul de Alba (Moraru, 2008, disponibil *online* la: www.monitorulab.ro), unde într-un articol intitulat: *Mai mulți copii mici cu handicap*, se vorbește despre defecțiunile unui sistem incapabil să distingă între un copil sănătos și unul cu handicap. Același subiect este discutat și în *Jurnalul de Botoșani și Dorohoi* (Melenciuc, 2006, disponibil *online* la: www.jurnalulbtd.ro), cu titlul: *Numărul copiilor cu handicap în creștere*, de unde deducem faptul că această creștere nu numai că avea loc în anul 2006, dar continuă și în prezent.

Concret, nu numai copilul cu dizabilități înfruntă o serie de probleme, ci și familia sa. **De exemplu**, un părinte care dorește să ia parte la un interviu de angajare își trimite dosarul în acest sens unei firme. La scurt timp, acest dosar este respins, fără ca măcar persoana în cauză să ajungă la prima întrevedere sau evaluare. Motivul real este acela că în condițiile în care părintele respective are un copil cu dizabilități, acest lucru impune patronilor să respecte anumite drepturi. Acordarea mai multor beneficii angajatului respectiv, beneficii care costă destul de mult, iar asta nu face bine profitului respectivei firme. Acest lucru se suprapune situației actuale, extrem de instabilă pe plan economic și resimțită atât la nivel mondial, cât și la nivelul țării noastre. Dacă vorbim de țara noastră, această instabilitate este cauzată, în mare parte, de schimbări uneori ilogice și chiar haotice, care seamănă cu un fel de experiment și dacă schimbarea adoptată funcționează este bine, dacă nu, încercăm altceva. Aceste experimente s-au făcut pe sistemul de sănătate, pe sistemul de învățământ, justiție, economie și lista poate continua. Suntem oare în măsură să aplicăm reguli și legi negândite? Sigur că nu, însă este destul de palpitant să riscăm în acest sens și se pare că ne-am obișnuit cu asta. Eșecurile acuzate de un guvern survin celor acuzate de guvernul precedent și acest spectacol încântă pe mulți într-o țară în care am plătit scump în anul 1989, tocmai pentru a avea libertate și pentru a putea adopta acele standarde de viață la care nu puteam decât visa. Se pare că mai visăm și azi la ele și singura diferență dintre atunci și acum pare a fi faptul că acum putem să visăm cu voce tare. Așteptăm o minune în cazul sistemului de protecție a persoanelor cu dizabilități, însă nu facem nimic pentru a-l îmbunătăți sau poate a-l schimba din temelii și tot așa așteptau și bunicii noștri să vină americanii. Acest sistem de protecție prezintă numeroase anomalii pe care uneori le recunoaștem, alteori nu și care persistă, deoarece ne-am obișnuit cu el și poate funcționa și așa.

Foarte important de știut este faptul că aceste certificate de încadrare într-unul din cele patru grade de handicap nu sunt pentru scutirea de taxe și impozite pe terenuri, case, luarea unui credit avantajos și alocarea de diverse beneficii materiale de către stat.

POSSIBILE SOLUȚII PRIVIND LUCRUL CU PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI ȘI FAMILIILE ACESTORA

Principalele funcții actuale ale serviciilor de asistență socială țin cont de dezvoltarea capacităților proprii de rezolvare a problemelor apărute și oferă suport profesional de informare, consiliere și terapie pentru beneficiari, informarea asupra diferitelor forme de suport social de care poate beneficia persoana asistată, apărarea intereselor și a drepturilor persoanelor asistate, diagnoza problemelor socioumane, prevenția unor probleme sociale patologice (Buzducea, 2009).

Iată câteva posibile **soluții privind lucrul** cu persoanele cu dizabilități:

➤ sistemul de protecție al persoanelor cu handicap trebuie adaptat după nevoile și dificultățile cu care se confruntă aceste persoane și familiile lor. Persoanele cu nevoi speciale care își cer drepturile și familiile acestora se confruntă cu mari dificultăți în ceea ce privește încadrarea într-un grad de handicap și primirea drepturilor ce decurg de aici;

➤ încurajarea activă și concretă de către stat a mediului privat, în vederea angajării pe piața muncii a persoanelor care au în grijă unul sau mai mulți copii cu nevoi speciale;

➤ în fiecare unitate specializată de acordare a asistenței necesare beneficiarilor cu nevoi special trebuie să existe o echipă bine încheagată de specialiști care să poată aborda fiecare caz în parte din mai multe unghiuri;

➤ existența unui serviciu specializat pentru informarea și consilierea exclusivă a familiilor care au un membru cu dizabilități. Această consiliere, după părerea mea, ar trebui să acopere trei mari paliere: psihologic, social, juridic;

➤ punerea la punct a unui plan solid de reformă a întregului sistem de servicii de asistență socială și alocarea de fonduri suficiente în acest sens. De asemenea, implicarea directă a specialiștilor din domeniul asistenței sociale, medical, juridic, psihologic, sportiv, social, educative, etc., fapt ce ar duce la garantarea unui bun rezultat final. Tot în acest sens, ar fi utile numeroase evaluări și studii privind situația actuală reală și problemele cu care se confruntă atât specialiștii, cât și beneficiarii sistemului de protecție socială;

➤ respectarea standardelor europene;

➤ regândirea metodologiei de lucru la nivel individual;

➤ instruirea, informarea tuturor cadrelor didactice în ceea ce privește problematica extrem de complexă a unui copil cu nevoi speciale;

➤ investirea unor importante resurse materiale și umane în vederea regândirii întregului sistem educațional, în general, dar și a sistemului adresat copiilor cu nevoi speciale. Plierea acestuia pe necesitățile și particularitățile reale ale copiilor. În acest sens, se cere efectuarea unei diagnoze riguroase, la nivel național, a sistemului de învățământ.

De remarcat faptul că România a traversat o perioadă de douăzeci de ani în care au fost implementate mai multe reforme ale politicilor sociale, în general, iar acest „drum” trebuie continuat. Persoanele cu nevoi speciale trebuie încurajate să ducă o viață cât mai independentă posibil în scopul dobândirii respectului și a

încrederii de sine, atât de necesare tuturor indivizilor. Sistemul românesc de asistență socială trebuie să descurajeze dependența beneficiarilor, prin diverse programe și servicii. Este nevoie de mult timp pentru construirea unei asemenea mentalități la nivel individual și colectiv, instituțional.

BIBLIOGRAFIE

1. Albu, A., Albu, C., Petcu, I., *Asistența în familie a persoanei cu deficiență funcțională*, Iași, Editura Polirom, 2001.
2. Anderson, D., *Social work and mental handicap*, London, Editura Macmillan Education Ltd., [1982] 1989.
3. Buzducea, D., *Aspecte contemporane în asistența socială*, Iași, Editura Polirom, 2005.
4. Buzducea, D., *Sisteme moderne de asistență socială. Tendințe globale și practice locale*, Iași, Editura Polirom, 2009.
5. Cojocaru, Ș., *Metode apreciative în asistența socială. Ancheta, supravegherea și managementul de caz*, Iași, Editura Polirom, 2005.
6. Cojocaru, Ș., *Proiectul de intervenție în asistența socială. De la propunerea de finanțare la proiectele individualizate de intervenție*, Iași, Editura Polirom, 2006.
7. Cojocaru, Ș., Cojocaru, D., *Managementul de caz în protecția copilului. Evaluarea serviciilor și practicilor din România*, Iași, Editura Polirom, 2008.
8. Colker, R., *When is separate unequal? A disability perspective*, New York, Cambridge University Press, 2009.
9. Crăciun, O., *Copiii cu handicap legați de pat, imaginea României și în anul 2009*, în „Cotidianul”, 08.01.2009, disponibil online la: www.cotidianul.ro
10. Dean, C.O., *Distinguishing disability. Parents, privilege and special education*, Chicago, The University of Chicago Press, 2009.
11. Dumitru, Al.I., *Consiliere psihopedagogică. Baze teoretice și sugestii practice*, Iași, Editura Polirom, 2008.
12. Gheruț, A., *Problematika asistenței persoanelor cu handicap, cerințe speciale*, în Neamțu, G., *Tratat de asistență socială*, Iași, Editura Polirom, 2000.
13. Goodly, D., McLaughlin, J., Theorising Parents, *Professionals and Disabled Babies*, în Clavering, E., Goodly, D., McLaughlin J., Fisher, P. (coord.), *Families raising disabled children*, New York, St. Martin's Press, 2008.
14. Goffman, E., *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, New Jersey, Pelican Books, 1968.
15. Howe, D., *Introducere în teoria asistenței sociale*, București, Editura Mar Link, 2001.
16. Lebovini, S., Gayda, M., *Les causes de l'autisme et leurs traitements*, Paris, L'Harmattan, 2000.
17. Leonte, L., *Codul civil abuzează copiii cu handicap mintal*, în „Foaia Transilvană”, 24.03.2009, disponibil online la: www.ziareaz.ro
18. Manea, L., *Protecția socială a persoanelor cu handicap*, București, Editura Șansa, 2000.
19. Maximilian, C., *Geneza individualității*, București, Editura Sport-Turism, 1980.
20. Melenciuc, P., *Numărul copiilor cu handicap în creștere*, în „Jurnalul de Botoșani și Dorohoi”, 08.06.2006, disponibil online la: www.jurnalulbtd.ro
21. Mihăilescu, O., Teodorescu, L., Stoenescu, C., *Sistemul de protecție socială a persoanelor cu handicap din România*, București, Editura All Beck, 2003.
22. Moraru, M., *Mai mulți copii mici cu handicap*, în „Monitorul de Alba”, 17.11.2008, disponibil online la: www.monitorulab.ro
23. Moțet, D., *Psihopedagogia recuperării handicapurilor neuromotorii*, București, Editura Humanitas, 2001.
24. Muntean, A., *Câteva aspecte privind supervizarea. Inițierea supervizării în România*, în Sagebiel, J., și Muntean, A. (coord.), *Practici în asistența socială în România și Germania*, Iași, Editura Polirom, 2007.

25. Nirje, B., *Normalization, social integration and community service*, Baltimore, Editura Robert Fleyn, 1980.
26. Paulic, O., *Fabrica de certificate de handicap pentru copii între 2 și 3 ani*, în „Obiectiv de Suceava”, 10.03.2009, disponibil online la: www.obiectivdesuceava.ro
27. Sillany, N., *Dicționar de psihologie*, București, Editura Univers Enciclopedic, 2000.
28. Silver, J.K., *Chronic pain and family*, Massachusetts, Harvard University Press, 2004.
29. Stănescu A., *Sănătatea, un drept vital al copilului*, București, Editura Printek, 2006.
30. Stump K.N., Ratliff, J.M., Wu, Y.P., Hawley, P.H., *Theories of social competence from the top-down to the bottom-up: A case for considering foundational human needs*, în Matson, J.L. (coord.), *Social behavior and skills in children*, New York, Springer, 2009.
31. Vasilescu, D., *Oameni asemenea. Persoanele cu handicap din România*, București, Editura Compania, 2001.
32. Zamfir, C., Normalitatea, în Vlăsceanu, L., Zamfir, C. (coord.), *Dicționar de sociologie*, București, Editura Babel, 1993.
33. Zamfir, E., *Psihologie socială. Texte alese*, Iași, Editura Ankarom, 1997.
34. *** Legea nr. 544, din data de 12.10.2001 privind accesul liber la informațiile de interes public, publicată în Monitorul Oficial, nr. 663, din 23.10.2001.
35. *** Legea nr. 448 din 06.12.2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, publicată în Monitorul Oficial, nr. 1 006 din 18.12.2006.
36. *** OUG nr. 14 din 07.03.2007 pentru modificarea și completarea Legii 448 din 06.12.2006, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, publicată în Monitorul Oficial, nr. 187 din 19.03.2007.
37. *** Legea nr. 487, din data de 11.07.2002 cu privire la promovarea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu handicap, publicată în Monitorul Oficial, nr. 589, din 08.08.2002.
38. *** Legea nr. 18 pe 1990 pentru ratificarea convenției cu privire la drepturile copilului, publicată în Monitorul Oficial, nr. 109 din 8.09.1990.
39. *** *Anuar Statistic 2007*, București, Institutul Național de Statistică, 2006.

Children with disabilities are not handicapped by definition, but children with special needs, who need be understood, not classified. Placement centers for children in Romania are constantly changing, but this work does not necessarily means the enhanced quality of the services provided for them. The system of social protection in Romania after twenty years of transition is still rudimentary and does not meet the needs of persons with disabilities. Also there is the need of an advice service for parents who have a child with disabilities in order to inform and support them. A child with a disability is two times more vulnerable and more sensitive than an adult with disabilities because he/she is more prone to judgments of the other children, who sometimes can be very hard on those who are different. A child generally needs protection, love, support, approval, encouragement and attention, but the child with disabilities needs to know that is not rejected, marginalized, due to his special needs. In the new penal code which is open to public debate, are violeted the fundamental human rights, allowing the tests on people with mental disabilities who can not express a valid agreement for the progress of science. Disability does not define the soul or mind, but it defines those using this as a label.

Keywords: person with disabilities, law, child, special needs.

Primit: 07. 10. 2010

Acceptat: 10. 12. 2010

Redactor: Ioan Mărginean