

STAREA MEDICO-SOCIALĂ A COPIILOR CU DIZABILITĂȚI: REVISTĂ DE LITERATURĂ

Aurelia Spinei,
conferențiar universitar

Catedra de chirurgie
OMF, pedodonție și
ortodonție, USMF
„Nicolae Testemițanu“

Rezumat

Dizabilitatea reprezintă o problemă complexă, medicală și socială de nivel global, iar pentru o mai bună integrare în societate și asigurarea accesului la serviciile sociale și medico-sanitare, este necesară cunoașterea detaliată a aspectelor sociale, medicale și de drept a persoanelor cu dizabilități. **Obiectivul** lucrării a constituit analiza datelor literaturii și prezentarea unei sinteze privind aspectele medico-sociale ale copiilor cu dizabilități atât la nivel mondial, cât și în Republica Moldova. **Material și metode.** Pentru realizarea obiectivului trasat în motorul de căutare a fost efectuată căutarea publicațiilor cu referire la aspectele medico-sociale ale copiilor cu dizabilități. Informația a fost sistematizată cu prezentarea principalelor aspecte ale clasificării dizabilităților și modelele de dizabilitate, frecvența dizabilităților, starea medico-socială a copiilor cu dizabilități la nivel mondial și în Republica Moldova. **Rezultate.** În bibliografia finală au fost incluse 59 surse necesare pentru formularea ideilor textului dat. Analiza datelor literaturii relevă că dizabilitatea reprezintă o problemă medicală și socială, iar copiii care suferă de deficiențe accentuate și severe au nevoie de îngrijire medicală de specialitate pe termen lung, iar în unele cazuri — pe tot parcursul vieții. Ratificarea de către Republica Moldova a Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități în anul 2010 a pus bazele unei reforme substanțiale în domeniul asigurării sociale a persoanelor cu dizabilități din țara noastră. Totodată, în prezent situația persoanelor cu dizabilități în țara noastră rămâne a fi una problematică. **Concluzii:** studiile efectuate în ultimele decenii au constatat numărul în creștere a persoanelor cu dizabilități și accesul limitat la serviciile publice de sănătate. Pentru majorarea accesului și îmbunătățirea calității asistenței medicale acordate persoanelor cu dizabilități, inclusiv a asistenței stomatologice sunt necesare eforturi comune atât a guvernării, cât și a societății în întregime

Cuvintele cheie: dizabilitate, deficiență, nevoi speciale.

Summary

MEDICAL AND SOCIAL STATUS OF CHILDREN WITH DISABILITIES LITERATURE REVIEW

Disability is a globally medical and social complex issue. For a better integration in society and access to social services and health care system of persons with disabilities, is required knowledge of the social, medical and legal aspects of life. **Objective:** analyzing works of literature and making a synthesis of the literature that refers to the medico-social aspects of children with disabilities both, worldwide and from Republic of Moldova. **Materials and methods.** For achieving the objective outlined, was looked for performed publications referring to medical and social aspects of children with disabilities. The information was systematized in the main aspects of classification of disability and disability patterns, frequency of disability, health and social status of children with disabilities worldwide and in Republic of Moldova. **Results.** For the final bibliography were needed 59 sources. Analysis of literature reveals that disability is a medical and social problem, and children suffering from severe deficiencies need specialized medical care for the long term, and in some cases — lifelong. The ratification by Moldova of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in 2010 founded substantial reforms in the social security of people with disabilities in our country. However, now the situation of disabled people in our country remains difficult. **Conclusions:** studies in recent decades have found an increasing number of people with disabilities and limited access to public health services. To increase access and improve quality of care for people with disabilities, including dental assistance required joint efforts of the government and the society, as a whole.

Key words: disability, deficiency, special needs.

Introducere

Dizabilitatea reprezintă o problemă complexă, medicală și socială de nivel global. Potrivit ultimilor estimări, persoanele cu dizabilități reprezintă 15% din populația mondială, circa două treimi provenind din țările în curs de dezvoltare și cu o economie în tranziție. În Europa, numărul persoanelor cu dizabilități este în jur de 80 milioane sau peste 15% din întreaga populație, dintre care 150 de milioane sunt copii cu vârste cuprinse între 0 și 18 ani [1, 2]. În R. Moldova, numărul persoanelor cu dizabilități este de 184,8 mii, ceea ce reprezintă 5,2% din populația țării, numărul copiilor cu dizabilități fiind de 14,7 mii sau 2% din numărul total al copiilor din republică [3, 4].

Dizabilitatea este o pierdere sau limitare a oportunităților de a lua parte la viața normală în comunitate la un nivel egal cu alții și se datorează unor bariere fizice sau sociale. Conform opiniei expuse de Barnes C., 2003, dizabilitatea este unul dintre mijloacele semnificative de diferențiere socială în societatea modernă, marcat substanțial de influența unor ideologii. Modul în care o societate exclude anumite grupuri sau indivizi implică procese de încadrare în categorii, punându-se accentul pe apariția și identificarea unor incapacități, pe aspectele inferioare și inacceptabile ale unei persoane [5].

În ultimele decenii s-a remarcat o schimbare importantă în ceea ce privește politicile publice privind persoanele cu dizabilități la nivel global [6]. Ratificarea de mai multe țări a Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități a pus bazele unor reforme substanțiale în asigurarea socială a acestor persoane. Cu toate acestea, până în prezent, în mai multe țări, inclusiv și în Republica Moldova, situația persoanelor cu dizabilități rămâne incertă [7], deosebit de acute fiind problemele ce țin de starea lor de sănătate. Prin urmare, pentru o mai bună integrare în societate și asigurarea accesului la serviciile sociale și medico-sanitare, este necesară cunoașterea detaliată a aspectelor sociale, medicale și de drept a persoanelor cu dizabilități.

Obiectivul lucrării a constituit analiza datelor literaturii și prezentarea unei sinteze privind aspectele medico-sociale ale copiilor cu dizabilități atât la nivel mondial, cât și în Republica Moldova.

Materiale și metode

Pentru realizarea obiectivului trasat, a fost efectuată căutarea publicațiilor științifice după cuvintele-cheie *dizabilitate*, *deficiență*, *handicap*, *nevoi speciale*, *persoane cu dizabilități*. După examinarea titlurilor lucrărilor găsite, au fost selectate doar lucrările care, eventual, ar putea include relatări vizând aspectele medico-sociale ale copiilor cu dizabilități. Au fost selectate articole originale de cercetare, dat și rapoartele UNICEF, Biroului Național de Statistică al Republicii Moldova, *mai multor proiecte de implementare a Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități*, de incluziune socială și educațională a

copiilor cu dizabilități. Bibliografia lucrărilor selectate a fost, de asemenea, studiată, cu intenția de a găsi alte articole relevante scopului propus. Rezultatele studiilor recente au avut prioritate față de ipotezele mai vechi. Rezultatele obținute în cadrul mai multor studii au avut prioritate față de studiile neconfirmate sau contradictorii. Concluziile revistelor de literatură existente au fost examinate critic. Din lista de publicații generată de motorul de căutare au fost excluse publicațiile care nu au fost accesibile pentru vizualizare.

Rezultate și discuții

În rezultatul prelucrării informației conform criteriilor căutării, au fost găsite 299 lucrări care abordează tematica medicală și/sau socială a persoanelor cu dizabilități. După analiza titlurilor, 132 lucrări au fost calificate eventual relevante pentru tema review-ului dat, la necesitate, pentru a clarifica unele aspecte, a fost consultată literatura adițională. În rezultat, au fost selectate 127 publicații care sunt consacrate studiului aspectelor medico-sociale ale persoanelor cu dizabilități. Din numărul total de publicații selectate, sunt accesibile rezumatele a 111 lucrări, accesul la textul integral (full text) a fost posibil la 53 articole. Astfel, în bibliografia finală au fost incluse 59 surse necesare pentru formularea ideilor textului dat. Informația a fost sistematizată cu prezentarea principalelor aspecte ale clasificării dizabilităților și modelele de dizabilitate, frecvența dizabilităților, starea medico-socială a copiilor cu dizabilități la nivel mondial și în Republica Moldova.

Clasificarea și modele ale dizabilității

În raportul UNICEF „Copii la limita speranței — o analiză focalizată asupra situației copiilor vulnerabili, excluși și discriminați”, 2006, s-a accentuat că „una dintre problemele majore în înțelegerea dimensiunii și gravității fenomenului dizabilității în întreaga lume este variația considerabilă care există în clasificarea și definiția acestuia” [8].

Definiția dizabilității este discutabilă din mai multe motive. Abia în secolul trecut a fost folosit termenul de „dizabilitate” pentru a se referi la o clasă distinctă de oameni. Din punct de vedere istoric, cuvântul „dizabilitate” a fost folosit ca un sinonim pentru „incapacitate”. Diferite condiții sunt considerate deficiențe: paraplegie, surditate, orbire, diabet, autism, epilepsie, depresie, HIV, etc., toate fiind clasificate ca „dizabilități” [9]. Multe dintre temele legate de înțelegerea dizabilității (ce este, mediul, diversitatea, prevenirea, dizabilitatea și drepturile omului și altele) au fost analizate și dezvoltate în *World Report on Disability*, elaborat în anul 2011 de Organizația Mondială a Sănătății în colaborare cu Banca Mondială [7].

În decursul mai multor decenii problematica dizabilității, a fost și este abordată în mod diferit. Astfel, în Clasificarea Internațională a Handicapului (CIH), dizabilitatea era numită *handicap* și definită ca o consecință a maladiilor asupra persoanei, fiind analizată prin 3 aspecte:

- **deficiență (infirmitate)** — alterarea unei structuri sau a unei funcții psihologice, fiziologice sau anatomice;
- **incapacitate** — reducerea parțială sau totală de îndeplinire într-un mod normal a unei activități;
- **dezavantaj social sau handicap** — consecința deficienței sau incapacității asupra posibilităților de incluziune socială, școlară sau profesională; dezavantajul este rezultatul interacțiunii dintre persoana cu deficiență sau incapacitate și mediul ambiant [9].

Această abordare a stat la baza elaborării Clasificării Internaționale a funcționalității, dizabilității și sănătății (CIF), adoptată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în anul 2001 [9-12], substituind vechea clasificare CIH.

Obiectivul general al Clasificării Internaționale a funcționalității, dizabilității și sănătății (CIF) este de a oferi un limbaj standardizat și unitar, precum și un cadru general de descriere a stării de sănătate și a altor stări asociate acesteia. Abordarea tradițională a handicapului ca o caracteristică individuală a persoanei, a fost substituită cu abordarea socială a handicapului, cu accentul pe condițiile defavorizante, neadaptate ale mediului și societății, care stau la baza discriminării și accesibilității reduse la drepturile generale ale omului și care condiționează dezavantajul și handicapul social. Modelul tradițional medical (de la etiologie — la patogenie și de la patologie — la manifestări clinice) este insuficient în evaluarea medico-socială a pacientului cu probleme complexe, a stărilor care nu pot fi tratate sau prevenite [12, 13].

Pe parcursul mai multor ani, cu participarea unui grup de experți din mai multe țări, Organizația Mondială a Sănătății a elaborat și a publicat în septembrie 2007 versiunea Clasificării Internaționale a funcționării, dizabilității și sănătății pentru copil și adolescent (tânăr) (CIF-CA), întrucât clasificarea CIF din 2001 nu a reușit să acopere în întregime necesitățile de evaluare a funcționalității și dizabilității copilului și adolescentului [11-13].

Clasificările Internaționale ale funcționării, dizabilității și sănătății (CIF și CIF-CA) pun accent pe participare și funcția păstrată, nu pe incapacitate și restricție, țin cont de factorii de mediu, cuprind domenii de sănătate și domenii asociate sănătății. Diferențele de abordare în CIH și în CIF CIF-CA se referă nu numai la persoanele cu dizabilități, ci la toți oamenii. Aceste clasificări joacă un rol important și în reducerea utilizării terminologiei multiple și a diferitor etichetări discriminatorii, cum ar fi persoană „anormală”, „cu deficiențe”, „dezavantajată social”, „deviantă”, „handicapată”, „cu malformații”, „mutilită”, „paralizată”, „invalidă” etc [9-12].

În ultimul deceniu, de către OMS au fost editate și reactualizate o serie de clasificări, din așa-numita Familie de Clasificări Internaționale. Printre acestea putem menționa și Clasificarea Internațională a Bolilor (CIB), revizia a 10-a OMS, care furnizează un

cadru etiologic al stărilor de sănătate (boli, tulburări, traumatisme). În acest context, un rol important l-a avut și Convenția Națiunilor Unite privind drepturile copiilor cu dizabilități, care a accentuat necesitatea suportului copilului în mediul său natural și importanța abilităților și capacităților membrilor familiei și celor apropiați vis-a-vis de creșterea copilului și susținerea dezvoltării lui [13, 14].

Astfel, Clasificarea Internațională a funcționalității, dizabilității și sănătății reprezintă un instrument de realizare a drepturilor persoanelor cu dizabilități, dar și o metodă valoroasă în standardizarea stărilor de sănătate, unificarea abordărilor de diagnostic și de evaluare a stărilor de sănătate și a funcționalității [7, 9, 11-13].

CIF a fost adoptată la 22 mai 2001, după cinci ani de consultanță internațională și verificare în practică. În acest document cuvântul *dizabilitate* este folosit ca un termen general pentru afectări, limitări de activitate sau restricții de participare. De asemenea, sunt prezentați și factorii de mediu corelați la tulburările de sănătate, astfel, se face posibilă elaborarea unui profil privind funcționarea, dizabilitatea și sănătatea unei persoane în mai multe domenii. În CIF se folosește un limbaj standardizat, care permite o comunicare eficientă la nivel mondial în contextul diferitor discipline. CIF completează Clasificarea Internațională a bolilor (CIB), astfel aceste două clasificări pot fi folosite concomitent, CIB oferind cadrul etiologic, iar CIF — cel al funcționalității și dizabilității (Tab.1) [12, 13].

Tab. 1. Diferențele de abordare în CIH și CIF [12]

CIH	CIF
Deficiență	Deficiență
Incapacitate	Activitate
Dezavantaj	Participare
	Factori de mediu

Prin urmare, CIB reprezintă o clasificare a evenimentelor, iar CIF este o descriere a profilului funcționării persoanei în cauză. CIF constituie, în primul rând, o bază științifică pentru evaluarea și înțelegerea stării de sănătate și stărilor asociate sănătății; aceasta stabilește un limbaj comun pentru descrierea stărilor de sănătate și facilitează comunicarea dintre profesioniștii din diverse domenii, precum și dintre specialiști și persoanele cu dizabilități; aici se oferă o schemă de codificare sistematică a stărilor de sănătate și a stărilor asociate sănătății [1, 6, 9, 13].

Așadar, *dizabilitatea* este caracterizată ca fiind rezultatul sau efectul unor relații complexe dintre starea de sănătate, factorii personali și factorii externi [5, 13, 14]. Societatea poate obstructiona performanța sau prin bariere (clădiri inaccesibile), sau prin lipsa elementelor facilitatoare (lipsa dispozitivelor tehnice). Factorii personali nu sunt detaliați în CIF (sexele, rasa, vârsta, stilul de viață, educația, forma fizică, modul de adaptare, profesia etc.), dar pot avea un impact asupra rezultantei diferitor interacțiuni [13].

Pentru a înțelege și a explica dizabilitatea s-au propus mai multe modele conceptuale, paradigme.

Modelul medical consideră dizabilitatea ca o problemă a persoanei, cauzată direct de boală, traumă sau altă stare de sănătate care necesită îngrijire medicală, oferită ca tratament individual de către profesioniști. În acest context, conduita dizabilității are ca scop vindecarea sau adaptarea, schimbarea comportamentului pacientului; îngrijirea medicală devine subiectul principal, iar la nivel politic, de bază se prezintă a fi reformarea politicii de îngrijire.

Modelul social al dizabilității consideră dizabilitatea ca fiind, în principal, o problemă creată social și o chestiune care ține în primul rând de integrarea individului în societate.

Dizabilitatea nu este un atribut al unui individ, ci un complex de condiții create de mediul social. Aici, conduita acestei probleme necesită acțiune socială și este responsabilitatea comună a întregii societăți, în sensul adaptării condițiilor de mediu. În termeni politici, managementul dizabilității devine o problemă de drepturi ale omului iar dizabilitatea este o problemă politică [1, 2, 6-9].

CIF se bazează pe integrarea acestor două modele și în acest sens este folosit termenul de model **biopsihosocial**, un al treilea model al dizabilității, adoptat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), care reunește modelul medical și cel social și abordează infirmitatea ca rezultatul interacțiunii dintre factorii biologici, psihologici și sociali [1, 13-15].

Severitatea dizabilităților

Identificarea și aprecierea gradului de dizabilitate trebuie efectuată în conformitate cu Clasificarea internațională a funcționării, dizabilităților și sănătății, ICF 2001, cu luarea în considerare a deficienței (afectării), limitării activității și impedimentelor de participare socială ale persoanei respective [15].

Prezența unei condiții de sănătate (boli, afecțiuni etc.) este o premisă, dar aceasta nu conduce obligatoriu la dizabilitate. Diagnosticul medical în sine nu este ca atare suficient pentru a fundamenta încadrarea într-o categorie de dizabilitate, el trebuie corelat cu evaluarea psihosocială. La evaluarea eventualului dizabilitate sau dizabilități, alături de stabilirea gradului de disfuncționalitate a organismului, se vor lua în considerare și factorii de mediu, inclusiv cei familiali, calitatea educației, măsurile luate de familie, posibila neglijare, precum și factorii personali. În absența familiei se evaluează particularitățile mediului substitutiv. Ponderele acestor factori în constituirea dizabilității va fi evaluată prin criterii de facilitare și/sau bariere, identificate prin raportul de anchetă psihosocială [15-17].

Obiectivele evaluării stării de sănătate și încadrării într-un grad de dizabilitate este ameliorarea calității vieții copilului prin eficientizarea îngrijirii și asistenței medicale și sociale personalizate, recuperarea și facilitarea integrării în societate. Ulterior, în baza raportului de evaluare complexă, se va elabora un plan

de asistență personalizată. Pentru realizarea acestor obiective, dosarul copilului cu dizabilitate trebuie să includă următoarele compartimente: fișa personală, medicală, psihologică și educațională, certificatul de încadrare într-un grad de dizabilitate, ancheta socială, certificatul de orientare școlară, hotărârea privind măsurile de protecție a copilului, raportul de evaluare complexă, planul de servicii personalizate, contractele cu familia și cu instituțiile furnizoare de servicii și documente privind monitorizarea evoluției cazului [16-18].

Actualmente, modelul de evaluare a dizabilității în țările OCDE conține următoarele etape de bază:

1. Colectarea informației, ca surse de informare fiind pacientul, medicul curant, angajatorul; se realizează cu folosirea chestionarelor, testelor de performanță, fișelor de evaluare complexă.
2. Interpretarea informației cu folosirea ghidurilor, evaluărilor multi- și interdisciplinare, instrumentelor standardizate de evaluare.
3. Documentarea se realizează după o analiză complexă, în cadrul unor principii bine stabilite (CIF, Academia Medicală etc.) [19, 20].

Măsurile și serviciile de protecție specială, de intervenție și sprijin sunt variate și au ca finalitate:

- a) supraviețuirea copilului;
- b) reducerea sau minimalizarea unor consecințe invalidante ale afecțiunilor sau bolilor;
- c) ameliorarea condițiilor de viață individuală și socială pentru a asigura și a sprijini dezvoltarea maximă a potențialului copilului [16, 18-21].

La baza aprecierii severității dizabilității stau, în principal, următoarele criterii generale:

- a) gradul, stadiul, eventualele complicații și posibila asociere de afecțiuni derivate din afectări/deficiențe structurale sau funcționale, stabilite pe baza explorărilor corespunzătoare;
- b) răspunsul la tratament și efectul măsurilor recuperatorii (protezare, reeducare funcțională etc.) și serviciilor de intervenție și sprijin;
- c) posibile limitări în activitate și restricții în participarea socială, ca efecte ale afectării sau deficienței;
- d) influența pozitivă, de facilitare sau negativă, de bariere, exercitată de factorii de mediu;
- e) influența pozitivă sau negativă a criteriilor susmenționate cu factorii personali [16, 21].

Așadar, pentru aprecierea obiectivă a severității dizabilității este necesară aplicarea complexă a criteriilor medicale, psihologice și sociale în mod diferențiat și adaptat la particularitățile de vârstă ale copiilor vizați. Copiii sunt încadrați în grade de dizabilitate în funcție de intensitatea deficienței și gradul de corelare cu funcționarea psihosocială corespunzătoare vârstei. Aprecierea severității dizabilității se va efectua în conformitate cu Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilităților și Sănătății, CIF, 2001 [8, 13, 21]. Pe baza În rezultatului evaluării stării de sănătate, dacă vor fi stabilite deficiențe, va fi stabilită severita-

tea dizabilității: severă, accentuată, medie sau ușoară (Tab.2) [1]. Cazurile de dizabilitate sunt înregistrate și raportate statistic la nivel local și național [3].

Tab. 2. Gradele de dizabilitate [1]

Deficiența	Grad de dizabilitate	Capacitate funcțională
Fără	Infirmitate — fără grad	100 — 80 %
Ușoară	Ușor — fără grad	79 — 51 %
Medie	Mediu — gradul III	50 — 39 %
Accentuată	Accentuată — gradul II	30 — 11 %
Gravă	Grav — gradul I	10 — 0 %

Gradul sever de dizabilitate se poate acorda copiilor care au, în raport cu vârsta, capacitatea de auto-servire încă neformată sau pierdută, respectiv au un grad de dependență ridicat fizic și psihic. În această situație autonomia persoanei este foarte scăzută din cauza limitării severe în activitate, ceea ce conduce la restricții multiple în participarea socială a copilului. Drept urmare, copilul necesită îngrijire specială și supraveghere permanentă din partea altei persoane.

Gradul accentuat de dizabilitate se poate acorda copiilor la care incapacitatea de a desfășura activitatea potrivit rolului social corespunzător dezvoltării și vârstei se datorează unor limitări funcționale importante motorii, senzoriale, neuropsihice sau metabolice rezultate din afecțiuni severe, în stadii înaintate, cu complicații ale unor aparate și sisteme. În această situație participarea socială a copilului este substanțial restricționată.

Gradul mediu de dizabilitate se poate acorda copiilor care au capacitate de prestație fizică (motorie, metabolică) sau intelectuală redusă, corespunzând unei deficiențe funcționale scăzute, ceea ce duce la limitări în activitate, în raport cu așteptările corespunzătoare vârstei. În această situație ele se reflectă în restricții relativ semnificative ale participării sociale a copilului.

Dizabilitate ușoară este considerată în cazurile în care impactul afectării asupra organismului este minim, cu limitare ne semnificativă a activității, și nu necesită măsuri de protecție specială, participarea socială fiind în limite rezonabile. Aceste cazuri vor fi raportate și înregistrate statistic [1, 6, 9, 13, 20, 21].

Gavriliță L., 2011 și Dilion M., 2014, au menționat că în țara noastră stabilirea gradului de severitate al dizabilității la copii se face în baza modelului medical și nu încurajează incluziunea socială a copiilor cu dizabilități. Probleme există și la capitolul evaluarea stării de sănătate a copilului (determinarea deficiențelor permanente). Aceasta nu este realizată în volum deplin din lipsa unui instrumentar standardizat de evaluare. În prezent, noțiunea de dizabilitate este clasificată în următoarele tipologii: fizic, vizual, auditiv, surdocecitate, somatic, mintal, psihic, HIV/SIDA, asociat și boli rare. Realitatea socială însă, impune o regândire a noțiunii de dizabilitate în următoarele tipologii: fizice (vizual, auditiv, surdocecitate, asociat, motor, etc), psihice, intelectuale și multiple. Foarte

dificilă este, în special, evaluarea copilului de vârstă fragedă sau a celui cu deficiențe mintale și tulburări de vorbire (de exemplu, retardul mintal frecvent este stabilit cu aproximație) [1, 22].

Frecvența dizabilităților la nivel mondial

Estimarea stării de sănătate a populației din anul 2010 a elucidat că peste un miliard de oameni (sau aproximativ 15 % din populația lumii) se confruntă cu dizabilități. Aceste date depășesc rezultatele estimărilor OMS din anii 1970, care sugerau o prevalență globală a dizabilităților de aproximativ 10 %. S-a menționat că „peste un miliard de persoane din lume trăiesc cu o formă de dizabilitate, dintre care aproape 200 de milioane se confruntă cu mari dificultăți în funcționare“, atenționându-se faptul că în anii ce urmează, dizabilitatea va necesita o preocupare și mai mare din partea societății, deoarece prevalența acesteia este în creștere continuă [14].

Rezultatele studiului prevalenței copiilor cu dizabilități diferă semnificativ în funcție de definirea și măsurarea dizabilității. Studiul *Povara Globală a Bolii* a stabilit că numărul copiilor cu vârste cuprinse între 0 și 14 ani care se confruntă cu „dizabilitate moderată sau gravă“ constituie 93 de milioane (5,1 %), dintre care 13 milioane (0,7 %) se confruntă cu deficiențe grave [14, 23]. În 2005 UNICEF a estimat numărul copiilor cu dizabilități sub 18 ani la 150 de milioane [14, 24]. În țările cu statut socio-economic scăzut și mediu prevalența copiilor cu dizabilități variază între 0,4 % și 12,7 %, rezultatele estimărilor fiind în funcție de instrumentele de evaluare utilizate [14, 25]. Un studiu referitor la starea medico-socială a populației, realizat în țările în curs de dezvoltare, a depistat dificultăți importante în procesul de identificare și descriere a dizabilității, cauzate de particularitățile culturale și lipsa instrumentelor de evaluare specifice limbilor vorbite în țările vizate [26]. Astfel, variațiile considerabile ale prevalenței copiilor cu dizabilități în statele slab dezvoltate ar putea indica faptul că o mare parte din copiii cu dizabilități nu sunt identificați sau nu primesc serviciile necesare [14].

Creșterea și dezvoltarea copiilor este apreciată luând în considerare influența mediului familial și socio-cultural. În țările în curs de dezvoltare copiii sunt expuși unor riscuri multiple: sărăcia, malnutriția, starea de sănătate precară și, nu în ultimul rând, mediul familial nestimulator care deseori creează obstacole importante pentru dezvoltarea lor cognitivă, motorie și socială [27]. De regulă, copiii cu un risc sporit de dizabilitate nu sunt alăptați sau nu primesc îngrijirile necesare. Concomitent cu creșterea severității întârzierii în dezvoltarea fiziologică se majorează proporția copiilor ale căror teste de risc de dizabilitate sunt pozitive [14, 28]. Astfel, Grantham-McGregor S. și colab., 2007, au relatat că circa „200 milioane de copii cu vârste sub 5 ani nu reușesc să își atingă potențialul de dezvoltare cognitivă și socio-emoțională“ [27].

UNICEF a testat peste 200 000 de copii cu vârste cuprinse între 2 ani și 9 ani din 20 de țări (în 19 limbi

în scopul identificării riscului de dizabilitate. În urma studiilor efectuate s-a stabilit că în majoritatea țărilor prevalența riscului de dizabilitate la copii variază între 14% și 35% [28]. Robson C., Evans P., 2005 și Robertson J, Hatton C., Emerson E., 2012, au menționat că studiile de acest tip nu asigură identificarea copiilor cu risc de dizabilitate asociată cu afecțiunile psihice și mintale [29, 30]. Monitorizarea copiilor cu dizabilități în țările în curs de dezvoltare, efectuată în 2008 de Fondul Națiunilor Unite pentru Copii, a stabilit la copiii cu risc de dizabilitate prevalența sporită a următoarelor condiții favorizante: proveniența din familiile cu statut socio-economic scăzut sau social-vulnerabile, confruntarea zilnică cu manifestări de discriminare și restricționare a accesului la serviciile sociale, inclusiv la educație din fragedă copilărie și asistență medicală; subnutriția și oprirea în creștere, supunerea frecventă la pedepse fizice din partea părinților sau îngrijitorilor acestora, comparativ cu copiii fără risc de dizabilitate [28].

Studiile epidemiologice, care au evaluat impactul complex al factorilor exo- și endogeni asupra dezvoltării copiilor, au stabilit influența prematurității, subnutriției și lipsei nutrienților esențiali din regimul alimentar, cum ar fi iodul sau acidul folic, asupra prevalenței sporite a afecțiunilor asociate cu dizabilitatea [28-32]. Mediul înconjurător are un impact incontestabil asupra prevalenței dizabilităților, iar schimbările majore de mediu, precum cele provocate de dezastre naturale sau situații de conflict, ar putea influența prevalența dizabilității nu numai prin schimbarea deteriorărilor, ci și prin crearea unor bariere în mediul fizic. Au fost aduse argumente convingătoare a relației dintre dizabilitate și sărăcie, în pofida faptului că unele date cu referire la dizabilitate și sărăcie nu sunt disponibile, chiar și în țările dezvoltate [14].

Majoritatea studiilor au depistat o rată sporită de sărăcie, o rată redusă de angajare și accesibilitate la educație a persoanelor cu dizabilități, comparativ cu cele fără dizabilitate [32-35]. Evaluarea statutului socio-economic în mediul familiar în 15 țări în curs de dezvoltare a arătat că cheltuielile familiilor, care îngrijesc de o persoană cu o dizabilitate accentuată sau severă, depășesc de 1,3 ori cheltuielile anuale ale familiilor fără membri cu dizabilități [33, 36]. Familiile, care au în componență membri cu dizabilități, dețin mai puține proprietăți, dispunând de condiții de trai precare [33-36]. Astfel, rezultatele studiilor efectuate în țările în curs de dezvoltare au confirmat supoziția că dizabilitatea aprofundează starea de sărăcie.

Potrivit estimărilor statistice, două treimi din persoanele cu dizabilități provin din țările în curs de dezvoltare și cu economie în tranziție [14]. În țările europene numărul persoanelor cu dizabilități este de circa 80 milioane, ceea ce depășește 15 % din populația Europei. Astfel, un european din patru, are un membru al familiei cu dizabilitate. Totodată, la nivel global, 150 de milioane din copiii, vârsta cărora variază între 0 și 18 ani, prezintă dizabilități, dintre care circa 93 de milioane au vârstele cuprinse între 0 și 14 ani [17].

Cadrul legislativ național și internațional care asigură drepturile copiilor cu dizabilități

Documentul internațional, centrat pe protecția și promovarea drepturilor tuturor oamenilor este Declarația universală a drepturilor omului, adoptată și proclamată la New York, la 10 decembrie 1948 de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite prin Rezoluția 217 A (III) din 10.12.1948. Republica Moldova a aderat la declarație prin Hotărârea Parlamentului nr. 217-XII din 28.07.1990 [37, 38].

Egalitatea și nediscriminarea, inclusiv a persoanelor cu dizabilități, este consfințită prin Constituția Republicii Moldova, și alte acte legislative și normative în vigoare. Această prevedere se referă și la copii, statul garantând realizarea și respectarea drepturilor copiilor, inclusiv copiilor cu dizabilități prin asigurarea alocațiilor și altor forme de protecție socială (art. 50 alin. (1)-(5) [38].

Convenția cu privire la drepturile copilului, adoptată de Adunarea Generală a ONU la 20 noiembrie 1989 la New York, a intrat în vigoare la 20 septembrie 1990. Republica Moldova a aderat la convenție prin Hotărârea Parlamentului nr. 408-XII din 12.12.1990 și a intrat în vigoare pe teritoriul Republicii Moldova la data de 25 februarie 1993.

Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități a fost adoptată la New York de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 13 decembrie 2006 și a fost propusă spre semnare la 30 martie 2007. Prin Legea nr. 166-XVIII din 09.07.2010, Republica Moldova a ratificat Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități [22, 38, 39].

Ratificarea Convenției a pus bazele unei reforme substanțiale în domeniul asigurării sociale a persoanelor cu dizabilități din Republica Moldova. Acest proces a coincis cu tranziția, de la abordarea persoanelor cu dizabilități prin prisma modelului medical și a protecției sociale, la abordarea prin prisma drepturilor omului și a recunoașterii demnității umane. Primul pas în vederea implementării Convenției a fost elaborarea și promovarea Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010—2013), adoptată de Parlament prin Legea nr.169-XVIII din 09.07.2010. Strategia definește reformarea politicii statului în domeniul dizabilității și cuprinde liniile directoare de activități pe care diferiți actori publici și privați urmează să le realizeze [39].

Schimbarea paradigmei în abordarea persoanelor cu dizabilități este reflectată și în decizia de a substitui Legea nr. 821-XII din 24.12.1991 privind protecția socială a invalizilor cu o nouă lege axată pe incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, care este în concordanță cu prevederile Convenției și ale Cartei Sociale Europene revizuite. Cadrul legal existent, precedent ratificării Convenției necesita numeroase ajustări, atât din perspectiva conceptelor privind dizabilitatea, cât și din perspectiva recunoașterii drepturilor persoanelor cu dizabilități în egală măsură cu drepturile celorlalți cetățeni. Drept rezultat, a fost adoptată Legea nr. 60 din 30.03.2012 privind incluziunea soci-

ală a persoanelor cu dizabilități, care prevede asigurarea drepturilor persoanelor cu dizabilități în egală măsură cu alți cetățeni la: protecție socială, asistență medicală, reabilitare, educație, muncă, viață publică, mediul fizic, transport, tehnologii și sisteme informaționale, de comunicare și la alte utilități și servicii la care are acces public larg [38, 39].

Legea nr.60 din 30.03.2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități reglementează principiile și obiectivele care stau la baza protecției și promovării drepturilor persoanelor cu dizabilități. Legea definește „dizabilitatea”/„persoana cu dizabilități”, reieșind din definițiile Convenției:

- „**persoană cu dizabilități** — persoană cu deficiențe fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale, deficiențe care, în interacțiune cu diverse bariere/obstacole, pot îngreuna participarea ei deplină și eficientă la viața societății în condiții de egalitate cu celelalte persoane“;
- „**dizabilitate** — termen generic pentru afecțiuni/deficiențe, limitări de activitate și restricții de participare, care denotă aspectele negative ale interacțiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) și factorii contextuali în care se regăsește (factorii de mediu și cei personali)“.

Astfel, noua Lege abrogă Legea nr. 821-XII din 24.12.1991 privind protecția socială a invalizilor, conform căreia „Invalid este persoana care în legătură cu limitarea activității vitale ca urmare a defectelor fizice sau mintale, are nevoie de asistență și protecție socială“ [38-40].

Legea nr. 60 din 30.03.2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, stipulează expres interzicerea discriminării, și interesul major al copilului atunci, când se adoptă diferite decizii în privința lui, precum și garanții pentru combaterea discriminării copiilor cu dizabilități (art. 8 alin. (10)-(13), art. 10) [6, 40].

Actele normative care se referă la protecția, promovarea și monitorizarea drepturilor copilului în general și a copilului cu dizabilități în special sunt următoarele:

- Legea privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației nr.1513-XII din 16 iunie 1993 (republicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2003, nr.60-61, art.259), cu modificările și completările ulterioare;
- Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27.02.1998;
- Hotărârea Guvernului Republicii Moldova despre aprobarea Strategiei Naționale privind protecția copilului și familiei, nr.727 din 16.07.2003;
- Hotărârea Guvernului cu privire la normele de asigurare materială a copiilor orfani și a celor rămași fără ocrotire părintească din casele de copii de tip familial, nr.1733 din 31.12.2002;
- Hotărârea Guvernului cu privire la aproba-

rea Programului Pilot „Copiii cu Dizabilități“ nr.1730 din 30.12.2002;

- Hotărârea Guvernului nr. 658 din 12.06.2007 cu privire la Programul Național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007—2015;
- Legea pentru aprobarea Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010—2013) din 09.07.2010 [22, 40, 41].

Codul familiei nr.1316 din 26.10.2000 conține o serie de prevederi privind drepturile copilului, fără deosebiri între copiii fără și cu dizabilități (dreptul la abitație și educație în familie, dreptul de a comunica cu părinții și rudele, dreptul de a fi protejat, dreptul la exprimarea opiniei, dreptul la identitate, drepturi patrimoniale etc.) [39, 41, 42].

Instituțiile de stat sunt obligate ca în toate deciziile adoptate referitoare la copii să țină cont de interesele acestora. În diferite cazuri soluționarea problemelor ce țin de copii se examinează în comun cu reprezentanții ai organizațiilor, activitatea cărora este legată de promovarea drepturilor copiilor [38, 40].

Situația medico-socială a copiilor cu dizabilități în Republica Moldova

Îngrijirea persoanelor cu dizabilități este o provocare pentru toate statele lumii, inclusiv și pentru țara noastră. Conform datelor prezentate de Biroul Național de Statistică al R. Moldova, numărul total al persoanelor cu dizabilități este de 184,8 mii, dintre care 14,7 mii sunt copii cu vârstele cuprinse între 0 și 18 ani. În ultimii 5 ani numărul persoanelor cu dizabilități a crescut cu 3,8%, iar în cazul copiilor a scăzut cu 7,9%. Astfel, persoanele cu dizabilități reprezintă 5,2% din populația țării, iar copiii cu dizabilități - 2% din numărul total al copiilor. În medie, la 10 mii locuitori revin 518 adulți și 199 copii cu dizabilități. Din numărul total al persoanelor cu dizabilități aflate la evidența organelor asigurării sociale de stat, 71% au obținut dizabilitatea în urma unei boli somatice, 15% sunt persoanele cu dizabilitate din copilărie, iar 8% sunt copii cu dizabilitate [3].

În conformitate cu datele Biroului Național de Statistică al R. Moldova „între anii 2004 și 2013, numărul copiilor cu dizabilități cu vârstă până la 18 ani a crescut de la 12800 până la 14700 persoane“, cele mai frecvente tipuri de dizabilități înregistrate fiind tulburările mintale și de comportament, inclusiv retardul mintal (21%), tulburările sistemului nervos, inclusiv paralizia cerebrală infantilă, malformațiile congenitale și anomaliile cromozomiale (21%). Astfel, din numărul total al copiilor cu dizabilități, 5 649 (43%) prezintă una dintre aceste trei tipuri de tulburări [4].

Conform datelor prezentate în fig. 1, în 2015, numărul copiilor cu dizabilități primare a crescut până la 1,5 mii. „La finele anului 2015 în instituțiile medico-sanitare sub supraveghere s-au aflat 12,9 mii copii cu dizabilități, cu 16% mai puțin comparativ cu anul 2010, la 1000 copii revenind circa 19 copii cu dizabilități“. „Cauzele predominante ale dizabilității primare

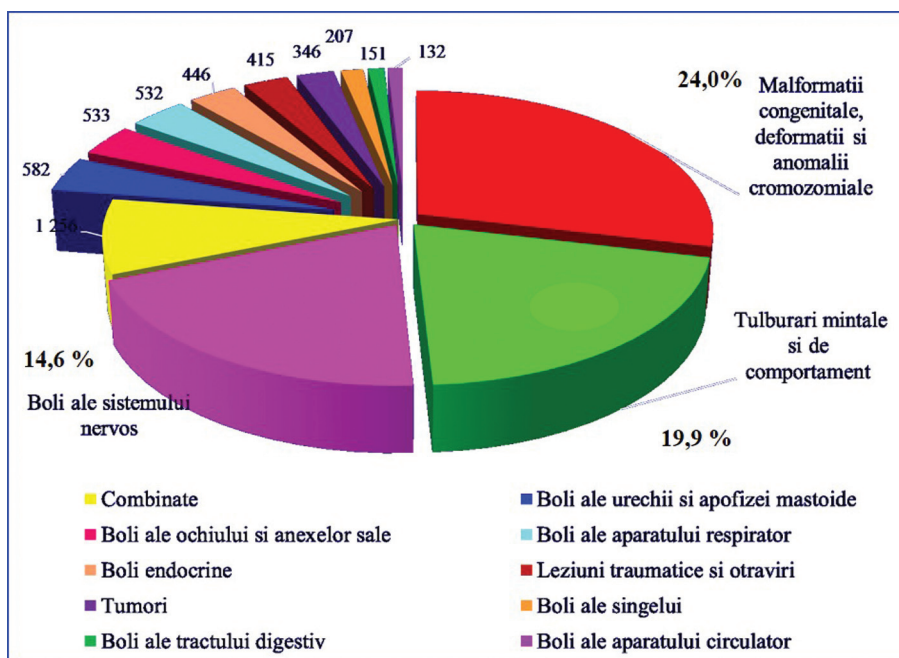


Fig. 1. Structura dizabilității la copii în Republica Moldova [4]

sunt malformațiile congenitale, deformațiile și anomaliile cromozomiale (24,0%), tulburările mintale și de comportament (19,9%) și bolile sistemului nervos (14,6%) [4].

Conform datelor Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei, au fost luați la evidență 3 326 de copii rămași fără îngrijire părintească. Principalele motive de stabilire a acestui statut au fost: plecarea peste hotare a unicului sau ambilor părinți (44,8%), decăderea din drepturi părintești (17,1%). Au fost incriminate și alte cauze, cum ar fi lipsa condițiilor de trai, neîndeplinirea obligațiilor părintești sau părinții sunt ținuuți la pat, având gradul sever de dizabilitate (20%). Din numărul total de copii rămași fără îngrijire părintească, 58% au fost integrați în familiile extinse, iar 13,6% amplasați în instituții de tip rezidențial [4, 41, 42].

Conform datelor oferite de Biroul Național de Statistică din R. Moldova, la 10 mii de copii cu vârsta 0-17 ani revin în medie 7 medici pediatri și 46,5 paturi pentru copii. Anual sunt internați în instituțiile spitalicești circa 130 mii de copii sau fiecare al cincilea copil [4].

În vederea ameliorării asistenței copiilor cu tulburări mintale și de comportament a fost elaborat Regulamentul-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală și Standardele minime de calitate, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 55 din 30 ianuarie 2012. Aceste documente deschid perspective reale de creare a rețelelor de centre comunitare de sănătate mintală, care pot fi contractate direct de Compania Națională de Asigurări în Medicină ca entități legale, ceea ce va permite asigurarea durabilității în activitatea acestora. Actualmente, în R. Moldova activează cinci Centre comunitare de sănătate mintală și Centrul Național de Sănătate Mintală. A fost elaborat și aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1025 din 28.12.2012 Programul

Național în domeniul sănătății mintale pentru anii 2012—2016, care prevede crearea condițiilor de protecție, reabilitare și incluziune socială a persoanelor cu dizabilități mintale, reorganizarea serviciului spitalicesc psihiatric, dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală la nivel comunitar cu integrarea acestora în cadrul serviciilor de asistență medicală primară, orientate spre satisfacerea necesităților de sănătate și sociale ale persoanelor cu dizabilități mintale. A fost elaborată Strategia Națională de dezvoltare a serviciilor de sănătate mintală la nivel de comunitate și integrarea acestora în asistența medicală primară pentru anii 2013—2017, a cărei obiectiv principal este dezvoltarea și extinderea la nivel de ambulatoriu a serviciilor medico-sociale pentru persoanele cu probleme mintale, pentru asigurarea reabilitării mai eficiente psihosociale și incluziunii sociale pentru copii și adulți cu dezechilibrări mintale, inclusiv familiile și rudele lor [4, 43].

În conformitate cu prevederile Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, persoanele asigurate, inclusiv cele cu dizabilități, beneficiază de următoarele tipuri de asistență medicală:

- asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească;
- asistența medicală primară;
- asistența medicală spitalicească;
- asistența medicală specializată de ambulator;
- investigații de laborator și instrumentale costisitoare acordate în cadrul instituțiilor medico-sanitare republicane.

Aceste măsuri permit diagnosticarea timpurie a maladiilor și intervenția în caz de necesitate în scopul prevenirii apariției dizabilităților, inclusiv în rândul copiilor. În pofida acestui fapt, în țara noastră copiii cu dizabilități rămân una dintre cele mai vulnerabile și mai marginalizate categorii de populație. O mare parte dintre aceștia sunt excluși din societate și trăiesc

în condiții de sărăcie extremă și izolare, fără acces la serviciile care ar putea să-i ajute să-și învingă sau să-și compenseze dizabilitățile și să deprindă să-și poarte singuri de grijă și să devină cetățeni utili în societate. În 2002, Comitetul Internațional privind Drepturile Copilului și-a exprimat profunza îngrijorare în legătură cu creșterea numărului copiilor cu dizabilități din R. Moldova și sprijinul insuficient acordat familiilor în care cresc astfel de copii. Comitetul a remarcat și faptul că au fost depuse puține eforturi în vederea integrării copiilor cu dizabilități în sistemul de învățământ general și în societate, inclusiv în activități culturale și recreative. Comitetul, și-a exprimat îngrijorarea cu privire la terminologia utilizată în privința copiilor cu dizabilități, cum ar fi termenul de „invalid”, ceea ce poate duce la prejudicierea și stigmatizarea acestora și la efecte psihologice negative [4, 41].

Conform unui studiu efectuat de Asociația Suedeză pentru Asistența Internațională a Persoanelor cu Dizabilități cu privire la starea familiilor cu copii cu dizabilități din Chișinău, doar 25% dintre aceștia erau instruiți de către un profesor școlar. Astfel, părinții care au copii cu dizabilități trebuie să aleagă între a trimite copilul într-o instituție rezidențială, unde copilul va trăi separat de familie, comunitate și de copiii fără dizabilități, sau îngrijirea lui acasă, fără servicii de susținere [45].

Copiii cu dizabilități fizice din R. Moldova și familiile lor se confruntă cu dificultăți extreme atunci când încearcă să se deplaseze dintr-un spațiu în altul. Majoritatea locațiilor nu sunt dotate cu rampe speciale de acces. Drumurile și trotuarele nu sunt adaptate corespunzător, iar transportul public nu este accesibil persoanelor cu dizabilități. Aceste condiții creează bariere pentru acces în instituții publice, precum spitale, centre de sănătate sau școli. Principalul factor defavorizabil este însă atitudinea copiilor și adulților fără dizabilități față de copiii cu nevoi speciale, care, de cele mai multe ori, este rezervată sau chiar negativă. Din această cauză copiii cu nevoi speciale au dificultăți de integrare în școlile generale. Conform datelor UNICEF, aproximativ 6 000 de copii cu dizabilități din R. Moldova nu au acces la educație. Școlile nu sunt dotate adecvat necesităților acestor elevi și nici societatea nu este pregătită pentru integrarea copiilor cu nevoi speciale [46].

Persoanele cu dizabilități au devenit subiectul asistenței sociale în R. Moldova odată cu apariția serviciilor de suport, dezvoltate de instituțiile de stat și organizațiile neguvernamentale. Deși familiile, care îngrijesc copii cu dizabilități, primesc indemnizații lunare, acestea nu acoperă nevoile esențiale, costurile asistenței medicale sau alte servicii necesare. Cu regret, țara noastră nu oferă sprijinul necesar familiilor cu astfel de copii. În cele mai multe cazuri copiii cu dizabilități nu au acces la educație, primind educația doar de la părinți, sau sunt amplasați în instituții rezidențiale. Costul ridicat și lipsa echipamentului medical, a medicamentelor și alimentelor, insuficiența serviciilor specializate, de asemenea pot constitui factori

ce afectează calitatea vieții multor copii cu dizabilități [3, 47].

„Numărul elevilor înscriși în instituțiile de învățământ special în anul de studii 2014—2015 a constituit 1538 persoane sau cu circa 15,0% mai puțin comparativ cu anul precedent de studii. Majoritatea elevilor din cadrul acestor instituții (22 unități) sunt cu deficiențe în dezvoltarea intelectuală — 74,8%, cu auz slab — 12,1% și cu vederea slabă — 6,0% etc” [4].

Există puține informații privind numărul de copii cu dizabilități care locuiesc în familiile biologice și calitatea vieții lor. Studiul Asociației Suedeze pentru Asistența Internațională a Persoanelor cu Dizabilități a depistat că circa 50% din familiile chestionate au beneficiat de asistență din partea Direcției Municipale pentru Protecția Drepturilor Copilului din Chișinău și doar 20% dintre ei au obținut asistență de la Direcția de Asistență Socială. Copiii cu dizabilități psihice sau comportamentale sunt necooperanți și anxioși și, în ciuda faptului că tratamentul sofisticat și de lungă durată ar putea avea efecte pozitive, există un număr redus de practicieni în R. Moldova care aplică aceste tehnici și pot diagnostica și trata copiii cu dizabilități. Lipsa de încredere a părinților în valoarea și succesul intervențiilor ar putea crea bariere în aplicarea unui tratament adecvat [48].

Moștenirea sovietică, eforturile modeste ale statului de îngrijire a copiilor cu dizabilități și discriminarea socială au dus la o nereușită a incluziunii sociale și la lipsa promovării intereselor copiilor și persoanelor cu dizabilități din R. Moldova. Separarea de societate aprofundează diferențele dintre copiii cu dizabilități și cei fără dizabilități și perpetuează percepția potrivit căreia aceștia ar trebui educați și crescuți separat. Respingerea și stigmatizarea afectează nu numai persoanele cu dizabilități, dar și membrii familiilor lor, frustrați de modul în care sunt tratați copiii lor în societate [45].

Obstacolele, separarea și discriminarea cu care se confruntă copiii cu dizabilități reprezintă încălcări ale Constituției Republicii Moldova și ale legislației naționale. Serviciile sociale și programele de protecție ar trebui să susțină nevoile unice ale acestei categorii de copii și să elimine inegalitățile. Pentru reușita procesului de dezinstituționalizare a copiilor cu dizabilități este necesară elaborarea unor programe și standarde de educație incluzivă pentru astfel de copiii și de schimbări în atitudinile societății. Copiii fără dizabilități, profesorii, părinții, reprezentanții administrațiilor școlare și autorităților publice trebuie să-i trateze pe copiii cu dizabilități ca pe membri egali și cu drepturi depline ai comunității și să protejeze drepturile acestora, atunci când ele nu sunt respectate. Este necesar de a întreprinde pași similari pentru a extinde incluziunea persoanelor cu dizabilități în toate activitățile societății [47].

Ratificarea în 2010 de către R. Moldova a Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități a pus bazele unei reforme radicale în asigurarea lor socială. Pe parcursul ultimilor ani Republica Mol-

dova a realizat progrese semnificative în consolidarea obiectivelor strategice în domeniul dizabilității și în promovarea unor politici, programe și inițiative coerente, care sunt în concordanță cu standardele europene și internaționale. Cu toate acestea, situația reală a persoanelor cu dizabilități este pe departe de a fi una favorabilă. Majoritatea persoanelor cu dizabilități înfruntă zilnic bariere sociale, medicale sau politice, fiind deseori discriminate. Fiecare a zecea persoană locuiește într-o instituție rezidențială, fiind lezată de dreptul de a avea o familie. Atitudinea discriminatorie față de persoanele cu handicap este o consecință a politicilor devalorizante ale statului în domeniu. Fiind considerate bolnave și neputincioase, aceste persoane, practic sunt excluse din sistemul educațional, sunt lezate de dreptul de a fi angajate în câmpul muncii, și în rezultat — sunt privite ca o povară pentru sistemul de protecție socială [39]. În prezent situația persoanelor cu dizabilități în țara noastră rămâne una problematică, fiind necesare eforturi comune atât din partea guvernării, cât și a societății în ansamblu în alocarea de resurse suficiente pentru sporirea accesului la asistență medicală și îmbunătățirea calității acesteia acordate persoanelor cu dizabilități [1, 22].

Dizabilitatea copiilor ca factor de risc privind accesul la serviciile stomatologice

Accesul la serviciile de educație și de sănătate este considerat un drept fundamental al individului. În Strategia europeană 2010—2020 pentru persoanele cu dizabilități este reflectat un angajament reînnoit pentru o Europă fără bariere care se bazează pe implementarea efectivă a Convenției Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Pentru a promova incluziunea persoanelor cu dizabilități, au fost identificate opt domenii de acțiune comune între UE și statele membre: accesibilitate, participare, egalitate, ocuparea forței de muncă, educație și formare profesională, protecție socială și nu în ultimul rând — sănătate. Astfel, persoanele cu dizabilități trebuie să beneficieze, în condiții de egalitate, de acces la serviciile medicale, inclusiv la asistența stomatologică. Pentru garantarea acestui principiu de egalitate, serviciile medicale trebuie să fie gratuite sau asigurate de stat, iar pentru cele care necesită plată prețurile trebuie să fie accesibile și adaptate la nevoile specifice ale persoanelor cu dizabilități [49].

În țara noastră a fost adoptată Legea Nr. 88 din 29.05.2014 pentru modificarea și completarea articolului 20 din Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995, (Publicat: 20.06.2014 în Monitorul Oficial Nr. 160-166 art Nr: 355) care prevede asistența medicală stomatologică în volum deplin, acordată copiilor cu vârsta de până la 12 ani, cu excepția protezării și restaurării dentare [50]. Sărăcirea populației, în special a familiilor care îngrijesc de persoane cu dizabilități, a generat o serie de forme de excluziune socială de la serviciile de sănătate, în special de la asistența stomatologică. În prezent, inegalitatea socială și polarizarea accesului la aceste servicii se manifestă și prin diferențele mari între populația ur-

bană, cu acces rapid la servicii medicale și cea rurală, cu probleme de accesare a serviciilor la nivel primar și specializate. Accesarea serviciilor specializate presupune deplasarea către centre medicale specializate, ceea ce necesită timp și resurse financiare [51].

Nivelul socio-economic al familiei de origine influențează nivelul de cunoștințe și atitudinile sanogene ale copilului. Într-un număr impunător de studii se relatează că la copiii din familiile cu statut socio-economic bun sau foarte bun starea de sănătate orală este la un nivel semnificativ mai înalt, comparativ cu copiii cu un statut socio-economic jos [52-55]. Astfel, studiile realizate de Ten Cate J., 2001, au elucidat existența unor corelații între calitatea scăzută a vieții și un statut oral deficitar, asociat cel mai frecvent cu un acces limitat la serviciile stomatologice [56].

Pentru a obține date obiective, care ar reflecta accesul copiilor cu dizabilități la asistența stomatologică în R. Moldova, au fost intervievați 4673 de copii, părinții lor sau persoanele care-i îngrijesc. Din totalul copiilor luați în studiu, 2315 prezentau dizabilități, iar 2358 – erau convențional sănătoși. Majoritatea copiilor cu dizabilități provin din familii defavorizate, cu 2-6 copii și condiții de trai precare. Astfel, 52,35 % dintre copiii cu dizabilități și o mare parte din copiii fără dizabilități (46,44 %) provin din familii social-vulnerabile, iar 42,33 % dintre copiii cu dizabilități și 45,12 % din copiii convențional sănătoși provin din familii cu o stare materială nesatisfăcătoare [57, 58].

Majoritatea copiilor intervievați au fost amplasați în instituții rezidențiale — 85,67 % dintre copiii cu dizabilități și 75,25% dintre copiii convențional sănătoși. Cauzele instituționalizării copiilor au fost diverse. Pentru analiză au fost luate în calcul motivele de instituționalizare ale fiecărui copil. Astfel, 95,63% dintre copii cu dizabilități și 7,99% dintre cei convențional sănătoși au fost instituționalizați din cauza stării de sănătate a acestora și incapacitatea familiilor biologice de a-i îngriji. Dificultățile materiale și condițiile nesatisfăcătoare de trai a fost unul din motivele de instituționalizare a 84,53% dintre copii sănătoși și a 55,94% dintre cei cu dizabilități. Decăderea din drepturi părintești (cauzată de alcoolism cronic, maltratarea, neglijarea sau refuzului oficial al copiilor, modul asocial de viață ș.a.) a fost motivul plasării în instituții rezidențiale a 63,93% dintre copiii sănătoși și a 49,7% dintre cei cu dizabilități [57].

Din numărul total de copii intervievați majoritatea (60,04% dintre copiii cu dizabilități și 84,53% dintre copii sănătoși) au beneficiat cel puțin de o consultație stomatologică. Totodată, în scopul prevenirii afecțiunilor cavității orale la medicul stomatolog s-au adresat doar 7,8% copii cu dizabilități și 45,12 % din cei sănătoși. Astfel, asistența stomatologică a copiilor cu dizabilități se reduce la rezolvarea cazurilor de urgență, iar tratamentul copiilor neinstituționalizați se efectuează preponderent la adresare. Rezolvarea cazurilor de carie complicată și chiar de carie se efectuează prin extracții dentare, ceea ce duce la subdezvoltarea oaselor scheletului maxilo-facial și la apariția anoma-

liilor dento-maxilare. Prevalența complicațiilor cariei dentare este de 65,44%, iar a proceselor inflamatorii odontogene de 52 % [59].

În urma analizei datelor din literatura de specialitate și a observației clinice a copiilor cu dizabilități în țara noastră, au fost identificate patru grupuri de factori majori care reduc accesul copiilor cu dizabilități la asistență stomatologică în țara noastră:

1. Factorii de accesibilitate fizică. Sunt determinați de dificultățile de acces la clinica stomatologică, la fotoliul dentar și de realizare a manoperele stomatologice. Accesul limitat la clinicile stomatologice este cauzat de dificultățile de deplasare ale copiilor aflați în scaune cu roțile către acestea și în incinta lor către serviciile de radiografie și diagnostic complementar (lipsa lifturilor, posibilități limitate de manevră cu un scaun cu roțile ș.a.). Un alt factor care limitează accesul la servicii stomatologice este imposibilitatea copiilor cu dizabilități de a părăsi scaunul cu roțile și de a se așeza pe scaunul stomatologic, iar designul clasic al acestuia nu asigură postura securizată pacienților cu deficiențe motorii și echilibru incert. Mai mult de atât, unele manopere stomatologice sunt constrânse și de particularitățile anatomice și funcționale ale pacienților cu dizabilități: poziția corpului, limitarea mișcărilor, limitarea posibilității de deschidere a gurii, respirația orală, macroglosia, hipersalivarea sau sialoreea, mișcări involuntare și convulsii, dereglarea deglutiției, reflexul accentuat de vomă, incapacitatea de a elimina saliva din cavitatea orală, anomaliile dento-maxilare ș.a.

2. Factorii „relaționali” și „emoționali” de accesibilitate. Dacă pentru pacienții cu dizabilități motorii accesul la îngrijiri dentare este în primul rând o problemă de accesibilitate fizică, pentru persoanele cu dizabilități mintale un simplu examen stomatologic poate provoca stare de stres sever, fapt care sporește riscul anxietății pacientului sau chiar a comportamentului agresiv. Prin urmare, principalele probleme care reduc accesul pacienților cu dizabilități mintale, intelectuale sau psihologice și multiple la asistența stomatologică sunt cauzate de particularitățile lor comportamentale, de reticența specialiștilor în acordarea asistenței stomatologice pacienților cu dizabilități din lipsa de pregătire a medicilor stomatologi și asistenților acestora pentru abordarea specifică a persoanelor cu nevoi speciale.

3. Factorii financiari de accesibilitate. Sunt determinați, pe de o parte resursele financiare reduse sau, de cele mai multe ori de sărăcia cu care se confruntă familiile copiilor cu dizabilități și incapacitatea acestora de a achita costurile tratamentelor dentare. Pe de altă parte, tratamentul stomatologic al pacienților cu dizabilități necesită de 2-5 ori mai mult timp decât al copiilor sănătoși, fiind necesare cel puțin două ședințe, doar pentru a crea un climat de încredere între specialist și copiii cu tulburări mintale și de comportament sau autism, pentru a-i convinge să accepte tratamentul stomatologic. Pentru tratamentul persoanelor cu dizabilități sunt folosite și mai multe

materiale stomatologice. În plus, sunt necesare surse suplimentare pentru asigurarea administrării sedării sau anesteziei generale. Cheltuielile suplimentare (timpul practicianului, cheltuieli medicale, inclusiv costurile materialelor dentare și a preparatelor farmaceutice), nu sunt luate în calcul la stabilirea prețului unei vizite la stomatolog în cadrul serviciilor medicale asigurate acordate populației. Drept urmare, sursele alocate de Compania Națională de Asigurări în Medicină sunt suficiente doar pentru acoperirea cheltuielilor pentru acordarea asistenței de urgență, costurile tratamentelor fiind povara familiilor sau activităților de voluntariat a specialiștilor din țară în colaborare cu donatorii internaționali.

4. Factorii de accesibilitate la informații (informații cu mesaj educativ-sanitar și programe de educație pentru sănătate). În instituțiile rezidențiale copiii cu dizabilități beneficiază periodic de programe de educație pentru sănătate, deși acestea nu sunt realizate în mod permanent. O stare precară de sănătate orală și lipsa accesului la informații a fost constatată la majoritatea copiilor care se educă în cadrul familial și nu sunt integrați în societate. Părinții nu sunt conștienți de starea sănătății orale a copiilor, neglijând igienizarea cavității orale și adresările cu scop preventiv la medicul stomatolog. Cauza neglijării sănătății orale a copiilor de către părinți sau persoanele care-i îngrijesc este severitatea maladiilor psihosomatice și necesitatea îngrijirilor permanente, problemele de sănătate orală trecând pe un plan secundar de preocupare, până la apariția complicațiilor afecțiunilor dento-parodontale. Astfel, prima vizită la stomatolog se face din motiv de durere acută, care este rezolvată prin extracții dentare, majorând semnificativ stresul copilului și contribuind la formarea anxietății dentare severe. Un alt aspect al problemei este că informația cu mesaj educativ-sanitar difuzată în mass-media nu este adaptată nevoilor speciale ale pacienților cu deficiențe de auz, vedere și cele asociate.

Astfel, problema de optimizare a asistenței stomatologice pentru copiii cu dizabilități, reprezintă una dintre cele mai importante sarcini ale stomatologiei pediatrice și necesită studiere și dezvoltare în continuare, indică la necesitatea realizării programelor de sănătate orală cu aplicarea mijloacelor și metodelor moderne de prevenire și tratament al afecțiunilor cavității orale, fapt care va contribui la reducerea prevalenței și incidenței principalelor afecțiuni stomatologice [59].

Concluzii

Majoritatea surselor literare din țara noastră și de peste hotare susțin că dizabilitatea reprezintă o problemă medicală și socială, iar copiii care suferă de deficiențe accentuate și severe au nevoie de îngrijire medicală de specialitate pe termen lung, iar în unele cazuri - pe tot parcursul vieții. La nivel global, persoanele cu dizabilitate actualmente reprezintă circa 15% din populația lumii [1, 2]. Numărul total al persoanelor cu dizabilități în R. Moldova este de 184,3 mii ceea

ce reprezintă 5,2% din populația totală a țării. Numărul total de copii cu dizabilități — 14,7 mii sau 2% din numărul total al copiilor din țară. [3, 4]. Ratificarea de către Republica Moldova a Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități în anul 2010 a pus bazele unei reforme substanțiale în domeniul asigurării sociale a persoanelor cu dizabilități din țara noastră. Totodată, în prezent situația persoanelor cu dizabilități în țara noastră rămâne a fi una problematică și sunt necesare eforturi comune atât a guvernării, cât și a societății în întregime pentru majorarea accesului și îmbunătățirea calității asistenței medicale acordate persoanelor cu dizabilități, inclusiv a asistenței stomatologice.

Bibliografie

- Gavriliță L. „Reforma privind sistemul de protecție socială a persoanelor cu dizabilități pornind de la o nouă abordare și evaluare a dizabilității”, Monitor social, Nr.12/2011, 63 p. <http://www.viitorul.org>
<https://www.yumpu.com/ro/document/view/20795131/reforma-privind-sistemul-de-protectie-sociala-a-persoanelor-cu-9>
- Mentorat educațional pentru formarea profesorilor din învățământul superior care lucrează cu persoane cu dizabilități. Curriculum. În: Proiectul Educație Universitară pentru Persoane cu Dizabilități. București, 2013, 50 p. <http://www.eupd.ro/wp-content/uploads/2011/09/curriculum.pdf>
- Situația persoanelor cu dizabilități în R. Moldova. 30.11.2015. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=4976> (accesat 2.12.2015).
- Situația copiilor în R. Moldova în anul 2015. 27.05.2016. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=5221> (accesat 2.06.2016).
- Barnes C. „Rehabilitation for Disabled People: a „sick” joke?”, Scandinavian Journal of Research, 2003, p.5. <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1326&context=gladnetcollect>
- Ocuparea persoanelor cu dizabilități. Psihologia angajatorilor cu privire la angajarea acestora. http://www.diz-abilitate.ro/images/elemente/ocuparea_persoanelor_cu_dizabilitati_psihologia_angajatorilor_cu_privire_la_angajarea_persoanelor_cu_dizabilitati.pdf
- Stanciu M. Copiii cu dizabilități. UNICEF. Raport 2013. 72 p. <http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/Raport-Situatia-copiilor-cu-dizabilitati-din-Romania-2013.pdf>
- Reprezentanța UNICEF, „Copii la limita speranței — o analiză focalizată asupra situației copiilor vulnerabili, excluși și discriminați în România”, 2006, București: Vanemonde, 2006, 199 p. https://www.unicef.org/romania/ro/SITAN_romana.pdf
- Oancea R., Maanen C. Ghid de bune practici pentru o bună interacțiune cu persoanele cu dizabilități, București 2003, 27 p.
- International Classification of Functioning. Disability and Health (ICF). Geneva, World Health Organization, 2001.
- International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth Version (ICF-CY). Geneva, World Health Organization, 2007.
- Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF) Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, 2004, 177 p. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/5/9241545429_rum.pdf
- Sochircă L., Luchian M., Moscoviciu A. „Prin evaluarea complexă bazată pe CIF — spre incluziune socială”, Analele Științifice ale USMF „N. Testemițanu”, Nr.2 (13)/2012, pp. 382-386.
- Raport Mondial Privind Dizabilitatea. Organizația Mondială a Sănătății. Ediție tipărită. București, 2012, 327 p. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44575/20/9789730135978_rum.pdf
- McConachie H. și alții. „Participation of disabled children: how should it be characterised and measured?”, Disability and Rehabilitation, Nr.28/2006, pp.1157—1164.
- Ordin Nr. 725/12709 din 1 octombrie 2002 privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru copii și se aplică măsurile de protecție specială a acestora. Nr. 12.709, Monitorul oficial nr. 781 din 28 octombrie 2002. În: lege5.ro/Gratuit/gm2tomrr/ordinul-nr-725-2002-privind-criteriile-pe-baza-carora-se-stabileste-gradul-de-handicap-pentru-copii-si-se-aplica-masurile-de-protectie-speciala-a-acestora
- Dumitrescu D. Handicapul — între normalitate și anormalitate. Material publicat de Asociația Pro-vita București, 2011. <http://provitabucuresti.ro/docs/bioetica/Handicapul.pdf>. <http://psyvolution.ro/handicapul-intre-normalitate-si-anormalitate/>
- Salloum M. M. Starea de bine la persoanele cu dizabilități. Cluj-Napoca: Napoca Star, 2011, p. 23-67. <http://ru.scribd.com/doc/270119170/Carte-Mioara-Salloum>
- Tache G.O. Recuperare medicală, București, 2013, <http://ru.scribd.com/doc/154912819/Recuperare-medicala>.
- Cioloa S.I. Ameliorarea serviciilor educaționale din România din perspectiva educației incluzive. Rezumatul tezei de doctorat. Cluj-Napoca, 2012, 44 p. <https://www.scribd.com/doc/272166699/Cioloa-Nicolae-Simona-Ionela-Ro>
- Sochircă L. Determinarea dizabilității la nivel internațional. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2013, Nr. 1(46), p. 79-84.
- Dilion M. Monitoring of rights of persons with disabilities in Republic of Moldova. Association Motivatie of Mpldova, Chișinău, 2014, 38 p. <http://drpi.research.yorku.ca/wp-content/uploads/2015/01/Moldova-Holistic-Report-Final-Jan2015.pdf>
- The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization. 2008, 146 p. http://www.who.int/health-info/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
- The state of the world's children 2006: excluded and invisible. New York, United Nations Children's Fund. 2005, 145 p. <http://www.unicef.org/sowc/archive/ENGLISH/The%20State%20of%20the%20World's%20Children%202006.pdf>
- Maulik P.K., Darmstadt G.L. Childhood disability in low- and middle-income countries: overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology. În: Pediatrics. 2007, nr. 120:Suppl 1, p. 1-55. http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/120/Supplement_1/S1.full.pdf
- Hartley S., Newton C.R.J.C. Children with developmental disabilities in the majority of the world. In: Shevell M, ed. Neurodevelopmental disabilities: clinical and scientific foundations. London, Mac Keith Press, 2009, p.70-84. http://www.researchgate.net/publication/235784676_Children_with_developmental_disabilities_in_the_majority_of_the_world
- Grantham-McGregor S., Cheung Y., Cueto S. și alții. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet. 2007, nr. 369, p. 60-70. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60032-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60032-4/abstract)
- Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys. United Nations Children's Fund, University of Wisconsin. New York, 2008, 84 p. http://www.childinfo.org/files/Monitoring_Child_Disability_in_Developing_Countries.pdf
- Robson C., Evans P. Educating children with disabilities in developing countries: the role of data sets. Huddersfield, University of Huddersfield, 2005, 51 p. http://www.childinfo.org/files/childdisability_RobsonEvans2005.pdf
- Robertson J., Hatton C., Emerson E. The identification of children with or at significant risk of intellectual disabilities in low and middle income countries: a review. În: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2012, nr.2 (25), p. 99-118. [http://www.research.lancs.ac.uk/portal/en/publications/\(6e35d03c-caa0-4943-bfd9-74b10b9af739\).html](http://www.research.lancs.ac.uk/portal/en/publications/(6e35d03c-caa0-4943-bfd9-74b10b9af739).html)
- Hack M., Klein N.K., Taylor H.G. Long-term developmental outcomes of low birth weight infants. In: The Future of children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation. 1995, nr.5, p. 176-196.
- Wang J. și alții. A ten year review of the iodine deficiency disorders program of the People's Republic of China. În: Journal of Public Health Policy. 1997, nr.18, p. 219-241.
- Mitra S., Posarac A., Vick B. Disability and poverty in developing countries: a snapshot from the world health survey. Washin-

- gton, Human Development Network Social Protection, forthcoming, 2011, http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/06/16/000386194_20110616042613/
34. Mete C. Economic implications of chronic illness and disease in Eastern Europe and the former Soviet Union. Washington, World Bank, 2008, 138 p. <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Regions/ECA/EconomicImplicationsMete.pdf>
 35. Filmer D. Disability, poverty and schooling in developing countries: results from 14 household surveys. În: The World Bank Economic Review. 2008, nr. 22, p. 141-163.
 36. Trani J, Bakhsbi P, Bellanca N. și alții. Disabilities through the Capability Approach lens: Implications for public policies. În: *ALTER-European Journal of Disability Research*. 2011, nr. 3 (5), p. 143-157. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875067211000320>
 37. Declarația universală a drepturilor omului. <http://www.hotarariced.ro/files/files/DECLARATIA%20UNIVERSALA%20A%20DREPTURILOR%20OMULUI.pdf>
 38. Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Ghid pentru administrația publică locală. Chișinău, 2013. 69 p. <http://www.keystonemoldova.md/assets/documents/ro/publications/Guide%20for%20LPA%20representatives.pdf>
 39. Raport național privind implementarea convenției ONU privind drepturile copilului. Chișinău, 2015. 161 p. www.mmpsf.gov.md/sites/.../raport_conventia_onu_11.08.2015_fin.doc
 40. Țibuleac M. Persoanele cu dizabilități — o povară pentru societate? <https://iniiativa.wordpress.com/2009/01/05/persoanele-cu-dizabilitati-%E2%80%93-o-povara-pentru-societate/>
 41. Creștem mari în R. Moldova. Studiul UNICEF. Chișinău, 2008, 48 p. http://www.unicef.org/moldova/GrowingUp_UNICEF_rom.pdf
 42. Numărul copiilor rămași fără îngrijire părintească. <http://odoras.md/articole/top/numarul-copiilor-ramai-fara-ingrijire-painteasca-este-in-cretere>
 43. Hotărîrea Nr. 1025 din 28.12.2012 cu privire la aprobarea Programului Național privind sănătatea mintală pentru anii 2012—2016. Publicat : 11.01.2013 în Monitorul Oficial Nr. 6-9, art Nr: 35 <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=346311>
 44. Drepturile persoanelor cu deficiențe mintale sau intelectuale în Republica Moldova. Chișinău, Fondul PNUDP, 2015, 82 p.
 45. Asociația Keystone Human Services International Moldova, „Comunitate Incluzivă — Moldova — suport financiar în perioada crizei economice globale“. Disponibil la: <http://www.keystonemoldova.md/ro/projects/bridge-funding-during-the-global-economic-crisis.php> [ultima accesare la 6 iulie 2016].
 46. UNICEF, „Republica Moldova. Programul de Țară 2013—2017“, 2012. Disponibil la: http://www.unicef.org/about/execboard/files/Moldova-2013—2017-final_approved-English-14Sept2012.pdf.
 47. Asociația Keystone International Moldova, servicii de sprijin familial. Disponibil la: <http://www.keystonemoldova.md/en/what-wedo/family-support-services.php> (ultima accesare la 20 martie 2015).
 48. Asociația Keystone International Moldova, case comunitare. Disponibil la: <http://www.keystonemoldova.md/en/what-wedo/community-homes.php> (ultima accesare la 20 martie 2015).
 49. Strategia europeană 2010—2020 pentru persoanele cu handicap: un angajament reînnoit pentru o Europă fără bariere. Bruxelles, 15.11.2010, 14 p. Disponibil la: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:RO:PDF>
 50. Legea Nr. 88 din 29.05.2014 pentru modificarea și completarea articolului 20 din Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995, Publicat: 20.06.2014 în Monitorul Oficial Nr. 160-166 art Nr: 355. Disponibil la: <http://lex.justice.md/md/353447/>
 51. Doboș, C. Dificultăți de acces la serviciile publice de sănătate în România. Calitatea vieții, 2006, nr. 1-2 (7) , 2006, p. 7-24.
 52. Cushing AM, Sheiham A, Maizels J. „Developing socio-dental indicators: The social impact of dental disease“, Community Dent Health., Nr.3/1986, pp. 3-17.
 53. Gherunpong S. „Developing a socio-dental system of dental needs assessment in children“. PhD Thesis. University College London, Department of Epidemiology; 2004
 54. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E. „Inequalities in Oral Health for Children with Disabilities: A French National Survey in Special Schools“, Chan A-W, ed. PLoS ONE, Nr.3(6)/2008, pp. 2564.
 55. Kuper H, Monteath-van Dok A, Wing K, et al. „The Impact of Disability on the Lives of Children; Cross-Sectional Data Including 8,900 Children with Disabilities and 898,834 Children without Disabilities across 30 Countries“, Federici S, ed. PLoS ONE, Nr.9(9)/2014, pp.107300. doi:10.1371/journal.pone.0107300.
 56. Ten Cate J, „What dental diseases are we facing in the new millennium: some aspects of the research agenda“, Caries Res., Nr.35 (suppl 1)/2001, pp.2-5.
 57. Spinei A., Spinei I., Bălțeanu O. Prevalența impactului afecțiunilor cavității orale asupra performanțelor cotidiene ale copiilor cu dizabilități. *Medicina Stomatologică*. 2015, 3 (36), p. 50-56.
 58. Spinei A. Prevalența cariei dentare la copiii cu dizabilități în Republica Moldova. *Medicina Stomatologică*. 2015, 3 (36), p. 39-49.
 59. Spinei A. Morbiditatea prin carie dentară și accesul la tratamentul stomatologic al copiilor cu dizabilități în Republica Moldova. *Revista Română de Medicină Dentară*. 2015, 3 (18), p. 170-198.

Data prezentării: 19.12.2016.
Recenzent: Sergiu Ciobanu