

© Editura EIKON

București, Str. Smochinului nr. 8, sector 1,
cod poștal 014606, România

Difuzare / distribuție carte: tel/fax: 021 348 14 74
mobil: 0733 131 145, 0728 084 802
e-mail: difuzare@edituraeikon.ro

Redacția: tel: 021 348 14 74
mobil: 0728 084 802, 0733 131 145
e-mail: contact@edituraeikon.ro
web: www.edituraeikon.ro

Editura Eikon este acreditată de Consiliul Național
al Cercetării Științifice din Învățământul Superior (CNCSIS)

Descrierea CIP este disponibilă la Biblioteca Națională a României

ISBN: 978-606-711-978-7

Tehnoredactor: Mihăiță Stroe

Editor: Valentin Ajder

Dr. Tudor Gheorghe / Drd. Cerceloiu Mădălin

Responsabilitate și marketing organizațional în asistența socială a persoanelor cu handicap

E I K O N

București, 2018

39. Organizația Națiunilor Unite, *Regulile Standard privind egalizarea șanselor pentru persoanele cu handicap*, Lucrare editată în limba română cu sprijinul Reprezentanței Speciale a UNICEF
40. Pașa, Florin, Pașa, Luminița, Mihaela, *Asistența Socială în România*, Iași, Editura Polirom, 2004
41. Peattie, S., & Peattie, K. (2002). Ready to fly solo? Reducing social marketing's dependence on commercial marketing theory. *Marketing Theory*, 365-385.
42. Pop, Luana, Miruna, *Imagini Instituționale ale Tranziției*, Iași, Editura Polirom, 2003
43. Pop, Luana, Miruna, *Politici Sociale, Elemente de teorie, analiză și evaluare a politicilor sociale*, București, Editura Economică, 2005
44. Prochaska, J., & DiClemente, C. (1984). *The Transtheoretical approach: Crossing the traditional Boundaries of Therapy*. Homewood: Dow Jones-Irwin.
45. *Revista de Asistență Socială*, nr.6/2002, București, Editată de Catedra de Asistență Socială, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea București, sub egida Comisiei Interministeriale de Asistență Socială, a Comisiei Guvernamentale Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale, a Reprezentanței UNICEF în România, 2002
46. Rusu, Constantin, *Deficiență, Incapacitate, Handicap, Ghid Fundamental pentru protecție, educație specială, readaptarea și integrarea socio-profesională a persoanelor în dificultate*, București, Editura Pro Humanitate, 1997
47. Smith, W. (2001). Ethics and the social marketer: a framework for practioners. In A. Andreasen, *Ethics in Social Marketing* (pp. 1-16). Washington DC: Georgetown University Press.
48. Ștefan, Mircea, *Psihopedagogie Specială – Deficiența de Vedere*, București, Editura Pro Humanitate, 2000
49. Vasilescu, Daniel, *Oameni asemenea, Persoanele cu handicap din România*, București, Editura Compania, 2001

Cuprins

CAPITOLUL I

NOȚIUNI INTRODUCTIVE DESPRE HANDICAP	5
I.1. Originea și evoluția noțiunii de handicap	5
I.2. Criterii și nivele în evaluarea handicapului.....	9
I.3. Modalități de abordare a problematicei persoanelor cu handicap	11
I.4. Tendințe actuale privind egalizarea șanselor pentru persoanele cu handicap	14

CAPITOLUL II

CATEGORII DE HANDICAP. ETIOLOGIE ȘI TIPOLOGII	21
II.1. Deficiența mintală	21
II.1.1. Etiologia deficienței mintale	22
II.1.2. Clasificarea deficiențelor mintale.....	25
II.1.3. Tipologia deficiențelor mintale	27
II.1.4. Recuperarea persoanelor cu deficiență mintală.....	30
II.2. Deficiențele senzoriale.....	32
II.2.1. Deficiența de auz	32
II.2.1.1. Etiologia tulburărilor de auz:.....	33
II.2.1.2. Clasificarea deficiențelor de auz	34
II.2.1.3. Surditatea copilului.....	35
II.2.1.4. Clasificarea surdităților la copil:	36
II.2.1.5. Surdomutitatea	37
II.2.1.6. Tipologia deficiențelor de auz:	37
II.2.1.7. Recuperarea și integrarea deficienților de auz	39
II.2.2. Deficiența de vedere.....	43

II.2.2.1. Etiologia tulburărilor de vedere	43
II.2.2.2. Clasificarea tulburărilor de vedere.....	44
II.2.2.3. „Afecțiuni oftalmologice întâlnite la copii	46
II.2.2.4. Tipologia deficiențelor de vedere	47
II.2.2.5. Recuperarea deficiențelor de vedere:	49
II.3. Deficiențe fizice și psihomotorii.....	50
II.3.1. Etiologia deficiențelor fizice și psihomotorii	51
II.3.2. Clasificarea deficiențelor fizice și psihomotorii	52
II.3.3. Recuperarea deficiențelor fizice și psihomotorii.....	55
II.4. Tulburările de comportament.....	56
II.4.1. Trăsături de personalitate	57
II.4.2. Etiologia tulburărilor de comportament.....	57
II.4.3. Tabloul acestor tulburări comportamentale cuprinde...	58
II.4.4. Recuperarea/ terapia tulburărilor de comportament....	58
II.5. Deficiențele de limbaj	59
II.5.1. Etiologia tulburărilor de limbaj.....	59
II.5.2. Clasificarea deficiențelor de limbaj.....	60
II.5.3. Recuperarea tulburărilor de limbaj.....	63
II.6. Deficiențele multiple/asociate.....	63
II.6.1. Autismul	63
II.6.1.1. Etiologia autismului.....	64
II.6.1.2. Tipologia autismului.....	64
II.6.1.3. Recuperarea autiștilor.....	65
II.6.2 Surdocecitatea	66

CAPITOLUL III

ASISTENȚA ȘI PROTECȚIA PERSOANELOR CU HANDICAP.

REGLEMENTĂRI LEGISLATIVE PRIVIND PERSOANELE

CU HANDICAP

III.1. Asistența și protecția persoanelor cu handicap	68
III.2. Reglementări legislative privind persoanele cu handicap	69

III.2.1. Reglementări legislative interne.....	69
III.2.2. Reglementări legislative internaționale.....	70
III.3. Drepturile persoanelor cu handicap reglementate de legislația internă	71
III.4. Obligațiile persoanelor cu handicap	81
III.5. Servicii și prestații sociale.....	82
III.5.1. Servicii sociale.....	82
III.5.2. Prestații sociale	87
III.6. Drepturile persoanelor cu handicap privind pensionarea	88

CAPITOLUL IV

MARKETINGUL SOCIAL – O SCURTĂ PREZENTARE.....

CAPITOLUL V

ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONAREA SISTEMULUI DE

ASISTENȚĂ SOCIALĂ ÎN ROMÂNIA

V.1. Istoric.....	103
V.2. Organizarea actuală la nivel central	107
V.3. Organizarea actuală la nivelul județului Brăila	108
V.4. D.G.A.S.P.C. Brăila – principalul furnizor de servicii sociale pentru persoanele cu handicap. Prezentare Generală .	110

CAPITOLUL VI – STUDIU PRACTIC

Studiu comparativ - Centrul de Zi pentru Îngrijirea și Recuperarea Persoanelor cu Dizabilități și Centrul de Îngrijire și Asistență pentru Persoane Adulte cu Handicap

VI.1. Identificarea temei cercetării.....	116
VI.2. Ipotezele de cercetare	116
VI.3. Scopul și obiectivele cercetării	117
VI.4. Desfășurarea cercetării și metodele utilizate	118

Re

VI.5. Centrul de zi pentru îngrijirea și recuperarea persoanelor cu dizabilități.....	119
VI.6. Centrul de Îngrijire și Asistență pentru Persoane Adulte cu Handicap.....	149
VI.7. Studiu comparativ.....	168
VI.8. Concluzii.....	170
VI.9. Propuneri.....	172
BIBLIOGRAFIE	175

CAPITOLUL I NOȚIUNI INTRODUCTIVE DESPRE HANDICAP

I.1. Originea și evoluția noțiunii de handicap

La origine, termenul de **handicap** nu a fost un cuvânt simplu ci o sintagmă. Era compusă din trei unități semantice diferite: **hand in cap**. În limba engleză, unde sintagma a apărut pentru prima oară (sec. XVI), **hand** înseamnă „mână”, **in** este echivalent cu **în**, iar **cap** înseamnă „caschetă”, „căciulă”. Expresia **hand in cap** era folosită pentru desemnarea unui joc în care partenerii își disputau diverse obiecte personale după un preț fixat de un arbitru. Obiectele erau puse într-o căciulă („cap”), de unde se extrăgeau cu mâna („hand”), absolut la întâmplare. „Prin contractare lingvistică, consoana **n** de la **in** a dispărut, iar sintagma a devenit cuvânt de sine stătător: **handicap**. În secolul XVIII (1754), cuvântul **handicap** începe să fie aplicat la competițiile dintre doi cai, iar mai târziu (1786) și la cursele cu mai mult de doi cai. Deplasarea semantică a **handicap**-ului de la semnificația primară de „joc de noroc”, la semnificația secundară, aplicabilă la cursele de cai, a fost posibilă întrucât în ambele situații avea loc o evaluare comparativă a „obiectelor”, aflate în competiție: în primul caz, a efectelor personale, în al doilea caz, a cailor. Prin **cursă cu handicap** se înțelegea acea cursă în care șansele inegale ale cailor erau, în principiu, egalizate prin obligația celor mai buni de a purta o greutate în plus, în funcție de performanțele anterioare deja confirmate.”¹

„În limba franceză scrisă, termenul de **handicap** (cu sensul său specific, aplicabil la cursele de cai), apare deja consemnat la 1827”².

¹ Rusu, Constantin, (redactor coordonator), *Deficiență, Incapacitate, Handicap, Ghid fundamental pentru protecție, educație specială, readaptarea și integrarea socio-profesională a persoanelor în dificultate*, p.23

² Byron, T., *Manuel de l'amateur de courses*

Reș În dicționarele de limbă franceză, termenul este întâlnit, pentru prima dată, în suplimentul „Litrè”, ediția 1877. În „Les Dictionnaires de l'Académie”, termenul **handicap** este introdus abia la ediția 1877. La intervale diferite, încep să apară și derivatele „handicaper” (1854), „handicapeur” (persoana care stabilește handicapurile, 1872), „handicapage” (1906). Extensia conținutului semantic al **handicap**-ului continuă prin glisarea acestuia de la limitarea capacităților cailor la limitarea capacităților oamenilor, apoi, de la limitarea capacităților umane la consecințele acestor limitări. Nu se cunoaște cu exactitate, data convertirii semantice de la domeniul cabalin la domeniul uman. Este sigur însă că această convertire s-a produs mai întâi în țările anglo-fone, mutația semantică transferându-se apoi, progresiv, în țările francofone, iar mai apoi și în celelalte perimetre geografice. Se estimează spre exemplu că termenul de **handicap fizic**, aplicabil la domeniul realităților umane, ar fi apărut pe la sfârșitul deceniului IV al secolului XX (1940).

În dicționarele apărute sub egida Academiei Române, ediția din 1934 (Sextil Pușcaci) nu se face nici o referire la termenul de handicap și nici la vreunul dintre derivatele lui. „Dicționarul limbii române” cosemnează termenul de handicap în ipostaza de substantiv (cu două semnificații proprii și o semnificație figurată), la care adaugă derivatul verbal **a handicapa** (cu o semnificație proprie și una figurată). În „Dicționarul Enciclopedic Român”, contrar așteptărilor, neologismul **handicap** este iarăși absent. În schimb, în toate dicționarele ulterioare, termenul de **handicap** este prezentat și explicat alături de derivatul său verbal **a handicapa**. Nu apare însă derivatul **handicapat** (adjectiv și substantiv), deși în limbajul comun (oral și scris), **copil handicapat** sau **persoană handicapată** deveniseră deja expresii curente.

În literatura de specialitate, o penetrație masivă a termenului de „handicap” se produce abia în ultimul deceniu. Exemplu edificator: În „Regulamentul școlilor pentru copii cu deficiențe” – 1971,

cuvintele handicap și handicapat nu sunt folosite nici măcar o singură dată. „Deplasarea semantică a termenului de **handicap**, de la semnificația originară restrânsă (aplicabilă doar curselor de cai), la semnificația actuală extinsă (aplicabilă realităților umane), a fost însoțită și de deplasarea dominantei lexicale de la **egalitatea în concurență**, la **dezavantajul în concurență**. O asemenea deplasare pare să constituie deja un proces încheiat și ireversibil, dovadă că, prin simpla rostire a cuvântului handicap, se induce, automat, și ideea de **nuanță defavorizantă**. Ideea de **dezavantaj** și **dificultate**, pe care o semnifică termenul de **handicap**, nu a apărut însă, la început, decât prin raportare la un **context social**. Interesa, deci, **dezavantajul social** al individului aflat în concurență și nu alte stări de inferioritate.”³ De la semnificația sa socială, termenul de handicap este deturnat apoi spre o semnificație accentuat medicalizată, când pe prim plan nu se mai situează dezavantajul social, ci dezavantajul bio-psihiic) interpretat ca o consecință a unei maladii, a unei devieri de la normalitatea somato-psihiică). De la consecința maladii se trece apoi, la maladia însăși, astfel încât, în numeroase contexte, termenul de **handicap** este folosit ca substitut al termenilor: **boală, maladie, deficiență, tulburare somato-psihiică, anormalitate**. „Punctul de vedere al Organizației Mondiale a Sănătății este că termenul de **handicap** ar trebui păstrat cu accepțiunea sa specifică de **dezavantaj**, de **diferență defavorizantă**, de **consecință situațională** apărută ca urmare a deficiențelor și maladiilor invalidante. Se poate reține deci, pentru noțiunea de **handicap**, următoarea evoluție semantică:

1. **handicap** – joc de noroc prin care se dispută efectele personale evaluate în prealabil de către un arbitru;
2. **handicap** – greutate sau distanță suplimentară, necesare egalizării șanselor la cursele de cai;
3. **handicap** – diferență cuantificabilă între performanțele jucătorilor de golf

³ Rusu, Constantin, (redactor coordonator), *Deficiență, Incapacitate, Handicap, Ghid fundamental pentru protecție, educație specială, readaptarea și integrarea socio-profesională a persoanelor în dificultate*, p. 24

4. **handicap** – totalitatea reperelor cu care un concurent a fost pus în inferioritate (în sport);

5. **handicap** – dezavantaj, diferență defavorizantă, consecințe ale unor maladii invalidante sau ale unor dificultăți sociale

6. **handicap** – boală, maladie, deficiență, tulburare neuropsihică, deviere de la normalitate;

7. **handicap** – dezavantaj nespecific (prin extensie abuzivă).⁴

Consider că, prezența sau absența stării de handicap este pusă în legătură cu prezența sau absența autonomiei existențiale. Pe de altă parte, absența autonomiei existențiale e atribuită unor cauze – deficiențe sau incapacități. Este trecută cu vederea sau ignorată aproape total influența perturbatoare a factorilor de mediu. Ori, din punct de vedere al cauzelor sale, nu putem eluda impactul dintre elementele intrinseci ale individului și presiunea factorilor extrinseci ai ambianței. Pentru depășirea interpretării unilaterale a stării de handicap (în sensul că acesta s-ar datora exclusiv individului), Ph, Wood (1980) propune revenirea la semnificația proprie a noțiunii de handicap, deci la interpretarea ei ca **dezavantaj** într-un lanț causal care pornește de la o **maladie invalidantă**, trece prin **deficiență** și **incapacitate**, ajungând să provoace **handicapul**. După Wood există patru elemnte distincte:

1. **maladia sau traumatismul inițial**, existente încă de la naștere sau dobândite;

2. **deficiența** - pierderea sau alterarea uniri structuri sau a unei funcții (leziune anatomică, tulburare psihologică) rezultând în urma unei maladii, accident sau perturbare în evoluția normală (bătrânețea), dar și ca urmare a unor carențe psiho-afective;

3. **incapacitatea** – reducerea parțială sau totală a posibilității de a realiza o activitate (motrică sau cognitivă) sau un comportament;

4. **handicapul** – dezavantajul social, rezultat în urma unei deficiențe

⁴ Rusu, Constantin, (redactor coordonator), *Deficiență, Incapacitate, Handicap, Ghid fundamental pentru protecția, educația specială, readaptarea și integrarea socio-profesională a persoanelor în dificultate*, p. 26

sau incapacități, și care limitează sau împiedică îndeplinirea de către individ a unui rol așteptat de mediu.

Actuala lege privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, legea nr. 448/2006 definește persoanele cu handicap ca fiind „acele persoane cărora, datorită unor afecțiunii fizice, mentale sau senzoriale, le lipsesc abilitățile de a desfășura în mod normal activități cotidiene, necesitând măsuri de protecție în sprijinul recuperării, integrării și incluziunii sociale.”

Handicapul reprezintă o sursă de stigmatizare, iar persoanele cu dizabilități se confruntă, de multe ori cu practici discriminatorii fiind unul dintre grupurile vulnerabile „țintă” a marginalizării și excluziunii sociale. „...fie că ne referim la deficiențe, la incapacități sau la dezavantaje, avem de-a face cu o relație dialectică, în care intervin simultan, factori biologici, ecuație personală, privire exterioară.”⁵

I.2. Criterii și nivele în evaluarea handicapului

Consider că, orice program de recuperare sau ameliorare a stărilor de handicap trebuie să se sprijine pe un act de evaluare, pe un act de prealabilă identificare și măsurare. Diferențele de evaluare de la un autor la altul, de la o cercetare la alta, privitoare la aceeași formă de inadaptare, ar putea fi datorate următorilor factori:

A. Decalajul existent între numărul subiecților incluși în sistemul de evaluare și numărul subiecților neverificați sau neasistați.

B. Decalajul existent între numărul subiecților examinați după un anumit criteriu și numărul subiecților examinați după alte criterii poate explica, uneori, diferențele de evaluare sau inadvertențele apărute.

Exemplu: criteriul debilității mintale a fost modificat oficial de către O.M.S., limita inferioară a normalității fiind coborâtă de la Q.I = 80 la Q.I. = 70. Și cu toate acestea în multe țări (inclusiv în România) au continuat să se aplice vechile standarde, numărul persoanelor cu

⁵ Ferrèol, Gilles, *Mâna de lucru și procesele de excludere: cazul analfabeților și al handicapatilor*, în Neculau, Adrian și Ferreol, Gilles, *Minoritari, marginali, excluși*, p.212

handicap fiind supradimensionat.

C. Numeroasele inadvertențe ale actelor de evaluare a morbidității specifice sunt favorizate de diferențele dintre momentele efectuării determinărilor. În raport cu treptele coordonatei diacronice, prevalența unei forme de inadaptare nu poate fi aceeași. Ea se modifică, pentru că, între timp, se modifică și obiectul, și aparatul conceptual al cercetătorului, și criteriile de evaluare, și contextul în care se desfășoară investigația.

D. Diferențele dintre nivelele, criteriile și formele de asistare social-educatională a inadaptațiilor creează în mod inerent și diferențe de evaluare.

E. În evaluarea revalenței fenomenelor de inadaptare nu se poate trece peste criteriile de determinare a stării de normalitate

F. În evaluarea categoriei particulare a inadapării școlare sau în determinarea insucceselor (a eșecurilor) la învățătură, aici distorsiunile principale în determinarea prevalențelor sunt influențate decisiv de criteriile randamentului școlar.

G. Investigația psihopedagogică cunoaște distorsiuni specifice tuturor științelor experimentale, atunci când instrumentul de cercetare nu poate fi detașat net de obiectul de cercetare.

Componentele fundamentale ale asistenței psihopedagogice și sociale sunt:

1. *psihologică*: cunoașterea particularităților specifice dezvoltării psihice a persoanei și a tuturor componentelor personalității; atitudinea și reacțiile persoanei în raport cu deficiența sau cu incapacitatea sa și în relațiile cu cei din jur; modul de manifestare a comportamentului în diferite situații; identificarea disfuncțiilor la nivel psihic; identificarea căilor de recuperare/compensare a funcțiilor psihice afectate; asigurarea unui cadru de securitate și confort afectiv pentru menținerea echilibrului psihic și dezvoltarea armonioasă a personalității;

2. *pedagogică*: evidențierea problemelor specifice în educarea, instruirea și profesionalizarea persoanelor cu diferite tipuri de deficiențe;

adaptarea obiectivelor, metodelor și mijloacelor de învățământ la cerințele impuse de particularitățile dezvoltării psihofizice a persoanelor cu cerințe educative speciale; adaptarea/modificarea conținutului învățământului în funcție de nivelul evoluției și dezvoltării biopsihice a subiecților supuși educației; asigurarea unui cadru optim de pregătire, astfel încât fiecare subiect supus educației și instruirii să asimileze un minimum de cunoștințe și deprinderi practice necesare integrării sociale;

3. *socială*: inserția bio-psiho-socio-culturală a persoanei în realitatea socială actuală sau în schimbare pe axele: profesională, familială, socială; acțiuni de prevenire și combatere a manifestărilor de inadaptare socială; promovarea și susținerea unor politici coerente și flexibile pentru protecția și asistența socială a persoanelor aflate în dificultate, informarea opiniei publice cu privire la responsabilitatea civică a membrilor comunității față de persoanele aflate în dificultate, precum și posibilitățile de valorificare a potențialului aptitudinal și relațional al acestor persoane în folosul comunității.

1.3. Modalități de abordare a problematicii persoanelor cu handicap

1) „*Abordarea medicală – deficiența* – se referă la deficitul stabilit prin metode și mijloace clinice sau paraclinice, explorări funcționale sau alte evaluări folosite de serviciile medicale, deficit care poate fi de natură senzorială, mintală, motorie, comportamentală sau de limbaj.”⁶ Prin deficiență se înțelege pierderea, anomalia, perturbarea cu caracter definitiv sau temporar a unei structuri fiziologice, anatomice, sau psihologice și desemnează stare patologică, funcțională, stabilă sau de lungă durată, ireversibilă sub acțiunea terapeutică și care afectează capacitatea de muncă, deregând procesul de adaptare și integrare la locul de muncă sau în comunitate a persoanei în cauză. Termenul de deficiență include termeni ca: *deficitul* desemnează înțelesul cantitativ

⁶ Neamțu, George, coordonator, *Tratat de Asistență Socială*, p. 860

Re al deficienței, adică ceea ce lipsește pentru a completa o anumită cantitate sau întregul; *defectuositatea* se referă la ceea ce determină un deficit; *infirmitatea* desemnează diminuarea notabilă sau absența uneia sau mai multor funcțiuni importante care necesită o protecție permanentă, fiind incurabilă, dar poate fi reeducată, compensată sau supracompensată. După datele UNESCO, infirmitatea se limitează numai la deficiența motorie; *invaliditatea* implică pierderea sau diminuarea temporară sau permanentă a capacității muncii; *perturbarea* se referă la abaterile de la normă.

2) „*Abordarea funcțională – incapacitatea* – reprezintă o pierdere, o diminuare totală sau parțială a posibilităților fizice, mintale, senzoriale, etc., consecință a unei deficiențe care împiedică efectuarea normală a unor activități. Indiferent de forma de manifestare, incapacitatea conduce la modificări de adaptare, la un anumit comportament adaptiv, la performanțe funcționale care determină forme, mai mult sau mai puțin grave, de autonomie personală, profesională sau socială.”⁷ Incapacitatea reprezintă deci perturbarea capacității de îndeplinire normală a unei activități sau a unui comportament; această tulburare poate avea un caracter reversibil sau ireversibil, progresiv sau regresiv. Incapacitatea poate fi evaluată, în funcție de natura deficienței care o determină, prin: probe care duc la stabilirea coeficientului de inteligență, la pierderea auzului, a coeficientului de vedere, a gradului de dezvoltare motorie; investigații de natură medicală care întregesc informațiile cu privire la gravitatea sau prognoza socioprofesională a incapacității respective; investigații sociologice care urmăresc consecințele incapacității asupra relațiilor și vieții sociale a persoanei deficiente.

3) „*Abordarea socială* rezumă consecințele deficienței și incapacității, cu manifestări variabile în raport cu gravitatea deficienței și cu exigențele mediului. Aceste consecințe pe plan social sunt incluse în noțiunile de *handicap*, respectiv de *inadaptare*, și se pot manifesta sub diverse forme: inadaptare propriu-zisă, marginalizare, inegalitate,

⁷ Idem

segregare, excludere.”⁸ Perspectiva socială asupra invalidității consideră că numeroasele dificultăți pe care persoanele cu handicap le întâmpină sunt rezultatul mediului creat de societatea în care trăiesc persoanele respective. Societatea este cea care „favorizează” dificultățile din cauza incapacității de a crea condiții în acord cu posibilitățile și resursele pe care le au persoanele cu dizabilități. „Cei afectați de astfel de limitări sunt considerați victime colective ale unei societăți ignorante, lipsite de grijă; prin urmare intervențiile care vizează să le amelioreze situația ar trebui să se concentreze asupra societății și nu asupra individului.”⁹ O sistematizare aproximativă a dus la următoarea clasificare a grupelor de dificultăți:

a) dificultăți de ordin general: dificultăți de deplasare și mișcare, pentru cei cu deficiențe fizice; dificultăți de exprimare și comunicare, pentru cei cu deficiențe senzoriale; dificultăți de adaptare la modul de viață cotidian și la rigorile vieții sociale, pentru cei cu deficiențe mintale și intelectuale; dificultăți de întreținere, pentru persoanele lipsite de resurse și venituri sau care au venituri mici;

b) dificultăți de ordin profesional: dificultăți legate de instruirea și pregătirea profesională a persoanelor cu diferite forme și grade de deficiență; dificultăți de plasare în locuri de muncă corespunzătoare profesiei sau absența unor locuri de muncă în condiții protejate (atelie-re protejate, secții speciale de producție pentru persoane cu handicap);

c) dificultăți de ordin psihologic și social: bariere psihologice care apar între persoanele cu și fără handicap ca urmare a dificultăților întâmpinate în activitățile cotidiene, profesionale sau sociale, precum și din cauza unor prejudecăți sau a unor reprezentări deformate cu privire la posibilitățile și activitatea persoanelor cu deficiențe.

⁸ Idem, p. 861

⁹ Manea, Livius, *Protecția socială a persoanelor cu handicap*, p. 116

1.4. Tendințe actuale privind egalizarea șanselor pentru persoanele cu handicap

La scară internațională, există o preocupare sporită a organismelor și instanțelor de decizie față de asigurarea unor condiții și a unor șanse egale persoanelor aflate în diferite situații de handicap. Pentru a delimita un cadru general privind strategiile de acțiune în domeniul asistenței și sprijinirii persoanelor cu handicap, Organizația Națiunilor Unite a elaborat și promovat un set de reguli care să asigure persoanelor cu handicap aceleași drepturi și obligații ca și persoanele normale. Persoanele cu handicap și organizațiile acestora, precum și alte organizații sau foruri ale societății civile, împreună cu instanțele guvernamentale ale fiecărui stat, au datoria de a acționa și de a face front comun pentru înlăturarea barierelor care mai există în calea exercitării drepturilor și libertăților persoanelor cu handicap și pentru instaurarea unui climat de colaborare și parteneriat favorabil mobilizării tuturor resurselor în scopul sporirii gradului de informare a membrilor societății în legătură cu nevoile, potențialul și contribuția persoanelor aflate în dificultate la viața comunității din care fac parte. Principalele reguli care trebuie să susțină egalizarea șanselor pentru persoanele cu handicap sunt:

1) „*Sporirea gradului de conștientizare* - fiecare stat trebuie să inițieze și să sprijine campaniile de informare în legătură cu politica și problematica persoanelor cu handicap prin programele și serviciile inițiate sau existente în fiecare comunitate, astfel încât să se încurajeze o reprezentare și o atitudine pozitive față de imaginea persoanelor cu handicap în mediile de informare.”¹⁰

2) „*Ingrijirea medicală* – fiecare stat trebuie să asigure programe și servicii pentru depistarea timpurie, evaluarea și tratamentul deficiențelor, precum și programe care să asigure prevenirea și înlăturarea unor deficiențe apărute la populații sau persoane cu grad mare de risc.”¹¹

¹⁰ Organizația Națiunilor Unite, *Regulile standard privind egalizarea șanselor pentru persoanele cu handicap*, p. 20

¹¹ Idem, p. 21

3) „*Reabilitarea* – fiecare stat are obligația să dezvolte programe naționale de reabilitare pentru toate categoriile de persoane cu handicap, bazate pe principiile deplinei participări și ale egalității și care să includă o paletă largă de activități destinate formării aptitudinilor de bază, îmbunătățirii sau compensării funcțiilor afectate, consilierii persoanelor cu handicap și a familiilor acestora, dezvoltării încrederii în sine, organizării de servicii ocazionale pentru evaluare, orientare și inserție socială.”¹²

4) „*Serviciile de sprijin* – fiecare stat trebuie să asigure dezvoltarea, producerea și furnizarea de echipamente, instrumente și dispozitive necesare susținerii persoanelor cu handicap (ca o măsură importantă în favoarea egalizării șanselor), precum și facilitarea achiziției de know-how tehnic, asigurarea service-ului pentru dispozitivele și echipamentele respective, facilitarea achiziției lor de către persoanele cu handicap (proteze de toate tipurile, instalații, mașini și echipamente de producție protejate, soft adaptat pentru anumite tipuri de deficiențe).”¹³

5) „*Accesibilitatea* – fiecare stat trebuie să introducă programe de acțiune pentru a favoriza accesul persoanelor cu handicap în mediul fizic înconjurător (accesul stradal, accesul în instituțiile publice și la serviciile comunitare, securitate în spații aglomerate, etc.), precum și accesul acestor persoane la informare și comunicare.”¹⁴

6) „*Educația* – fiecare stat este responsabil de asigurarea șanselor egale la educație primară, secundară, pregătire profesională sau educație superioară a copiilor, tinerilor și adulților cu handicap, de facilitarea învățământului integrat, flexibilizarea, îmbogățirea și adaptarea curriculumului școlar, de pregătirea continuă a personalului didactic și de specialitate, încurajarea comunităților să folosească și să dezvolte propriile resurse pentru a asigura educația la nivel local a persoanelor cu handicap.”¹⁵

¹² Idem, p. 22

¹³ Idem, p. 24

¹⁴ Idem, p. 27

¹⁵ Organizația Națiunilor Unite, *Regulile standard privind egalizarea șanselor pentru persoanele cu handicap*, p. 30