



Ministerul Sănătății,
Muncii și Protecției Sociale
al Republicii Moldova



Protecting Children. Providing Solutions.

STUDIUL

**SITUAȚIA COPIILOR CU VÂRSTA
DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI
DE DEZVOLTARE, INCLUSIV CU
DIZABILITATE STABILĂ,
ÎN REPUBLICA MOLDOVA**



Ministerul Sănătății,
Muncii și Protecției Sociale
al Republicii Moldova



Protecting Children. Providing Solutions.

STUDIUL

**SITUAȚIA COPIILOR CU VÂRSTA
DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI
DE DEZVOLTARE, INCLUSIV CU
DIZABILITATE STABILĂ,
ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

CHIȘINĂU, 2017

Coordonator: Irina Malanciuc

Autorii raportului:

Domnica Gînu

Galina Morari

Ala Holban

Angela Crudu

Consultanți:

Rodica Scutelnic

Viorica Dumbrăveanu

Viorica Marț

Recenzent: Ninel Revenco

Mulțumiri

Studiul "Situția copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare, inclusiv cu dizabilitate stabilită, în Republica Moldova" a fost realizat datorită eforturilor comune ale specialiștilor din cadrul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Ministerului Educației, Culturii și Cercetării, ale specialiștilor din cadrul Centrelor de Sănătate/Centrelor Medicilor de Familie, organelor teritoriale de specialitate în domeniul asistenței sociale, organelor teritoriale de specialitate în domeniul învățământului, cărora le mulțumim pentru contribuțiile valoroase și timpul dedicat procesului de evaluare.

Mulțumim mult colaboratorilor din cadrul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale- Rodica Scutelnic, Viorica Dumbrăveanu, Tatiana Zatic, Vasile Cușca, Lilia Oleinic, Petru Crudu și Viorică Marț de la Ministerul Educației, Culturii și Cercetării, pentru coordonarea și asigurarea calității procesului complex de evaluare.

Mulțumim tuturor angajaților din cadrul autorităților publice locale, șefilor Centrelor de Sănătate/Centrelor Medicilor de Familie, medicilor de familie, asistenților medicali de familie, organelor teritoriale de specialitate în domeniul asistenței sociale, asistenților sociali comunitari, organelor teritoriale de specialitate în domeniul învățământului din țară pentru furnizarea informațiilor în corespundere cu metodologia de evaluare și, în special, celor din Ialoveni, Florești, Nisporeni, Soroca, UTA Găgăuzia pentru sprijinul oferit și susținerea logistică în procesul de colectare a datelor la nivel local.

Mulțumim echipelor de evaluatori pentru eficiență și responsabilitate în aplicarea instrumentelor de evaluare și în colectarea datelor.

Studiul „Situția copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare, inclusiv cu dizabilitate stabilită, în Republica Moldova” / aut.: Domnica Gînu, Galina Morari, Ala Holban [et al.]; coord.: Irina Malanciuc; consultanți: Rodica Scutelnic [et al.]; Min. Sănătății, Muncii și Protecției Soc. – Chișinău: Lumos Foundation, 2017 (Tipogr. „Bons Offices”). – 104 p.: fig., tab. Aut. sunt indicați pe vs. f. de tit. – Referințe bibliogr.: p. 104 (17 tit.) și în subsol. – 300 ex.

ISBN 978-9975-87-328-4.
CZU [364.2+613.95] (478):303
S 93

CUPRINS

I. INTRODUCERE	7
II. CONTEXT GENERAL GLOBAL PRIVIND DIZABILITATEA LA COPII	8
III. PRACTICI INTERNAȚIONALE PRIVIND SERVICIILE DE INTERVENȚIE TIMPURIE	10
IV. CONTEXT GENERAL NAȚIONAL PRIVIND DIZABILITATEA LA COPII	12
4.1. Analiza situației	12
4.2. Cadrul legal privind protecția copiilor mici, inclusiv cu dizabilități	15
4.2.1. Cadrul legal internațional privind protecția copiilor mici, inclusiv cu dizabilități	15
4.2.2. Cadrul legal național privind protecția copiilor mici, inclusiv cu dizabilități	18
4.2.2.1. Strategii și politici	18
4.2.2.2. Reglementări legale cu caracter general	19
4.2.2.3. Reglementări legale privind prestațiile, alte garanții pentru copilul mic, inclusiv cu dizabilități	21
4.2.2.4. Reglementări legale privind proceduri și servicii, adresate copilului mic, inclusiv cu dizabilități	23
4.3. Practici naționale în domeniul intervenției timpurii	25
V. ACTUALITATEA ȘI IMPORTANȚA STUDIULUI	30
VI. METODOLOGIA STUDIULUI	30
6.1. Scopul și obiectivele Studiului	30
6.2. Metode și tehnici de cercetare	30
6.3. Instrumente de evaluare	31
6.4. Etapele de realizare a Studiului	32
6.5. Culegerea și prelucrarea datelor	32
6.6. Raportul de cercetare	34
VII. CADRUL GENERAL AL STUDIULUI. REZULTATELE GENERALE ALE EVALUĂRII	35
VIII. REZULTATELE EVALUĂRII ÎN RAIOANELE INCLUDE ÎN STUDIU	40
8.1. Situația copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) și a serviciilor adresate acestora	40
8.1.1. Date generale despre copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu	40
8.1.2. Informații privind perioada antenatală de dezvoltare a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu	41
8.1.3. Depistarea antenatală a anormalităților în dezvoltarea fătului în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu ..	43
8.1.4. Asistența în naștere de care au beneficiat copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu	45
8.1.5. Asistență în perioada neonatală de care au beneficiat copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu	46
8.1.6. Supravegherea în cadrul Serviciului de Follow-up neonatal a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu	47

8.1.7. Structura tulburărilor de dezvoltare a copiilor cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu	48
8.1.8. Identificarea postnatală și supravegherea medicală a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburare de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu	48
8.1.9. Serviciile prestate copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu	50
8.2. Situația copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită și a serviciilor, adresate acestora	53
8.2.1. Date generale despre copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu	53
8.2.2. Informații privind perioada antenatală de dezvoltare a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu	54
8.2.3. Depistarea antenatală a anormalităților în dezvoltarea fătului, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu	57
8.2.4. Asistența în naștere, de care au beneficiat copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu	58
8.2.5. Asistență în perioada neonatală, de care au beneficiat copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu	59
8.2.6. Supravegherea în cadrul Serviciului de Follow-up neonatal a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu	61
8.2.7. Asigurarea copiilor cu vârsta de până la 5 ani, incluși în Studiu, cu echipamente speciale	61
8.2.8. Identificarea și supravegherea medicală a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu	62
8.2.9. Serviciile, prestate copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu	65
8.3. Accesarea serviciilor medicale, de abilitare/ reabilitare, sociale și de educație timpurie de către familiile care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare, fără dizabilitate stabilită (în baza datelor colectate de la părinții/ îngrijitorii copiilor)	68
8.3.1. Depistarea tulburărilor de dezvoltare la copiii cu vârsta de până la 5 ani, incluși în Studiu	68
8.3.2. Accesarea serviciilor medicale de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu	69
8.3.3. Accesarea serviciilor de abilitare/ reabilitare în instituții medicale și specializate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu	70
8.3.4. Accesarea serviciilor sociale de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu	72
8.3.5. Accesarea serviciilor de educație timpurie de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu	73
8.3.6. Situația familiilor care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu	75
8.3.7. Veniturile familiilor care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu	76
8.3.8. Prestațiile sociale/ ajutoarele, de care beneficiază familiile care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu	77

8.3.9. Cunoștințele și nivelul de implicare a părinților/ îngrijitorilor în procesul de îngrijire a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu	77
8.3.10. Capacitățile parentale și necesitățile de instruire ale părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu	79
8.3.11. Caracteristici demografice ale părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu	79
8.4. Accesarea serviciilor medicale de abilitare/ reabilitare, sociale și de educație timpurie de către familiile care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită (în baza datelor, colectate de la părinții/ îngrijitorii copiilor)	83
8.4.1. Depistarea dizabilității la copiii cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu	83
8.4.2. Accesarea serviciilor medicale de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu	85
8.4.3. Accesarea serviciilor de abilitare/ reabilitare în instituții medicale și specializate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu	86
8.4.4. Utilizarea echipamentelor speciale de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu	87
8.4.5. Accesarea serviciilor sociale de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu	88
8.4.6. Accesarea serviciilor de educație timpurie de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu	89
8.4.7. Situația familiilor care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu	91
8.4.8. Veniturile familiilor care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu	92
8.4.9. Prestațiile sociale/ ajutoarele, de care beneficiază familiile care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită	93
8.4.10. Cunoștințele și nivelul de implicare a părinților/ îngrijitorilor în procesul de îngrijire a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu	94
8.4.11. Capacitățile parentale și necesitățile de instruire ale părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită	95
8.4.12. Caracteristici demografice ale părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu (%)	96

IX. CONSTATĂRI ȘI CONCLUZII GENERALE 100

X. RECOMANDĂRI 102

XI. BIBLIOGRAFIE 104

LISTA DE ABREVIERI

MSMPS – Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale

MECC – Ministerul Educației, Culturii și Cercetării

ONU – Organizația Națiunilor Unite

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

UNICEF – Fondul Națiunilor Unite pentru Copii



CUVÂNT ÎNAINTE

Odată cu ratificarea Convenției ONU privind Drepturile persoanelor cu dizabilități (2009), care a stat la baza elaborării și dezvoltării cadrului normativ în domeniul protecției persoanelor cu dizabilități, Republica Moldova a realizat progrese în fortificarea obiectivelor strategice în domeniul promovării politicilor cu referire la protecția persoanelor cu dizabilități, în conformitate cu standardele europene și internaționale.

Pornind de la importanța vârstelor mici pentru dezvoltare, supraviețuire și incluziune socială și educațională optimă, precum și ținând cont de politica internațională în acest domeniu, Guvernul Republicii Moldova a aprobat, în anul 2016, Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciilor de intervenție timpurie și a Standardelor minime de calitate.

Regulamentul stabilește cadrul de finanțare a acestor servicii, care permite organizarea și prestarea serviciilor de intervenție timpurie în fiecare teritoriu administrativ, asigurând accesul oricărui copil la aceste servicii, în proximitatea familiei.

Republica Moldova este acum la începutul procesului de creare a serviciilor de intervenție timpurie la copii și, în acest context, are nevoie de modele de servicii care vor sta la baza creării unui sistem integrat și viabil de intervenție timpurie la nivel național.

În acest context, Studiul privind „Situția copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare, inclusiv cu dizabilitate stabilită, în Republica Moldova” a fost efectuat pentru a identifica problemele cu care se confruntă acești copii și familiile lor, dar și pentru a determina spectrul de servicii necesare pentru buna creștere, stimularea și dezvoltarea acestora.

Datele Studiului vor sta la baza dezvoltării unui Sistem de servicii integrate de intervenție timpurie la copii, menite să îmbunătățească sănătatea și dezvoltarea copiilor, în special a copiilor cu tulburări de dezvoltare și dizabilitate, dar și să diminueze ponderea tulburărilor de dezvoltare și a manifestărilor dizabilității existente, prin asistența unei echipe interdisciplinare de specialiști la locul de trai a copilului.

Rodica SCUTELNIC,

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
Secretar de Stat

I. INTRODUCERE

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale (MSMPS), în parteneriat cu Ministerul Educației, Culturii și Cercetării (MECC) și cu asistența tehnică a Organizației „Lumos Foundation” din Marea Britanie au realizat Studiul privind „Situția copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare, inclusiv cu dizabilitate stabilită, în Republica Moldova”.

În ultimele decenii a crescut considerabil rolul programelor de intervenție timpurie la nivel global. Acest progres se datorează în mare parte dezvoltării tehnologiilor moderne, îmbunătățirii calității vieții, desfășurării cercetărilor ample în domeniul sănătății, educației și protecției sociale. Ca răspuns la necesitatea reducerii ratei înalte a morbidității, mortalității infantile și a copiilor cu vârsta de până la 5 ani și a dizabilității în rândul copiilor, la nivel global s-a dezvoltat și conceptul de „intervenție timpurie”.

La nivel global există mai multe definiții privind Intervenția Timpurie la Copii (ITC). Michael Guralnick (Director, Center on Human Development and Disability, Professor of Psychology and Pediatrics, University of Washington, 2001) definește intervenția Timpurie drept „... sistem conceput pentru a sprijini modelele familiale de interacțiune dintre familie și copil, care promovează și determină buna dezvoltare a copilului...”.

Agenția Europeană pentru Dezvoltarea Educației Speciale (2005) definește Intervenția Timpurie ca fiind „...o complexitate de servicii/ resurse adresate copiilor mici și familiilor lor, care sunt prestate la cererea acestora și sunt aplicate atunci când copilul/ familia are nevoie de un sprijin special”.

Asociația Europeană de Intervenție Timpurie Eurlayd (1993), menționează că „...Intervenția Timpurie reprezintă o gamă de activități, care vizează dezvoltarea copilului, precum și sprijinul părinților. Aceste activități sunt realizate în mod direct și imediat după determinarea statutului și nivelului de dezvoltare al copilului. Intervenția timpurie este adresată atât copilului, cât și părinților, familiei și mediului social”.

„Programele de intervenție timpurie la copii (Intervenția Timpurie la Copii) sunt concepute pentru a sprijini copiii mici cu risc de apariție a tulburărilor de dezvoltare sau copiii mici care au fost identificați, că prezintă tulburări de dezvoltare sau dizabilități. ITC cuprinde o serie de servicii de sprijin pentru asigurarea și sporirea dezvoltării personale a copiilor și a rezilienței acestora, consolidarea competențelor familiei și promovarea incluziunii sociale a familiilor și a copiilor”, consemnează OMS și UNICEF, în „Early Childhood Development and Disability” (2012)¹.

În Republica Moldova, Intervenția Timpurie este definită în Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea serviciilor de intervenție timpurie², prin care „...serviciile de Intervenție Timpurie sunt servicii medicale, sociale și psihopedagogice, oferite copiilor pentru identificarea, evaluarea și asistența tulburărilor de dezvoltare și a riscurilor de apariție a acestora, în vederea stimulării dezvoltării fizice, motorii, senzoriale, inclusiv a vederii și auzului, dezvoltării cognitive, comunicative, sociale, psihoemoționale și a celei adaptive”.

Astfel, pentru a atinge și a păstra un standard de sănătate și de dezvoltare a copilului, sunt necesare intervenții interinstituționale și interdisciplinare, elementul de bază fiind asigurarea unei tranziții eficiente de la servicii centrate numai pe copil spre servicii centrate pe întreaga familie în care se educă un copil de vârstă mică cu tulburări de dezvoltare, cu risc de apariție a acestora sau cu dizabilitate.

Pornind de la această premisă, obiectivul general al Studiului a constituit efectuarea unei analize ample a situației copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare, inclusiv cu dizabilități și a serviciilor adresate acestor copii în Republica Moldova, în vederea dezvoltării unui sistem de intervenție timpurie integrat.

Valorificarea datelor oferite de acest Studiu vor contribui la dezvoltarea și aplicarea abordărilor moderne în îngrijirea tuturor copiilor, promovarea dezvoltării serviciilor de intervenție timpurie, consolidarea colaborării intersectoriale în asistența copiilor, promovarea și implementarea programelor de educație parentală, toate acestea favorizând îmbunătățirea calității vieții copiilor mici, diminuarea riscurilor la care sunt supuși și scăderea ratei dizabilității în rândul acestora.

¹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75355/1/9789241504065_eng.pdf

² Hotărârea Guvernului nr. 816 din 30.06.2016, „Pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea serviciilor de intervenție timpurie și a standardelor minime de calitate pentru serviciile de intervenție timpurie”

II. CONTEXT GENERAL GLOBAL PRIVIND DIZABILITATEA LA COPII

La nivel internațional, domeniul dizabilității este reglementat de Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități. Convenția evidențiază responsabilitatea societății și rolul acesteia în asigurarea unei vieți demne și șanse egale tuturor membrilor săi, inclusiv copiilor cu dizabilități.

Convenția recunoaște că „dizabilitatea este un concept în evoluție și că acesta rezultă din interacțiunea dintre persoanele cu deficiențe și barierele de atitudine și de mediu care împiedică participarea lor deplină și efectivă în societate în condiții de egalitate cu ceilalți”, ceea ce va avea consecințe majore în toate politicile publice privitoare la dizabilitate. Convenția privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități extinde conceptul, afirmând că: „Persoanele cu dizabilități includ acele persoane care au deficiențe fizice, mentale, intelectuale sau senzoriale de durată, deficiențe care, în interacțiune cu diverse bariere, pot îngreuna participarea deplină și efectivă a persoanelor în societate, în condiții de egalitate cu ceilalți”.

Peste un miliard de persoane din lume trăiesc cu o formă de dizabilitate, dintre care aproape 200 de milioane se confruntă cu o dizabilitate gravă. Potrivit estimărilor la nivel global, în anul 2010 persoanele cu dizabilitate reprezentau circa 15% din populația lumii, iar circa două treimi din aceste persoane erau din țările în curs de dezvoltare și cu economie de tranziție.

Dizabilitatea la nivel global este în creștere, fiind determinată de îmbătrânirea populației și creșterea rapidă a bolilor cronice, precum și metodologiile îmbunătățite, utilizate pentru măsurarea dizabilității (conform estimărilor OMS, în anul 1970 dizabilitatea a reprezentat circa 10% din populația lumii).

La nivelul Uniunii Europene, dizabilitatea este considerată o problemă a întregii societăți, ceea ce

întărește sentimentul de responsabilizare a comunității față de crearea unui mediu prietenos și accesibil fizic și al atitudinilor, pentru incluziunea persoanelor cu dizabilități.

La nivel european, numărul persoanelor cu dizabilități reprezintă circa 80 milioane sau mai mult de 15% din întreaga populație. Unul din patru europeni are un membru de familie cu dizabilitate.

Numărul copiilor cu dizabilități la nivel global variază între 93 milioane în cazul copiilor în vârstă de 0-14 ani, până la 150 de milioane pentru grupa de vârstă de 0-18 ani (OMS, Banca Mondială, 2011, Raport Mondial privind Dizabilitatea)³, dintre care numărul copiilor cu vârste între 0-14 ani care se confruntă cu „dizabilitate moderată sau gravă” se estimează la 5,1%, inclusiv cu dificultăți grave – 0,7%. 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 definirea aplicată pentru dizabilitate, capacitatea și instrumentele de evaluare utilizate.

Monitorizarea copiilor cu dizabilități în țările în curs de dezvoltare, efectuată în 2008 de Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF), a stabilit la copiii cu risc de dizabilitate prevalența sporită a următoarelor condiții favorizante: proveniența din familiile cu statut socio-economic scăzut sau social-vulnerabil; 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.

³ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44575/2/9789730135978_rum.pdf

Pentru persoanele cu dizabilitate rata sărăciei este cu 70% mai mare, cauza de bază fiind accesul limitat la angajarea în câmpul muncii⁴.

Este înaltă rata sărăciei și în familiile care au în îngrijire copii cu dizabilități. Familiile care au copii cu dizabilități se confruntă cu costuri de trai mai ridicate decât restul populației și pierd oportunități de a obține venituri, se spune în Raportul „Starea Copiilor Lumii 2013 – Copiii cu dizabilități”, UNICEF. Astfel, estimările costurilor suplimentare ale dizabilității suportate de familii, variază de la 11% la 69% din venituri în Regatul Unit, la 29-37% în Australia, 20-37% în Irlanda, 9% în Vietnam, 14% în Bosnia și Herțegovina. Costurile asociate dizabilității includ astfel de cheltuieli directe precum tratament medical, călătorii, reabilitare sau altă asistență⁵.

În acest context, dizabilitatea este o provocare tot mai serioasă la nivel mondial, inclusiv în Republica Moldova, din cauza procesului de îmbătrânire a populației, a riscului de accidente, precum și a numărului în creștere a cazurilor de afecțiuni cronice (diabet, boli cardiovasculare, cancer etc.).

⁴ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:en:PDF> (EU Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), 2004)

⁵ https://www.unicef.org/sowc2013/files/SWCR2013_ENG_Lo_res_24_Apr_2013.pdf

Estimativ, numărul total al persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova este de 184,3 mii persoane, inclusiv 14,0 mii copii cu vârsta de 0-17 ani. În ultimii 5 ani numărul acestora a crescut cu 3,8% în general, iar în cazul copiilor a scăzut cu 7,9%. Persoanele cu dizabilități reprezintă 5,2% din populația totală a țării, iar copiii cu dizabilități constituie 2% din numărul total al copiilor din Republica Moldova. În medie, la 10 mii locuitori revin 518 persoane cu dizabilități și 199 copii cu dizabilități la 10 mii copii cu vârsta 0-17 ani. Aproape fiecare a șaptea persoană cu dizabilitate se încadrează în categoria celor cu dizabilitate severă (Datele Biroului Național de Statistică)⁶.

În Republica Moldova, rata persoanelor cu dizabilități, inclusiv în rândul copiilor, este mai mică decât media la nivel mondial și european, fapt ce impune reconsiderarea la nivel de politici și practici a abordării dizabilității în rândul copiilor.

⁶ <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=4566>

III. PRACTICI INTERNAȚIONALE PRIVIND SERVICIILE DE INTERVENȚIE TIMPURIE

Programele de intervenție timpurie au început să se dezvolte între 1950-1960. Evoluția dezvoltării Intervenției Timpurii la nivel global a cuprins crearea unei game largi și diverse de servicii și programe de intervenție timpurie, fiecare țară aplicând cele mai eficiente și corespunzătoare dintre ele, în funcție de necesitățile beneficiarilor și condițiile naționale specifice existente. Astfel, Intervenția timpurie este furnizată prin programe desfășurate în cadrul unor centre/ instituții (cum ar fi în Statele Unite ale Americii, Austria, Germania), unor programe furnizate la domiciliu (precum în Marea Britanie) sau a unor programe mixte, prestate atât în cadrul unor instituții, cât și la domiciliul copilului (ca de exemplu în Australia).

Indiferent de modul de furnizare și gestionare a programelor, o componentă-cheie a intervenției timpurii este aspectul interdisciplinar și transdisciplinar, care asigură evaluarea complexă a necesităților funcționale ale copilului și familiei acestuia, precum și planificarea intervenției necesare. Serviciile, prestate în mediul natural al copilului, preferabil la nivel local, cu o abordare de echipă interdisciplinară, orientată spre întreaga familie, aduc un beneficiu mai mare copilului și familiei, dovedindu-se a fi mai eficiente.

Un aspect important în procesul de dezvoltare a Sistemelor de Intervenție Timpurie în diverse țări/ regiuni ale lumii a fost crearea și dezvoltarea cadrului legal pentru reglementarea acestor tipuri de servicii. Experiența mai multor state demonstrează că, dezvoltarea cadrului legal nu întotdeauna s-a realizat concomitent cu crearea primelor servicii.

Astfel, Statele Unite ale Americii au dezvoltat Serviciile de intervenție timpurie începând cu anii 1960, Programul de intervenție timpurie fiind inclus

în cadrul Individuals with Disabilities Act doar în anul 1986.

Austria a creat primele servicii de intervenție timpurie la mijlocul anilor 1970. La nivel federal Intervenția Timpurie la Copii este stipulată în două legi, aprobate în următoarele decenii: Legea persoanelor cu dizabilități sau supuși riscului de dizabilitate și Legea Bunăstarea copilului.

Germania a început dezvoltarea sistemului de intervenție timpurie în anii 1970, prin crearea serviciului de pediatrie multidisciplinară în cadrul sistemului de sănătate. Cu toate acestea, legislația, în care se specifică caracterul interdisciplinar al serviciului de intervenție timpurie, a fost elaborată și aprobată doar în anii 2001-2003.

Portugalia a efectuat trecerea de la modelul medical tradițional la o nouă paradigmă de intervenție timpurie în anii 1990, iar cadrul legal a fost elaborat și aprobat doar în anul 1999.

Spania a început activitatea în domeniul Intervenției Timpurii în anii „70, Intervenția Timpurie (stimularea timpurie) fiind înțeleasă ca o formă de tratament, care urma să fie aplicată în primii ani de viață. Ulterior, în baza Legii privind integrarea socială a persoanelor cu handicap (1982), unitățile de intervenție timpurie au fost integrate cu serviciul social.

Finlanda, reglementează pentru prima dată intervenția timpurie în Legea cu privire la centrele de zi pentru copii (1970), punând accentul pe aspectele medicale. În Rezoluția Guvernului din 2002 privind reforma politicii naționale de educație și îngrijire în perioada copilăriei mici, sunt stabilite pentru prima dată principiile integrării și intervenției precoce.

Reieșind din cele expuse, constatăm că, în majoritatea țărilor dezvoltarea serviciilor de Intervenție Timpurie

a precedat procesul de elaborare și aprobare a cadrului legal în domeniu.

Analiza practicilor internaționale demonstrează că, la nivelul fiecărui stat există o structură responsabilă de implementarea programelor de intervenție timpurie – sistemul de sănătate, cel educațional sau social, asigurându-se, totodată, abordarea inter și transdisciplinară a intervenției timpurii, în funcție de specificul țării.

În acest context, Studiul Global privind Intervenția Timpurie la Copii (Hollie Hix-Small, Michael Guralnick & EVB, 2015), care a cuprins 81 țări, constată că Sistemele naționale de Intervenție Timpurie la Copii (incipiente sau mature) există în mai multe țări ale lumii cu nivel diferit de dezvoltare economică.

Astfel, în 48% dintre țările cu nivel mediu de dezvoltare economică există Sisteme de Intervenție Timpurie la Copii.

În același timp, doar în 10% dintre țările cu nivel jos de dezvoltare economică există Servicii de Intervenție Timpurie la Copii.

Același studiu menționează că în 5 țări (6%) Sistem de Intervenție Timpurie la Copii există doar la nivel regional.

De asemenea, Studiul constată că în 49 țări (60%) există politici privind Intervenția Timpurie la Copii pe când prestarea de Servicii de Intervenție Timpurie la

Copii la nivel național în unul sau mai multe aspecte se regăsește în 76 țări (94%).

Prin urmare, la nivel global, serviciile de ITC sunt în mare parte dezvoltate, în mod special serviciile destinate copiilor sugari și de vârstă fragedă, dar deseori acestea nu sunt încadrate într-un Sistem integrat.

Studiul subliniază că Intervenția Timpurie joacă un rol tot mai important în sănătatea și dezvoltarea timpurie a copilului, iată de ce...fiecare stat în parte urmează să analizeze situația națională și progresele existente, în vederea identificării și realizării măsurilor necesare pentru dezvoltarea unui Sistem integrat de ITC...".

Concluzionând, analiza practicilor și experienței internaționale demonstrează importanța și eficiența intervenției timpurii la copii, oferind diverse modele și servicii prestate în cadrul sistemelor de sănătate, cel educațional și social, care răspund necesităților copilului și familiei.

Experiența de implementare a diverselor programe de intervenție timpurie în diferite țări a adus recunoaștere pe plan internațional a importanței și eficienței aplicării lor pentru dezvoltarea copilului și prevenirea dizabilităților. Punerea în aplicare a acestor programe câțiva ani consecutiv au dovedit eficiența ridicată a utilizării lor.

IV. CONTEXT GENERAL NAȚIONAL PRIVIND DIZABILITATEA LA COPII

4.1. ANALIZA SITUAȚIEI

În Republica Moldova la 01 ianuarie 2016 erau în evidență statistică 685 523 copii cu vârsta 0-17 ani 11 luni 29 zile, dintre ei cu vârsta de până la 1 an – 36980 copii și 162 756 copii cu vârsta de la 1 an până la 4 ani 11 luni 29 zile⁷.

Pe parcursul anului 2016 au fost înregistrați 576 701 copii cu vârsta 0-17 ani 11 luni 29 zile cu diferite maladii, ceea ce constituie 84% din numărul total de copii din Republica Moldova, cu o prevalență de 8379,60 la 10 mii copii în anul respectiv.

Totodată, pe parcursul anului 2016, au fost înregistrați primar, cu diferite maladii (caz nou înregistrat), 474 215 copii cu vârsta 0-17 ani 11 luni 29 zile, circa 46% din copiii luați primar în evidență medicală fiind cei cu vârsta de până la 5 ani (220 107 copii).

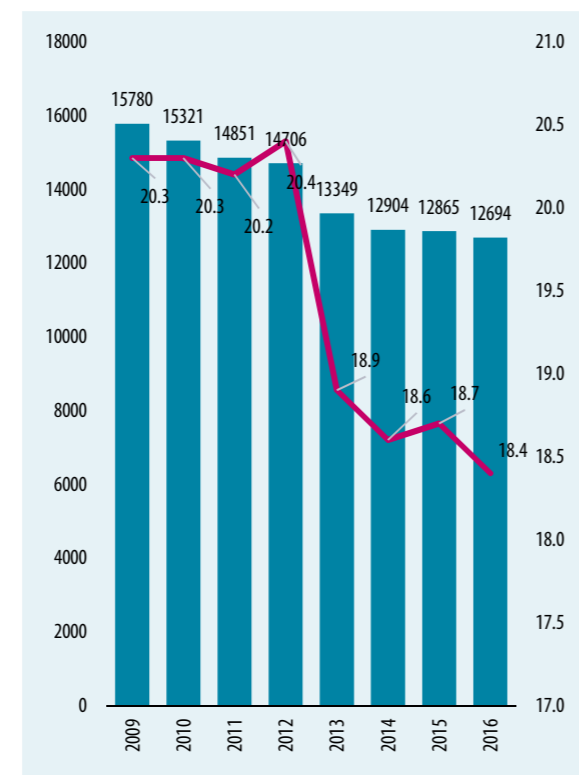
Printre cele mai frecvente maladii, înregistrate primar, în anul 2016 în rândul copiilor cu vârsta de până la 5 ani erau⁸:

- bolile aparatului respirator 68,3%;
- anemiile 8,14%;
- bolile infecțioase și parazitare 5,72%;
- bolile aparatului digestiv 2,14%;
- bolile sistemului nervos 1,9%;
- bolile endocrine 1,63%.

Dizabilitatea, de asemenea, reprezintă o problemă în rândul copiilor: conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate, la 01.01.2017, în supraveghere medicală se aflau circa 12600 copii cu dizabilități, cu vârsta cuprinsă între 0-17 ani 11 luni 29 zile.

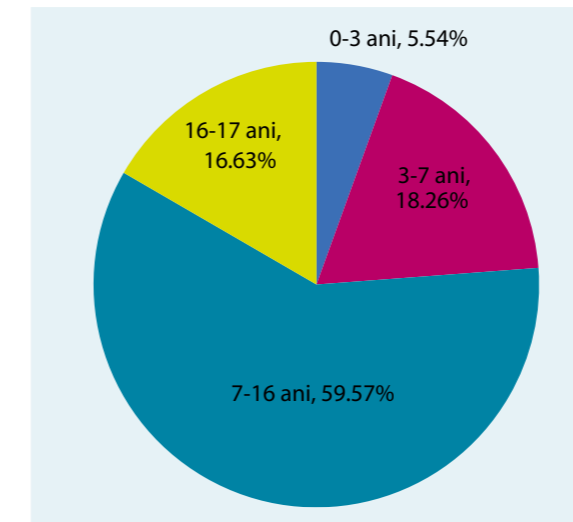
În ultimii 10 ani, dinamica indicatorilor dizabilității în rândul copiilor de la 0-18 ani a înregistrat o diminuare la nivel național, de la 20,3% în anul 2009 la 18,4% la 1000 copii cu vârsta 0-18 ani în anul 2016, constituind în cifre absolute 15 780 copii în anul 2009, comparativ cu 12 694 copii în anul 2016 (Figura nr. 4.1.1).

Figura 4.1.1. Dizabilitatea în rândul copiilor cu vârsta 0-18 ani (cifre absolute/la 1000 copii)



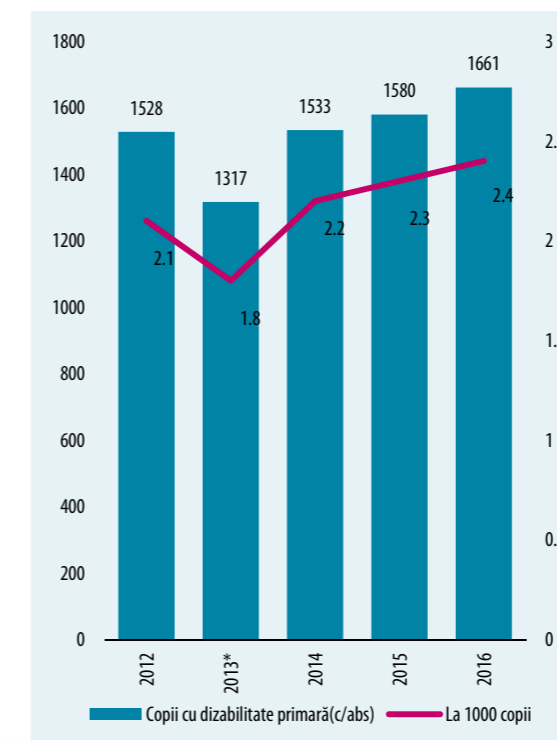
Analiza structurii pe vârste a tuturor copiilor cu dizabilitate pentru anul 2016 denotă că, circa 5.54% copii din cei ce dețin grad de dizabilitate, sunt copiii cu vârsta de la 0 până la 3 ani, iar în intervalul de vârstă de la 3 până la 7 ani ponderea copiilor cu dizabilitate este de 3 ori mai mare (18,26%). Acest fapt sugerează un nivel scăzut de identificare a riscurilor pentru dezvoltare în rândul copiilor până la vârsta de 3 ani, respectiv și intervenții de evaluare și diagnostic tardive, în vederea includerii în programe specializate de tratament și recuperare (Figura nr. 4.1.2).

Figura 4.1.2. Dizabilitatea copiilor conform vârstei, anul 2016



Conform datelor Biroului Național de Statistică, în anul 2016, s-a înregistrat o creștere nesemnificativă a dizabilității primare (caz nou înregistrat) în rândul copiilor (Figura nr. 4.1.3)⁹.

Figura 4.1.3. Dizabilitatea primară la persoane în vârstă de 0-17 ani 11 luni 29 zile, la 1000 locuitori de vârstă respectivă, 2012-2015



⁹ Raportul cu privire la rezultatele activității Consiliului Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă pentru anul 2016, Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei/ Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă

Astfel, în anul 2016, au fost înregistrați primar 1661 copii cu dizabilitate cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani, dintre care: 475 copii cu vârsta de la 0 până la 3 ani; 438 copii – de la 3 până la 7 ani; 616 copii – de la 7 până la 16 ani și 132 copii de la 16 până la 17 ani.

În structura nozologică a dizabilității primare în rândul copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani primează malformațiile congenitale (398 cazuri sau 23,9%), urmate de tulburările mentale (377 cazuri sau 22,7%), bolile sistemului nervos (211 cazuri sau 12,7%), bolile sistemului osteoarticular (93 cazuri sau 5,6%), bolile urechii și ochiului (cu, respectiv, 54 cazuri și 50 cazuri, sau câte circa 3%) (Tabelul nr. 1).

Rezultatele analizei datelor cu privire la vârsta copiilor la care a fost stabilit primar gradul de dizabilitate pe parcursul anului 2016 arată că aproximativ 55% sunt copii cu vârsta cuprinsă între 0-7 ani, iar la circa jumătate dintre ei (26,3%) dizabilitatea a fost stabilită la vârsta de la 3 la 7 ani. Totodată, constatăm rata înaltă a stabilirii dizabilității primare în rândul copiilor cu vârsta între 7-16 ani (37,1%) (Tabelul nr. 1).

Astfel, în cazul malformațiilor congenitale, care sunt situate pe primul loc în structura nozologică a dizabilității primare, în 43% cazuri dizabilitatea a fost stabilită după vârsta de 3 ani. Aceiași situație se regăsește și în cazul stabilirii dizabilității primare cauzate de bolile sistemului nervos – în 47%. Stabilirea dizabilității după vârsta de 3 ani în cazul acestor maladii severe indică o întârziere majoră în identificarea și oferirea asistenței necesare acestui grup de copii.

Aceleași statistici relevă că, în cazul tulburărilor mentale, copiilor li se stabilește dizabilitatea primară doar după vârsta de 3 ani: la vârsta preșcolară (3-7 ani) și școlară (7-16 ani), respectiv, în 35% și 50% cazuri.

Prin urmare, diagnosticarea problemelor mintale și intelectuale ale copilului este tardivă, sugerând că copilul cu diverse tulburări mentale este identificat primar doar atunci când acesta accesează servicii/instituții de educație, astfel ratându-se perioadele sensibile pentru stimulare și rehabilitare.

⁷ Centrul Național de Management în Sănătate, Anuar statistic al sistemului de sănătate din Moldova, 2015

⁸ Centrul Național de Management în Sănătate, Raport statistic nr. 31-săn „Privind asistența medicală acordată copiilor”, anul 2016

Tabelul nr.1. Dizabilitatea în rândul copiilor 0-18 ani, caz nou (cifre absolute, %)

	Total	inclusiv rural	inclusiv			
		abs.	0-2 ani 11 luni 29 zile	3-6 ani 11 luni 29 zile	7-15 ani 11 luni 29 zile	16-17 ani 11 luni 29 zile
			abs.	abs.	abs.	abs.
Bolile infecțioase și parazitare	26	20	7	5	12	2
Malformații congenitale	398	256	227	76	80	15
Tulburări mentale	377	239	22	132	190	33
Bolile sistemului nervos	211	127	91	50	55	15
Bolile sistemului osteo-articular	93	60	10	21	50	12
Tumori	89	54	20	22	39	8
Bolile endocrine, nutriție și metabolism	86	31	15	17	42	12
Leziuni traumatice	78	63	13	13	39	13
Bolile urechii	54	26	12	17	24	1
Bolile aparatului genito-urinar	51	32	18	14	16	3
Bolile ochiului	50	29	6	16	21	7
Bolile aparatului respirator	50	28	4	25	17	4
Bolile aparatului digestiv	41	18	19	9	12	1
Bolile sîngelui	29	17	1	13	11	4
Bolile aparatului circulator	19	12	9	5	4	1
Bolile pielii	9	6	1	3	4	1
TOTAL	1661 (100,0%)	1018 (61,3%)	475 (28,6%)	438 (26,3%)	616 (37,1%)	132 (8,0%)

Analiza datelor statistice, conform mediului de reședință, pe țară, constată că 61,3% (1018 copii) din copiii cu dizabilități (caz nou) au fost cei din mediul rural, unde serviciile necesare pentru reabilitarea acestora sunt mai puțin disponibile, iar programele specializate de intervenție nu sunt dezvoltate sau lipsesc în totalitate.

Distribuția, conform gradului de dizabilitate a copiilor arată că 36,7% din copii prezintă dizabilitate severă, 3,2% – dizabilitate accentuată și medie – 20,2%.¹⁰

Situația reflectă intervenții întârziate atât în identificarea copiilor cu tulburări de dezvoltare, cât și în aplicarea programelor de abilitare/ reabilitare, absolut necesare pentru diminuarea progresării maladiilor și prevenirea dizabilității în rândul copiilor.

¹⁰ Raportul cu privire la rezultatele activității Consiliului Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă pentru anul 2016, Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei/ Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă

4.2. CADRUL LEGAL PRIVIND PROTECȚIA COPIILOR MICI, INCLUSIV CU DIZABILITĂȚI

4.2.1. CADRUL LEGAL INTERNAȚIONAL PRIVIND PROTECȚIA COPIILOR MICI, INCLUSIV CU DIZABILITĂȚI

Mai multe instrumente juridice, norme și standarde europene și internaționale în domeniul drepturilor omului, precum și angajamente politice relevante în domeniul promovării și protecției drepturilor copilului conțin stipulări privind necesitatea și importanța promovării Intervenției Timpurii.

Declarația Universală a Drepturilor Omului/ Universal Declaration of Human Rights (1948) a proclamat necesitatea respectării drepturilor și libertăților fundamentale ale omului, formulând o listă concretă a acestora, cum ar fi: dreptul persoanei la libertate, la viață, sănătate, securitate, la educație etc., precum și obligațiile statului și ale societății privind asigurarea acestor drepturi fundamentale diferitor categorii de persoane, inclusiv a dreptului mamei și a copilului la ocrotire deosebită.¹¹

Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale/ The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966)¹² obligă statele părți să ia toate măsurile necesare pentru a asigura scăderea mortalității noilor născuți și a mortalității infantile, precum și dezvoltarea sănătoasă a copilului; îmbunătățirea tuturor aspectelor igienei mediului și ale igienei industriale; profilaxia și tratamentul maladiilor epidemice, endemice, profesionale și a altora, precum și lupta împotriva acestor maladii; crearea de condiții care să asigure tuturor persoanelor servicii medicale și un ajutor medical în caz de boală. Totodată, acest document reconfirmă încă odată

¹¹ <http://www.un.org/en/documents/udhr>

¹² <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=356369>

obligativitatea de a asigura tuturor copiilor, fără deosebire, dreptul la educație, inclusiv la educație primară.

Un moment crucial care a contribuit la dezvoltarea politicilor internaționale în domeniul protecției drepturilor copilului l-a constituit declararea anului 1979 drept **An Internațional al copilului/ The International Year of the Child**, acest lucru constituind și un prim semnal de alarmă privind riscurile copilăriei, dar și un imbold pentru schimbare. Pornind din acest moment, cercetările, studiile, conferințele, seminariile, organizarea de asociații cu scopul sprijinirii copilăriei, inclusiv a copilăriei mici, au constituit *direcții prioritare*, plasând copilul în centrul preocupărilor statelor.

Convenția ONU privind drepturile copilului/ UNCRC (1989)¹³ recunoaște importanța și necesitatea intervenției timpurii, oferind un set complet de standarde obligatorii, care asigură o bază solidă pentru respectarea dreptului copiilor mici, inclusiv cu dizabilități, la intervenția timpurie. Aceste standarde sunt reflectate în art. 2, 3, 4, 6, 18 alin. (2), 24 alin. (3), 43-45 etc. Art. 18 stipulează obligativitatea statelor părți de a depune eforturi pentru asigurarea recunoașterii principiului potrivit căruia ambii părinți au responsabilități comune pentru creșterea și dezvoltarea copilului. Articolul 23 al Convenției se referă expres la protecția copiilor cu dizabilități, declarând dreptul acestora de a se bucura de o viață plină și decentă, în condiții care să le garanteze demnitatea, să le favorizeze autonomia și să le faciliteze participarea activă la viața comunității. Toate drepturile acestor copii trebuie realizate într-o manieră care să conducă la o integrare socială și o dezvoltare individuală cât se poate de completă.

După aprobarea Convenției ONU privind drepturile copilului, au fost adoptate, la nivel internațional, un șir de documente care au precizat importanța asigurării și respectării drepturilor copilului,

¹³ https://www.unicef.org/moldova/CRC_RO.pdf

reglementând standarde prin care toate Statele Părți pot orienta dezvoltarea programelor, serviciilor și cadrului normativ național, inclusiv privind intervenția timpurie.

Conferința Mondială privind Educația pentru Toți, Jomtien, Thailanda/ World Conference on Education for All, Jomtien, Thailand (1990)¹⁴ vine să reitereze încă o dată importanța îngrijirii și educației timpurii. Articolul 5 al Declarației, semnate în cadrul evenimentului, stipulează: „...învățarea începe la naștere. Acest lucru necesită îngrijire timpurie și educație inițială. Acestea pot fi furnizate prin aranjamente care implică familii, comunități sau instituții, după caz”.

Regulile Standard privind Egalizarea Șanselor pentru Persoanele cu Dizabilități/ Standard Rules on Equal Opportunities for Persons with Disabilities (1993)¹⁵ au inclus un proces complex de prevenire și profilaxie a dizabilității, inclusiv cu mențiuni privind sugarii și copiii mici. Regulile stabilesc responsabilități Statelor părți în ceea ce privește asigurarea pentru persoanele cu dizabilități, inclusiv copii, a serviciilor de diagnostic, abilitare/reabilitare, conform necesităților acestora. La fel, se menționează necesitatea oferirii de asistență/consultanță/ instruire corespunzătoare părinților, pentru a-i abilita în procesul de îngrijire a copiilor.

Declarația, adoptată în cadrul Sesiunii speciale a ONU, dedicate copiilor/ UNGASS (mai, 2002)¹⁶ a trasat un set de măsuri pentru deceniul 2000-2010, și anume – Planul de acțiune „O lume demnă pentru copii” care prevedea obținerea unor rezultate pozitive în domeniul protecției copiilor, printre care: îmbunătățirea condițiilor de viață, reducerea mortalității infantile și a malnutriției, scăderea cu 20% până în 2005 și cu 50% până în 2010 a numărului de nou-născuți infectați cu HIV etc.

Cadrul de acțiune Dakar Educație pentru Toți/ The Dakar Framework for Education for All (EFA) (2000)¹⁷ stipulează prin obiectivul 1: „...extinderea și îmbunătățirea îngrijirii și educației în copilăria timpurie, în special pentru cei mai vulnerabili și defavorizați copii”, reafirmând că, investiția în intervenția timpurie reprezintă baza critică pentru pregătirea școlară și realizarea succesului copilului.

Comentariul general nr. 7 al Comitetului ONU pentru Drepturile Copilului, Drepturi de implementare în copilăria timpurie (2006)¹⁸ conține un alineat care are o relevanță deosebită pentru dreptul la intervenție timpurie: „Copilăria timpurie este perioada în care dizabilitățile sunt, de obicei, identificate și impactul asupra bunăstării și dezvoltării copiilor este recunoscut. Copiii mici nu ar trebui niciodată să fie instituționalizați numai pe motive de dizabilitate. Este o prioritate să se asigure că aceștia au șanse egale de a participa pe deplin la educație și la viața comunității, inclusiv prin eliminarea barierelor care împiedică realizarea drepturilor lor. Copiii mici cu dizabilități au dreptul la asistență specializată adecvată, inclusiv asistență pentru părinții lor (sau pentru alți îngrijitori). Copiii cu dizabilități trebuie tratați în permanență cu demnitate și în modul care încurajează încrederea lor în sine (Comitetul pentru Drepturile Copilului, paragraful 36 (d)).

Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități (2007)¹⁹ asigură respectarea de către Statele părți a angajamentului de a furniza persoanelor, inclusiv copiilor cu dizabilități, servicii de sănătate specifice, inclusiv servicii adecvate de diagnosticare și de intervenție timpurie și servicii menite să prevină riscul apariției altor dizabilități, inclusiv în rândul copiilor. *Convenția* include, de asemenea, standarde prin care toate Statele părți își pot orienta dezvoltarea programelor, serviciilor și

legilor naționale privind intervenția timpurie. Art. 25 al Convenției prevede: „...Statele părți recunosc faptul că persoanele cu dizabilități au dreptul să se bucure de cea mai bună stare de sănătate, fără discriminare pe criterii de dizabilitate. Statele Părți vor lua toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile de sănătate, care acordă atenție problemelor specifice de gen, inclusiv refacerea stării de sănătate. În special, Statele părți vor...furniza acele servicii de sănătate specifice, necesare persoanelor cu dizabilități, inclusiv servicii adecvate de diagnosticare și de intervenție timpurie și servicii, menite să prevină riscul apariției altor dizabilități, inclusiv în rândul copiilor și persoanelor vârstnice.” La art. 26 alin. (1) lit. (b) se menționează că aceste servicii încep „cât mai curând posibil și se bazează pe evaluarea multidisciplinară a nevoilor și punctelor forte ale indivizilor”.

Planul de Acțiune al Consiliului Europei pentru persoanele cu dizabilități 2006-2015/ Council of Europe Action Plan for People with Disabilities 2006-2015²⁰ stipulează dreptul persoanelor cu dizabilități, inclusiv al copiilor, la accesul echitabil la servicii și facilități de sănătate de calitate, la un cost rezonabil și cât mai aproape posibil de comunitățile în care acestea locuiesc, inclusiv la servicii de diagnosticare și intervenție timpurie, la măsuri pentru prevenirea riscului apariției dizabilității.

Agenda UE privind drepturile copilului/ EU Agenda for the rights of the child, adoptată de Comisia Europeană (2011)²¹ a reafirmat angajamentul ferm al tuturor instituțiilor UE și al tuturor statelor membre ale UE de a promova, proteja și îndeplini drepturile copilului în toate politicile UE relevante, subliniind că în Uniunea Europeană angajamentul față de drepturile copilului necesită o abordare coerentă în toate acțiunile relevante ale UE, având în vedere „perspectiva drepturilor copilului”, inclusiv prin abordare timpurie.

Recomandarea Comitetului de Miniștri către Statele Membre privind drepturile copiilor și serviciile sociale prietenoase (în beneficiul) copiilor și al familiilor (CM/ Rec (2011) 12)²² stipulează, printre altele, că „...oferta de servicii sociale pentru copii și familii, cu scopul de a proteja copiii vulnerabili trebuie, inter alia, să respecte următoarele principii: *prevenirea și intervenția timpurie*; parteneriatul cu părinții în interesul copilului; evaluarea amănunțită a nevoilor individuale ale copilului cu privire la factorii de protecție, dar și la factorii de risc în mediul social al copilului; prevenirea re-victimizării copilului...”.

Pachetul de Investiții Sociale/ Social Investment Package, adoptat de Comisia Europeană (2013)²³ prevede un șir de activități vizând asigurarea de către Statele Părți a bunăstării sociale, subliniind că „...intervenția și prevenirea timpurie sunt esențiale pentru dezvoltarea unor politici mai eficiente și mai eficiente, deoarece cheltuielile publice, care se adresează consecințelor sărăciei și excluziunii sociale a copilului, tind să fie mai mari decât cele necesare intervenției la o vârstă fragedă.” Comisia recomandă asumarea de către Statele părți a unor acțiuni menite să asigure bunăstarea copilului, inclusiv a copilului mic, prin: îmbunătățirea accesului la serviciile educaționale și de îngrijire precoce accesibile din copilărie; îmbunătățirea accesului la servicii de calitate, care sunt esențiale pentru rezultatele copiilor; accesul la educația și îngrijirea copiilor de vârstă fragedă, inclusiv pentru copii sub 3 ani etc.

Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă (2015)²⁴ stabilește un cadru global pentru realizarea Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă. Obiectivul 3 – *Sănătate bună și bunăstare* – stabilește

14 http://dcalin.fr/internat/declaration_jomtien.html

15 <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/PersonsWithDisabilities.aspx>

16 <http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cmsUpload/16031.ro07.pdf>

17 <http://www.unesco.org/en/efa/the-efa-movement/dakar-2000/>

18 <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1.pdf>

19 <http://onphr.ro/conventia-privind-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati/>

20 <http://eur-lex.europa.eu/>

21 ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=15133&langId

22 <http://www.msmps.gov.md/ro/content/politici-de-protectie-familiei-si-drepturilor-copilului>

23 Prevention and early intervention services to address children at risk of poverty <http://www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=15133&langId...>

24 https://en.wikipedia.org/wiki/Sustainable_Development_Goals#Goal_4:_Quality_Education

angajamentul tuturor statelor de a asigura, până în 2030: reducerea în continuare, la nivel global, a mortalității materne, neonatale, infantile și a copiilor cu vârsta sub 5 ani, asigurarea accesului universal la serviciile de îngrijire a sănătății sexuale și reproductive, inclusiv pentru planificarea familială, informare și educație, precum și integrarea sănătății reproducerii în strategiile și programele naționale. Obiectivul 4 – *Educație de calitate*, Ținta 2 – prevede angajamentul tuturor statelor de a se asigura că... toate fetele și băieții au acces la dezvoltarea, îngrijirea și educația preșcolară timpurie, până în 2030”.

4.2.2. CADRUL LEGAL NAȚIONAL PRIVIND PROTECȚIA COPIILOR MICI, INCLUSIV CU DIZABILITĂȚI

În contextul reformării sistemului de protecție a copilului din Republica Moldova și alinierii acestuia la standardele și documentele europene și internaționale, în ultimii ani, în Republica Moldova au fost înregistrate o serie de realizări importante, astfel ca în prezent să existe un cadru normativ și instituțional dezvoltat la acest capitol. Problemele vizând copiii mici, inclusiv cu dizabilități, se regăsesc într-un șir de documente strategice naționale, legi și acte normative.

4.2.2.1. STRATEGII ȘI POLITICI

Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 și Planul de acțiuni pentru implementarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 (HG nr. 1471 din 24.12.2007)²⁵ promovează, prin obiectivele sale, necesitatea de a consolida parteneriatul intersectorial în luarea deciziilor de sănătate, alinierea legislației naționale în domeniul sănătății la standardele europene. Totodată, documentele abordează necesitatea promovării asistenței medicale integrate și asigurării continuității serviciilor

medicale pentru soluționarea problemelor de sănătate ale populației, îmbunătățirea calității serviciilor medicale și creșterea nivelului de satisfacție a pacienților, îmbunătățirea sănătății mamei și a copilului în conformitate cu Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, prevenirea mortalității infantile și a copiilor cu vârsta sub 5 ani; implicarea comunității în soluționarea problemelor medico-sociale ale familiilor vulnerabile cu copii etc.

Strategia privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități pe anii 2010-2013 (HG nr. 169 din 09 iulie 2010)²⁶ a avut drept scop asigurarea creării și funcționării unui sistem consecvent de protecție a copiilor cu dizabilități, unul dintre obiective fiind *dezvoltarea serviciilor de intervenție timpurie*. Pentru prima dată acest document enunță lipsa serviciilor medico-sociale de intervenție timpurie pentru prevenirea dizabilității, lipsa intervenției precoce și calitative în susținerea familiei în care crește un copil cu dizabilități sau care prezintă un astfel de risc și declară necesitatea dezvoltării acestora.

Programul de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova pentru anii 2011-2020 (HG nr. 523 din 11.07.2011)²⁷ prevede necesitatea schimbării și adaptării continue a sistemului educațional național pentru a răspunde diversității copiilor și nevoilor ce decurg din aceasta, inclusiv prin dezvoltarea noilor tipuri de servicii, cum ar fi și serviciile de identificare, evaluare precoce și diagnosticare a dezvoltării copiilor și cele de intervenție timpurie.

Strategia pentru protecția copilului pe anii 2014-2020 (HG nr. 434 din 10.06.2014)²⁸ – are ca scop dezvoltarea și eficientizarea sistemului de protecție a familiilor și copiilor în situație de risc, bazându-se pe cele mai bune practici internaționale în domeniu. Primul obiectiv general al Strategiei, focusat pe protecția copiilor sub 3 ani – asigurarea

26 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=336276&lang=1>

27 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=339343&lang=1>

28 <http://lex.justice.md/md/353459/>

condițiilor necesare pentru creșterea și educația copiilor în mediu familial – trasează următoarele direcții de activitate: prevenirea separării copilului de familie; stoparea graduală a instituționalizării copiilor cu vârsta de 0-3 ani; continuarea reformei sistemului rezidențial de îngrijire a copilului; reducerea efectelor negative ale migrației părinților asupra copiilor rămași în țară).

Planul de acțiuni pentru anii 2016-2020 privind implementarea Strategiei pentru protecția copilului pe anii 2014-2020 (HG nr. 835 din 04.07.2016)²⁹ prevede dezvoltarea serviciilor, adresate copilului mic, inclusiv cu dizabilități, și anume: dezvoltarea serviciilor de plasament (APP) pentru copii nou-născuți, copii cu dizabilități, minore gravide, mame minore cu risc de abandon al copilului; dezvoltarea Serviciului social „Centrul de zi pentru îngrijirea copiilor cu vârsta de 4 luni-1,5 (3) ani”; dezvoltarea serviciilor de suport (evaluare, reabilitare, asistență) pentru incluziunea copiilor cu dizabilități de vârstă preșcolară; dezvoltarea programelor de formare a deprinderilor parentale, care urmează a fi implementate în domeniul asistenței sociale, educației, sănătății; promovarea serviciilor de sprijin pentru părinții, încadrați în câmpul muncii.

Strategia de dezvoltare a educației pentru anii 2014-2020 „Educația-2020” (HG nr. 944 din 14.11.2014)³⁰ de asemenea, reflectă un aspect important în domeniul educației, cum ar fi accesul scăzut la servicii de educație timpurie a copiilor de vârstă mică și a copiilor cu dizabilități, inclusiv din mediul rural, dintre categoriile de copii din familii dezavantajate și din cele cu venituri medii. Strategia prevede diversificarea și asigurarea serviciilor de educație timpurie în funcție de nevoile locale.

Programul Național privind Incluziunea Socială a Persoanelor cu Dizabilități pentru anii 2017-2022 și Planul de acțiuni privind implementarea acestuia (HG din 10.08.2017)³¹ reprezintă documente de politici, care asigură continuarea reformelor inițiate prin *Strategia de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități pe anii 2010-2013* și au drept scop dezvoltarea unor servicii accesibile și incluzive care să răspundă necesităților reale ale persoanelor cu dizabilități, inclusiv ale copiilor, și anume: asigurarea accesului copiilor cu dizabilități la serviciile de intervenție timpurie; dezvoltarea și prestarea serviciilor de intervenție timpurie la nivelul fiecărui raion/ municipiu etc.

4.2.2.2. REGLEMENTĂRI LEGALE CU CARACTER GENERAL

Constituția Republicii Moldova (adoptată la 29.07.1994)³² reglementează dreptul familiei și a copilului la protecție, inclusiv prin garantarea dreptului la viață și integritate fizică și psihică, asigurarea asistenței și protecției sociale, protecția mamelor, copiilor, orfanilor și tinerilor, protecția specială a persoanelor cu dizabilități, garantarea dreptului la asistență medicală și a dreptului de a locui într-un mediu sigur.

Codul familiei (nr. 1316 din 26.10.2000)³³ conține o serie de prevederi privind drepturile copilului, fără vreo deosebire 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.). Instituțiile de stat sunt obligate, 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 reprezentanți

29 <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=365755>

30 <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=355494>

31 www.gov.md/.../programul-national-de-incluziune-sociala-persoanelor-cu-dizabilitati

32 http://lex.justice.md/document_rom.php?id=44B9F30E:7AC17731

33 <http://lex.justice.md/md/286119/>

ai organizațiilor, activitatea cărora e legată de promovarea drepturilor copiilor.

Legea privind drepturile copilului (nr. 338 din 15.12.1994)³⁴ stipulează că toți copiii sunt egali în drepturi, fără deosebire de rasă, naționalitate, origine etnică, sex, limbă, religie, convingeri, avere sau origine socială și declară ocrotirea de către stat și societate a copilului și familiei drept preocupare politică, socială și economică de prim ordin. Legea prevede asigurarea sănătății fizice și spirituale a copilului, acordarea unei griji deosebite și protecții sociale copiilor lipsiți temporar sau permanent de mediul familial sau care se află în alte condiții nefavorabile sau extreme. Statul garantează fiecărui copil dreptul la un nivel de viață adecvat dezvoltării sale fizice, intelectuale, spirituale și sociale. Statul întreprinde acțiuni în vederea acordării de ajutor părinților, precum și altor persoane responsabile de educația și dezvoltarea copiilor.

Legea ocrotirii sănătății (nr. 411 din 28.03.1995)³⁵ prevede dreptul copilului la asigurarea sănătății, fără deosebire de naționalitate, rasă, sex, apartenență socială și religie, inclusiv dreptul la asistență medicală de recuperare; asistența medicală pentru femeia gravidă și nou-născut; dreptul copiilor de vârstă fragedă la asigurarea din partea statului cu produse alimentare speciale, inclusiv gratuit, în modul stabilit; dreptul copiilor cu dizabilități de a beneficia de servicii specializate. Legea reglementează, de asemenea, obligativitatea pentru reprezentanții legali de a prezenta copilul, la solicitarea unităților medico-sanitare, pentru examinare medicală și aplicare a măsurilor de profilaxie. Legea stipulează că controlul asupra asigurării sănătății copiilor în creșe, grădinițe, școli și în alte instituții pentru copii este exercitat de unități medico-sanitare și de învățământ.

Legea asistenței sociale (nr. 547 din 25.12.2003)³⁶ reglementează diversificarea și dezvoltarea rețelei de servicii sociale, inclusiv destinate copiilor și familiilor: copiii și tinerii, ale căror sănătate, dezvoltare și integritate fizică, psihică sau morală sunt prejudiciate în mediul în care locuiesc; familii care nu își îndeplinesc în mod corespunzător obligațiile privind îngrijirea, întreținerea și educarea copiilor; familii fără venituri sau cu venituri mici; familii afectate de violența intrafamilială; familii cu trei și mai mulți copii; familii monoparentale cu copii; alte persoane sau familii aflate în dificultate.

Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități (nr. 60 din 30.03.2012)³⁷ stabilește dreptul la recuperarea medicală și socială a persoanelor cu dizabilități, inclusiv măsuri ce țin de prevenirea dizabilității, intervenție timpurie, program individual de reabilitare și incluziune socială. Legea definește, pentru prima dată, noțiunea de „*intervenție timpurie (pentru copii)*”, definind-o drept „proces de anticipare, identificare și întreprindere a măsurilor eficiente pentru copil și familie în scop de a minimaliza impactul și consecințele potențial negative ale stării patologice a copilului și de a contribui substanțial la sănătatea și dezvoltarea acestuia”. Art. 44 al legii reglementează activitatea serviciilor de intervenție timpurie, stipulând:

“(1) Serviciile de intervenție timpurie sunt servicii medico-sociale oferite copiilor în vederea dezvoltării fizice, inclusiv a vederii și auzului, dezvoltării cognitive, dezvoltării comunicării, dezvoltării sociale, dezvoltării psiho-emoționale și a celei adaptive.

(2) Serviciile de intervenție timpurie sunt oferite de instituțiile medico-sanitare și de organizațiile specializate în domeniul prestării serviciilor medico-sociale, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, care activează în conformitate cu legislația.

(3) Serviciile de intervenție timpurie se realizează de către un personal calificat, în volum maximal adaptat nevoilor copilului, într-un mediu familial și comunitar firesc.

(4) Finanțarea serviciilor de intervenție timpurie se asigură din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală sau, după caz, din granturi, donații și alte surse conform legislației în vigoare.

(5) Regulamentul-cadru de activitate și standardele minime de calitate ale serviciilor de intervenție timpurie se aprobă de către Guvern.”

Legea privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți (în vigoare de la 01 ianuarie 2014)³⁸ stabilește procedurile de identificare, evaluare, asistență, referire, monitorizare și evidență a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți, precum și autoritățile și structurile responsabile de aplicarea procedurilor respective. Legea stipulează dreptul tuturor copiilor la protecție din partea statului, fără nici o discriminare, indiferent de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinii politice sau de altă natură, de cetățenie, apartenența etnică sau originea socială, de statutul obținut prin naștere, de situația materială, de gradul și tipul de dizabilitate, de aspectele specifice de creștere și educație a copiilor, a părinților lor ori a altor reprezentanți legali ai acestora, de locul aflării lor (familie, instituție educațională, serviciu social, instituție medicală, comunitate etc.).

Codul Educației al Republicii Moldova (HG nr. 152 din 17 aprilie 2014)³⁹ reglementează serviciile de educație timpurie pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 6 (7) ani, precum și ciclurile de educație timpurie: educația antepreșcolară – pentru copiii cu vârsta de la 0 la 3 ani; învățământul preșcolar – pentru copiii cu vârsta de la 3 la 6 (7) ani. Legea stipulează tipurile de instituții de educație timpurie – creșe, grădinițe, centre comunitare de educație

timpurie sau alte instituții, care prestează servicii în conformitate cu standardele educaționale de stat.

Instrucțiunile privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului. (HG nr. 270 din 08.04.2014)⁴⁰ stabilesc mecanismul de cooperare și responsabilitățile autorităților publice centrale și locale, ale structurilor, instituțiilor și serviciilor din cadrul sau subordonate acestora, care activează în domeniile asistenței sociale, educației, ocrotirii sănătății, juridic, în procesul de identificare, evaluare, referire, asistență și monitorizare intersectorială a cazurilor de violență, neglijare, exploatare, trafic de copii, precum și de prevenire a acestor fenomene prin intermediul serviciilor de asistență socială, educație, de ordine publică și medicale.

4.2.2.3. REGLEMENTĂRI LEGALE PRIVIND PRESTAȚIILE, ALTE GARANȚII PENTRU COPILUL MIC, INCLUSIV CU DIZABILITĂȚI

Conform **Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală** (nr. 1585 din 27.02.1998)⁴¹ Guvernul are calitatea de asigurat pentru copii; persoane cu dizabilități; persoane, care îngrijesc la domiciliu un copil cu dizabilități cu severitatea I sau o persoană imobilizată cu dizabilități din copilărie de gradul I și alte persoane defavorizate.

Legea privind sistemul public de pensii (nr. 156-XIV din 14.10.1998)⁴² stabilește cadrul legal de asigurare a persoanelor la pensii, inclusiv copiilor cu vârsta sub 18 ani, la pensie de dizabilitate și la pensie de urmaș.

Legea privind alocațiile sociale de stat pentru unele categorii de cetățeni (nr. 499-XIV din 14 iulie

34 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=311654&>

35 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=312823&lang=1>

36 <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&id=312847>

37 <http://lex.justice.md/md/344149/>

38 <http://lex.justice.md/md/348972/>

39 <http://lex.justice.md/md/355156/>

40 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=352587&lang=1>

41 <http://lex.justice.md/md/311622/>

42 <http://lex.justice.md/md/313291/>

1999)⁴³ reglementează dreptul la alocații pentru copiii cu dizabilități severe, accentuate și medii în vârstă de până la 18 ani, precum și pentru copiii care au pierdut întreținătorul.

Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova cu privire la indemnizațiile, adresate familiilor cu copii (nr. 1478 din 15.11.2002)⁴⁴ stabilește dreptul familiilor cu copii mici la indemnizații din partea statului: indemnizație unică la nașterea copilului; indemnizație lunară pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 3 ani – în cazul persoanelor asigurate și indemnizație lunară pentru îngrijirea copilului până la împlinirea vârstei de 1,5/ 2 ani – în cazul persoanelor neasigurate; indemnizație lunară de suport pentru creșterea până la vârsta de 3 ani a copiilor gemeni sau a mai mulți copii născuți dintr-o singură sarcină, persoanelor asigurate și neasigurate.

Legea privind indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă și alte prestații de asigurări sociale (nr. 289-XV din 22 iulie 2004)⁴⁵ stabilește dreptul la prestații de asigurări sociale a asiguraților, care au în îngrijire copii mici: indemnizație de maternitate, indemnizație pentru creșterea copilului în perioada aflării în concediu pentru îngrijirea copilului până la împlinirea vârstei de 3 ani, indemnizație pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 10 ani, iar în cazul copilului care suferă de boală oncologică și al copilului cu dizabilitate pentru afecțiuni intercurente – până la împlinirea vârstei de 18 ani.

Legea cu privire la ajutorul social (nr. 133-XVI din 13 iunie 2008)⁴⁶ reglementează dreptul la asigurarea unui venit lunar minim garantat, prin acordarea ajutorului social, stabilit în conformitate cu evaluarea venitului global mediu lunar al familiei și nece-

sitatea de asistență socială, familiilor defavorizate, inclusiv familiilor care întrunesc următoarea condiție: "...se află în perioada dintre săptămâna a 30-a de sarcină și săptămâna a 12-a după naștere în cazul în care copilul se naște mort sau moare în perioada concediului postnatal, ori îngrijește un copil până la vârsta de 3 ani".

Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova cu privire la protecția copiilor și familiilor socialmente vulnerabile (nr. 198 din 16 aprilie 1993)⁴⁷ stipulează eliberarea gratuită a medicamentelor pentru copiii de până la 3 ani; invalizii din copilărie până la vârsta de 16 ani; protezarea auzului și fonetică pe gratis a copiilor până la vârsta de 16 ani, copiilor din casele de copii; protezarea ortopedică și asigurarea cu articole de uz medical pe gratis a copiilor până la vârsta de 16 ani, a invalizilor din copilărie și a copiilor din casele de copii și din internatele de invalizi.

Regulamentul cu privire la modul de asigurare a unor categorii de cetățeni cu mijloace ajutătoare tehnice (HG nr. 567 din 26 iulie 2011)⁴⁸ stabilește procedurile de asigurare, în mod gratuit, a copiilor cu dizabilități și copiilor cu probleme ale aparatului locomotor în vârstă de până la 18 ani, cu mijloace ajutătoare tehnice, inclusiv încălțăminte ortopedică complicată, specială și pe proteze, proteze ale membrelor superioare și inferioare, fotolii rulante fără motor și diferite mijloace ajutătoare de mers manipulate cu ambele brațe.

Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități (nr. 60 din 30.03.2012)⁴⁹ statuează dreptul persoanelor cu dizabilități severe și accentuate, inclusiv dreptul copiilor cu dizabilități și însoțitorilor acestora de a beneficia de compensații în transportul comun urban, suburban și interurban.

4.2.2.4. REGLEMENTĂRI LEGALE PRIVIND PROCEDURI ȘI SERVICII, ADRESATE COPILULUI MIC, INCLUSIV CU DISABILITĂȚI

În ultimele 2 decenii a fost elaborat, în scopul asigurării calității serviciilor, adresate familiilor cu copii, cadrul normativ pentru asigurarea funcționalității diverselor servicii.

Legea privind administrația publică locală (nr. 436-XVI din 28.12.2006)⁵⁰ reglementează dreptul consiliilor raionale de a decide, în condițiile legii și în limitele competenței sale, organizarea serviciilor publice de interes raional și/ sau regional și de a aproba tarifele la serviciile cu plată prestate de acestea; aprobarea de programe de dezvoltare a serviciilor sociale, conform necesităților raionului și identificarea surselor financiare necesare etc.

Legea privind descentralizarea administrativă (nr. 435-XVI din 28 decembrie 2006)⁵¹ stabilește pentru autoritățile publice locale de nivelul al doilea domenii proprii de activitate: j) administrarea unităților de asistență socială de interes raional; k) dezvoltarea și gestionarea serviciilor sociale comunitare pentru categoriile social-vulnerabile, monitorizarea calității serviciilor sociale etc.

Legea cu privire la serviciile sociale (nr. 123 din 18.06.2010)⁵² stabilește cadrul general de creare și funcționare a sistemului integrat de servicii sociale, cu determinarea sarcinilor și responsabilităților autorităților administrației publice centrale și locale, ale altor persoane juridice și fizice, abilitate cu asigurarea și prestarea serviciilor sociale, precum și protecția drepturilor beneficiarilor de servicii sociale. Totodată, legea prevede procedura de acordare a serviciilor sociale și inspecția serviciilor sociale.

Standartele minime de calitate pentru serviciile sociale, prestate în centrele de plasament pentru copii cu dizabilități (HG nr. 823 din 04.07.2008)⁵³ reglementează activitatea de prestare, în regim de plasament temporar, a serviciilor de recuperare, reabilitare și (re) integrare socială și familială copiilor cu dizabilități de la naștere până la 18 ani, care, din cauza limitărilor de ordin senzorial (auz, vedere), fizic/ locomotor, mintal/ de intelect, psihic și de comportament, au nevoie de îngrijire și suport special din partea familiei, comunității.

Standartele minime de calitate pentru serviciile sociale, prestate în centrele de zi pentru copii cu dizabilități (HG nr. 824 din 04.07.2008)⁵⁴ reglementează prestarea serviciilor în regim de zi pentru recuperarea/ reabilitarea copiilor cu dizabilități de la naștere până la 18 ani în vederea (re) integrării sociale, precum și în scopul prevenirii separării copiilor de mediul familial și excluziunii sociale a acestora.

Standartele minime de calitate privind serviciile sociale, prestate în cadrul centrelor maternale (HG nr. 1019 din 02.09.2008)⁵⁵ prevăd oferirea de servicii de protecție a cuplului mamă-copil în scopul prevenirii abandonului copilului și asigurării formării, menținerii și consolidării legăturilor familiale prin oferirea unui mediu suportiv cuplului mamă-copil aflat în dificultate, dezvoltarea abilităților parentale ale mamei, precum și medierea relațiilor cu familia extinsă în vederea (re) integrării în mediul familial.

Regulamentul privind mecanismul de colaborare intersectorială în domeniul medico-social, în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității materne, infantile și a copiilor cu vârsta de până la 5 ani la domiciliu (HG nr. 1182 din 22.12.2010)⁵⁶ reglementează rolul structurilor de stat și al instituțiilor subordonate acestora în soluți-

43 <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=311676>

44 http://lex.justice.md/document_rom.php?id=FA845B95:C0C94885

45 <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&id=313082>

46 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=329197&lang=1>

47 <http://lex.justice.md/md/295936/>

48 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=339650&lang=1>

49 <http://lex.justice.md/md/344149/>

50 http://lex.justice.md/document_rom.php?id=C8E304A4:037190E8

51 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=321387&lang=1>

52 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=335808&lang=1>

53 <http://lex.justice.md/md/328489/>

54 <http://lex.justice.md/md/328490/>

55 <http://lex.justice.md/md/329066/>

56 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=337205&lang=1>

onarea problemelor ce țin de domeniul vizat, modalitățile de identificare, evaluare, referire, soluționare și monitorizare a cazurilor familiilor cu copii cu vârsta de până la 5 ani în situație de risc și a femeilor de vârstă reproductivă în situație de risc.

Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Echipă Mobilă” și Standardele minime de calitate (HG nr. 722 din 22.09.2011)⁵⁷ conțin reglementări cu privire la organizarea și funcționarea serviciului. Scopul serviciului este oferirea de asistență socială și suport la domiciliul beneficiarilor, în baza nevoilor identificate ale acestora, precum și consiliere și suport persoanelor implicate în procesul de incluziune a acestora; beneficiarii serviciului sunt persoane cu dizabilități (în special copii cu dizabilități), selectate în conformitate cu criteriile de admitere a beneficiarilor la servicii prestate în cadrul Serviciului; echipa multidisciplinară de specialiști este cea care prestează servicii beneficiarilor.

Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Asistență personală” și Standardele minime de calitate (HG 314 din 23.05.2012)⁵⁸ stabilesc modul de oferire a asistenței și îngrijirii copiilor și adulților cu dizabilități severe, în vederea favorizării independenței și integrării lor în societate. Asistența beneficiarului este realizată de către asistentul personal, în conformitate cu planul individual de asistență.

Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Respiro” și Standardele minime de calitate (HG nr. 413 din 14.06.2012)⁵⁹ prevăd oferirea de asistență socială, suport, îngrijire și supraveghere timp de 24 de ore din 24, în cadrul unor centre specializate sau altor tipuri de servicii sociale, persoanelor cu dizabilități severe, inclusiv copiilor, perioadă în care familiile,

rudele sau alte persoane care le îngrijesc pe acestea, să poată beneficia de un repaus de maximum 30 de zile în an, cumulativ.

Regulamentul-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de asistență parentală profesionistă și Standardele minime de calitate (HG nr. 760 din 17.09.2014)⁶⁰ reglementează procedura de creare și dezvoltare a serviciilor de asistență parentală profesionistă, inclusiv celor de urgență (de regulă, pentru copii mici) și de răgaz. Printre beneficiarii serviciului de Asistență parentală profesionistă sunt și copiii cu dizabilități, părinții sau persoanele care au nevoie de timp pentru recuperare; copiii mici, mamele minore cu risc de abandon al copilului.

Regulamentul-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului social de sprijin pentru familiile cu copii (HG nr. 889 din 11.11.2013)⁶¹ și **Standardele minime de calitate privind Serviciul social de sprijin pentru familiile cu copii** (HG nr. 780 din 25.09.2014)⁶² reglementează procedurile de oferire a sprijinului familial pentru familiile cu copii, având drept scop susținerea dezvoltării capacităților familiei în creșterea și educația copilului, prin consolidarea factorilor protectori din interiorul familiei și conectarea ei la resursele relevante din comunitate, prin consolidarea competențelor parentale și sensibilizarea comunității în scopul prevenirii timpurii a riscurilor posibile; susținerea familiei în vederea depășirii situațiilor de risc și prevenirii separării copilului de familie; susținerea familiei în vederea reintegrării copilului în familie.

Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (HG nr. 1387 din 10.12.2007)⁶³ cu completările ulterioare, prevede prestarea de către medicul specialist de profil împreună cu personalul

mediu încadrat în asistența medicală de ambulator a "...serviciilor de intervenție timpurie copiilor (de la naștere până la vârsta de 3 ani) cu nevoi speciale/ tulburări de dezvoltare și risc sporit și familiilor acestora, în conformitate cu actele normative aprobate de Guvern”.

Standardele de supraveghere a copilului sănătos în condiții de ambulator⁶⁴ prevăd un număr majorat de vizite la domiciliul copilului mic, în cazul identificării unor riscuri medico-sociale, inclusiv tulburări de dezvoltare, stabilind pentru personalul medical obligativitatea elaborării pentru asemenea cazuri a Planului individual de asistență. Standardele conțin stipulări cu privire la realizarea screening-testului de depistare precoce a autismului și examinarea copiilor cu risc de diabet la glicemie.

Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea serviciilor de intervenție timpurie și Standardele minime de calitate pentru serviciile de intervenție timpurie (HG nr. 816 din 30.06.2016)⁶⁵ reglementează modul de organizare și funcționare a serviciilor de intervenție timpurie, caracterul intersectorial al activităților de intervenție timpurie, realizat de către specialiștii din domeniul medical, social, psihopedagogic, în cadrul echipelor interdisciplinare, în parteneriat cu părinții/ alt reprezentant legal/ îngrijitorii copilului. Activitățile de intervenție timpurie realizate includ: identificarea timpurie, intervenția și prevenirea primară, secundară și terțiară, abilitarea/ reabilitarea tulburărilor de dezvoltare și a dizabilității copiilor, precum și incluziunea educațională și socială a acestora.

Legislația Republicii Moldova conține numeroase reglementări cu privire la protecția drepturilor copilului, inclusiv celui cu dizabilități, fiind armonizată la prevederile legale internaționale în domeniul protecției drepturilor copilului, inclusiv cu referire la drepturile copiilor cu dizabilități. Au fost realizate

numeroase măsuri pentru a asigura implementarea Convenției cu privire la drepturile copilului, inclusiv: elaborarea și aprobarea de strategii și politici care vizează copiii, inclusiv cei cu dizabilități, în special în domeniul sănătății, educației, protecției sociale; reglementarea serviciilor sociale, educaționale adresate copiilor, inclusiv celor cu dizabilități.

4.3. PRACTICI NAȚIONALE ÎN DOMENIUL INTERVENȚIEI TIMPURII

Deși a fost aprobat cadrul legal național cu privire la organizarea și funcționarea serviciilor de intervenție timpurie, în prezent, în Republica Moldova încă nu a fost dezvoltat un sistem integrat de intervenție timpurie. Unele servicii/ elemente ale serviciilor de intervenție timpurie (medicale, sociale și educaționale) pentru copiii cu tulburări de dezvoltare, inclusiv cu dizabilități, sunt prestate separat de către cele 3 sisteme (medical, social, educațional).

Astfel, **sistemul de sănătate**, la toate nivelurile de asistență medicală, oferă anumite elemente de Intervenție Timpurie.

La **nivelul Asistenței Medicale Primare** Serviciile de Intervenție Timpurie sunt oferite de către medicul de familie/ asistentul medical de familie, în echipă cu medicul pediatru. Aceste servicii sunt orientate, în mod special, pe identificarea problemelor de dezvoltare și a dizabilității la copii.

Medicul de familie reprezintă persoana de prim contact în cadrul sistemului de sănătate, asigurând asistența medicală primară și continuă prin acțiuni preventive, educaționale, terapeutice și de recuperare⁶⁶.

Una din activitățile de bază ale medicului de familie/ asistentului medical de familie constă în supravegherea copiilor și femeilor gravide în condiții de

57 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=340345&lang=1>

58 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=343395&lang=1>

59 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=343701&lang=1>

60 <http://lex.justice.md/md/354816/>

61 <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=350352>

62 <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=354884>

63 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=326302&lang=1>

64 Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1000 din 08.12.2012

65 <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=365709>

66 Ordinul Ministerului Sănătății nr. 695 din 13 octombrie 2010, „Cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova”

ambulator, în conformitate cu Standardele medicale, aprobate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale⁶⁷, cu identificarea riscurilor sau posibilelor riscuri, a tulburărilor de dezvoltare, cu acordarea asistenței necesare și, după caz, referirea către alți specialiști și/ sau alte servicii, cu elaborarea și implementarea unui Plan individualizat de asistență.

În scopul prevenirii dizabilității în rândul copiilor, cauzate de malformații congenitale, de către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale au fost actualizate Standardele de supraveghere a femeilor gravide în condiții de ambulator⁶⁸, acestea fiind suplimentate cu teste de depistare precoce a diverselor patologii și malformații congenitale în perioada antenatală (Dublu și Triplu test), cu evaluarea profilului și gradului de risc pe toată perioada sarcinii.

Totodată, în cadrul Centrelor de Sănătate de nivel I/ Centrelor Medicilor de Familie funcționează Cabinetul Copilului Sănătos, prin care se realizează programe de educație parentală privind îngrijirea copilului, nutriția, securitatea, identificarea semnelor de pericol pentru sănătatea și dezvoltarea acestuia și altele. Activitatea acestor cabinete este neuniformă, nereglementată clar, prin urmare eficiența acestora în educația parentală și identificarea riscurilor pentru dezvoltarea copilului necesită a fi reconsiderată, reglementată și fortificată, inclusiv pentru identificarea riscurilor și referirea acestora către alte servicii și instituții.

La nivelul Asistenței Medicale Primare, în fiecare teritoriu administrativ, sunt dezvoltate și alte subdiviziuni structurale, cu anumite competențe în domeniul Intervenției Timpurii la Copii, cum ar fi:

- Cabinetele de sănătate a reproducerii, care oferă servicii de planificare familială și de sănătate persoanelor de vârstă reproductivă. Sunt orientate spre susținerea cuplurilor în realizarea drepturilor la reproducere, prevenirea sarcinilor nedorite sau cu risc sporit, reducerea morbidității și mortalității materne și perinatale ș. a., prin prestarea serviciilor medicale calitative, accesibile, acceptabile și convenabile în domeniul sănătății reproducerii tuturor celor care o doresc.⁶⁹
- Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, care oferă servicii consultative integrate, adresate adolescenților și tinerilor și presupun informare, consiliere, servicii medicale și asistență psiho-socială pentru ameliorarea sănătății și crearea premiselor benefice de dezvoltare și integrare socială a acestora în comunitate.⁷⁰
- Centrele Comunitare de Sănătate Mintală, care oferă persoanelor cu probleme mintale servicii de sănătate mintală la nivel comunitar, inclusiv de reabilitare psiho-socială, în vederea incluziunii socio-profesionale și familiale, precum și suport și mediere în relație cu familia și comunitatea.⁷¹

La nivelul Serviciului Asistență Medicală Specializată de ambulator, Serviciile de Intervenție Timpurie sunt oferite de către medicii specialiști de diferite profiluri, în dependență de forma de organizare și nivelul instituției (raional, municipal, republican), și sunt orientate, preponderent, pe stabilirea diagnosticului și aprecierea conduitei terapeutice și, la necesitate, referire către specialiștii de la un nivel superior. Totodată, există discrepanțe majore între instituțiile medicale raionale și cele municipale/ republicane în ceea ce privește asigurarea cu medici specialiști, mai cu seamă medici pediatri, neurologi, kinetoterapeuți.

67 Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1000 din 08.12.2012, „Cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a copilului sănătos în condiții de ambulatoriu și a Carnetului de dezvoltare a copilului”
Ordinul Ministerului Sănătății nr. 31 din 27 ianuarie 2016, „Cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a femeilor gravide în condiții de ambulator”

68 Ordinul Ministerului Sănătății nr. 31 din 27 ianuarie 2016, „Cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a femeilor gravide în condiții de ambulator”

69 Ordinul Ministerului Sănătății nr. 425 din 12 octombrie 2006, „Cu privire la crearea și activitatea cabinetului raional (municipal) de sănătate a reproducerii și centrului de sănătate a femeii”

70 Ordinul Ministerului Sănătății nr. 868 din 31 iulie 2013, „Privind organizarea activității Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor”

71 Ordinul Ministerului Sănătății nr. 407 din 16 mai 2014, „Cu privire la Centrele Comunitare de Sănătate Mintală”

La nivelul Serviciului asistență medicală spitalicească, mai multe subdiviziuni medicale cum ar fi Centrele Perinatale, Secțiile de pediatrie, Secțiile de reabilitare/ recuperare, Secțiile de fizioterapie etc. oferă Servicii de Intervenție Timpurie orientate în special pe aplicarea unor programe de screening neonatal, diagnostic, tratament și reabilitare.

Totodată, aceste servicii sunt dezvoltate la nivel național neuniform, diminuând accesul echitabil al copiilor la servicii complexe și integrate.

În anul 2010, în cadrul Institutului Mamei și Copilului (IMC) a fost creat Serviciul Republican de diagnostic și supraveghere medicală (Follow-up neonatal) a copiilor în vârstă de până la 2 ani, născuți cu greutate mică și foarte mică. Serviciul aplică programe de supraveghere în dinamică a acestor copii. Copiii incluși în acest program beneficiază, la necesitate, în funcție de rezultatele evaluărilor periodice, de programe de tratament și recuperare.

Acest serviciu oferă și programe de screening neonatal, așa ca: screening-ul selectiv al dereglărilor de auz și screening-ul selectiv al retinopatiei la copiii din grupul de risc. De asemenea, serviciul respectiv oferă asistență și familiei copilului cu privire la îngrijirea copilului, consilierea părinților și referirea la alte servicii.

Cu toate acestea, programele de screening asigurate în prezent sunt limitate și nu acoperă întreg spectrul aplicat la nivel internațional și recomandat pentru diagnosticul precoce a maladiilor la copii și Intervenția Timpurie.

De asemenea, aceste servicii nu asigură accesul uniform al tuturor copiilor, în special al celor din familii vulnerabile și din mediul rural. În același timp, chiar dacă problemele copilului sunt identificate, lipsa serviciilor de Intervenție Timpurie la Copii în proximitatea familiei acestuia, diminuează esențial posibilitatea de asistență necesară, inclusiv abilitarea și reabilitarea dezvoltării copilului.

Actualmente, în Republica Moldova, serviciile de reabilitare, ca element important în Intervenția Timpurie la Copii, sunt reprezentate doar la nivel național.

Astfel, **Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii,** acordă servicii de reabilitare copiilor de la 0-18 ani cu deficiențe neuro-motorii, preponderent copiilor de vârstă fragedă cu risc sporit pentru sechele neurologice și de dezvoltare psihofizică. În Centru activează specialiști multiprofil, încadrați în echipa interdisciplinară (neurolog, pediatru, oftalmolog, ortoped, fizioterapeut, logoped, kinetoterapeut, psiholog, asistent social etc.), care aplică programe de evaluare și apreciere a dezvoltării fizice și neuropsihice, a statutului social și familial al copilului, a capacităților de implicare a familiei în programe de reabilitare a copilului. În cadrul instituției funcționează secția staționară cu 30 paturi și secția de reabilitare ambulator pentru 100 vizite pe zi.

Centrele Reabilitare/ Recuperare (Ceadîr-Lunga, Sergheevka) de asemenea acordă diverse servicii de reabilitare copiilor cu vârsta de la 2 până la 14 ani, conform necesităților acestora (kinetoterapie individuală, terapie ocupațională, mecanoterapie, acupunctură, hidroterapie, termoterapie, metode fizio-terapeutice (amplipulsoterapie, magnetoterapie, electroforeză medicamentoasă, electroanalgezie etc.), ocupații logopedice, consiliere psihologică, psihoterapie, terapie senzorială etc.).

Beneficiarii Centrului de Reabilitare pentru Copii „Sergheevka” sunt copiii cu afecțiuni pulmonologice, cardio-reumatologice, gastro-intestinale și neuro-motorii, iar ai Centrului de Recuperare pentru Copii „Ceadîr-Lunga” – copiii cu afecțiuni pulmonologice și neuro-motorii. Capacitatea Centrului de Reabilitare pentru Copii „Sergheevka” este de 200 paturi, iar a Centrului de Recuperare pentru Copii „Ceadîr-Lunga” – 80 paturi.

Ambele Centre dispun de secții „mamă-copil” a câte 25 paturi, destinate copiilor de vârstă preșcolară

(de la 2 ani până la 7 ani) și celor de vârstă școlară cu dizabilități severe, cauzate de afecțiuni pulmonologice și neurologice.

Pe parcursul ultimilor 10 ani au fost dezvoltate și diversificate serviciile medico-sociale și de reabilitare **în cadrul celor două Centre de plasament și reabilitare pentru copii** din subordinea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale:

- Centrul de plasament și reabilitare pentru copii de vârstă fragedă, mun. Chișinău
- Centrul de plasament temporar și reabilitare pentru copii, mun. Bălți.

În ambele Centre, pe lângă secțiile rezidențiale, au fost deschise și funcționează:

- *Secțiile de zi pentru reabilitarea copiilor cu dizabilități* care prestează servicii prin intermediul echipelor multidisciplinare, inclusiv de reabilitare a copiilor de vârstă fragedă, pentru a preveni dezvoltarea dizabilităților severe, dar și a abandonului/ instituționalizării copiilor cu dizabilități.
- *Secțiile maternale* în care sunt găzduite temporar cupluri „mama-copil”, aflate în dificultate (a câte 8 paturi pentru cuplu mamă/ copil în fiecare Centru). Acest centru contribuie la dezvoltarea abilităților parentale la mame și la prevenirea separării copilului de familie.
- *Serviciul „Respiro”*, în cadrul Centrului de plasament și reabilitare pentru copii de vârstă fragedă din mun. Chișinău, are drept scop susținerea familiei prin oferirea unei perioade de recuperare (respiro) acesteia în procesul de îngrijire a copilului cu dizabilități, dar și prin acordarea de asistență specializată medico-psiho-pedagogică și socială, precum și servicii de consiliere și instruire membrilor familiilor, contribuind, astfel, la prevenirea instituționalizării și protecția copiilor cu dizabilități.
- *Serviciul pentru îngrijirea și reabilitarea copiilor cu greutate mică și foarte mică la naștere*, în cadrul Centrului de plasament temporar și reabilitare pentru copii din mun. Bălți, oferă asistență

cuplurilor mamă-copil pentru îngrijiri, inclusiv medicale și tratament de recuperare. Același Centru dispune de o *Secție de zi pentru copii cu necesități speciale în vârstă de până la 3 ani*, care acordă asistență și îngrijire copiilor din familii social-vulnerabile.

Sistemul actual de asistență socială oferă un șir de servicii copiilor cu tulburări de dezvoltare și copiilor cu dizabilități, precum și familiilor acestora. Astfel, pe parcursul ultimilor ani, a fost dezvoltat Serviciul de Asistență Parentală Profesionistă pentru copiii cu dizabilități, Serviciul Asistență Personală, Serviciul Echipă Mobilă, create Centre de zi (creșe sociale) pentru copii de la 4 luni până la 3 ani, Centre Maternale.

La nivel primar, activități de intervenție timpurie sunt realizate prin intermediul Serviciului social de sprijin pentru familiile cu copii, în procesul de identificare, evaluare, asistență multidisciplinară și referire către servicii specializate a copiilor în situație de risc. În cadrul serviciului de sprijin familial, familiile cu copii beneficiază, planificat, de o gamă largă de activități de sprijin în funcție de necesități. Totodată, aceste activități se regăsesc în cadrul implementării la nivel local a mecanismului de colaborare intersectorială medico-social în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității materne, infantile și a copiilor cu vârsta sub 5 ani la domiciliu.

La nivel teritorial funcționează o gamă de servicii sociale specializate, dezvoltate pentru copii, inclusiv cu dizabilități: Centrul de zi pentru copii cu dizabilități, serviciul Echipa Mobilă, serviciul Asistență Personală, serviciul Respiro, serviciul Asistență Parentală Profesionistă (de urgență, pentru copiii cu dizabilități, de răgaz). În ultima perioadă se dezvoltă un nou serviciu social – Centru de zi (creșă socială) pentru copii de la 4 luni până la 3 ani, cadrul de reglementare a acestui tip de serviciu fiind în proces de elaborare.

Aceste servicii, la nivel național, sunt dezvoltate neuniform și au capacitate insuficientă de a răspunde necesităților beneficiarilor, atât ca număr, cât și din punct de vedere al calității.

Sistemul educațional, în ultimii ani, a pilotat câteva modele de Servicii de Educație Timpurie (creșe, Centre Comunitare de Educație Timpurie) pentru copiii sub vârsta de 3 ani, iar începând cu anul 2010, dezvoltă servicii de educație incluzivă pentru copii cu cerințe educaționale speciale inclusiv cu dizabilități, de vârstă școlară. Serviciile de educație incluzivă pentru copii de vârstă preșcolară sunt la etapa incipientă de dezvoltare.

Cât privește copiii cu vârsta sub 3 ani, aceștia nu beneficiază de servicii de Intervenție Timpurie în cadrul sistemului de educație la nivel național.

Pe parcursul ultimilor două decenii, cu suportul organismelor internaționale și donatorilor străini, **sectorul neguvernamental** a creat unele modele de servicii de reabilitare și de Intervenție Timpurie. Serviciile create sunt prestate în cadrul unor centre, amplasate preponderent în mun. Chișinău și aplică programe de identificare și diagnostic a riscurilor pentru dezvoltare, precum și programe specializate, bazate pe modelele și practicile internaționale (Norvegia, Marea Britanie, Germania, Austria ș. a.), care și-au dovedit eficiența. Centrele existente asistă un număr mic de copii, preponderent din mun. Chișinău. Totodată, aceste modele nu dispun de echipe mobile, care ar putea oferi programe individuale la domiciliu, în mediul natural al copilului.

Cu toate acestea, experiența acestor Centre în prestarea serviciilor de intervenție timpurie, având personal calificat, poate servi drept o sursă atât în dezvoltarea Serviciilor de Intervenție Timpurie la nivel național, cât și pentru capacitarea profesională a specialiștilor, încadrați în serviciile noi create.

În Republica Moldova sunt dezvoltate unele elemente ale intervenției timpurii, aceste practici ținând de sectoarele sănătate, social și educațional. O bună parte din aceste practici sunt inițiate și susținute în cadrul unor programe și dezvoltate/ implementate de organizații neguvernamentale cu activitate în domeniu. Acestea suplimentează serviciile de recuperare prestate de stat.

Totodată, în țară nu există încă un sistem de intervenție timpurie bine conturat, care să integreze și să coordoneze activitatea în acest domeniu. Valorificarea, multiplicarea și consolidarea practicilor existente ar putea constitui un element important pentru dezvoltarea sistemului de servicii de intervenție timpurie la copii în Republica Moldova, asigurând copiilor dreptul de a beneficia de servicii de calitate în mediul lor natural.

V. ACTUALITATEA ȘI IMPORTANȚA STUDIULUI

Pe parcursul ultimilor ani, sistemul de sănătate din Republica Moldova a elaborat și implementat politici eficiente și coerente în domeniul sănătății, protecției și asistenței sociale a copilului, fapt ce a determinat îmbunătățirea indicatorilor mortalității infantile și a copiilor cu vârstă de până la 5 ani, inclusiv la domiciliu.

Pornind de la faptul că dezvoltarea și sănătatea copiilor, inclusiv celor cu dizabilități, rămâne a fi o problemă pentru Republica Moldova, Studiul va permite:

- identificarea problemelor și dificultăților copilului cu dizabilitate și a familiei acestuia;

- identificarea dificultăților copiilor cu tulburări de dezvoltare și risc de apariție a acestora;
- elaborarea recomandărilor concrete privind necesitatea dezvoltării unui sistem de intervenție timpurie.

Dezvoltarea serviciilor de intervenție timpurie la copii și asistența familiilor copiilor cu dizabilități va asigura dezvoltarea optimală a copiilor cu tulburări de dezvoltare și dizabilități, abilitarea și incluziunea copiilor cu dizabilități, precum și asistența familiilor lor.

VI. METODOLOGIA STUDIULUI

6.1. SCOPUL ȘI OBIECTIVELE STUDIULUI

Scopul Studiului constă în efectuarea unei analize a situației copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare, inclusiv cu dizabilități și a serviciilor pentru acești copii în Republica Moldova, în vederea dezvoltării unui sistem de intervenție timpurie integrat.

Pentru realizarea scopului propus au fost stabilite următoarele obiective:

- Evaluarea practicilor internaționale în domeniul intervenției timpurii la copii;
- Evaluarea cadrului legal național existent în domeniu, care vizează protecția copilului cu tulburări de dezvoltare, inclusiv dizabilități și intervenția timpurie;
- Analiza indicatorilor morbidității și mortalității copiilor de vârstă fragedă, inclusiv a cauzelor dizabilității la copii;
- Identificarea serviciilor comunitare medico-sociale

și educaționale, adresate familiilor cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare, inclusiv dizabilități;

- Identificarea necesităților de dezvoltare a serviciilor de intervenție timpurie la copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare, inclusiv dizabilități, la nivel local;
- Identificarea barierelor existente pentru dezvoltarea serviciilor de intervenție timpurie;
- Elaborarea recomandărilor pentru dezvoltarea unui sistem de servicii de intervenție timpurie, care să integreze serviciile medicale, sociale și educaționale, accesibile pentru copiii cu vârsta de până la 5 ani și familiile lor.

6.2. METODE ȘI TEHNICI DE CERCETARE

În vederea atingerii scopului și obiectivelor cercetării, au fost selectate metode cantitative și calitative pentru realizarea unei analize complexe și comprehensive a situației copiilor cu vârsta de până la 5 ani

cu tulburări de dezvoltare, inclusiv cu dizabilități. Metodele și tehnicile de cercetare aplicate au inclus:

- Analiza documentelor* naționale și internaționale privind programele și serviciile de intervenție timpurie, cât și a cadrului legal de creare și dezvoltare a acestora.
- Analiza datelor statistice*, realizată prin mijlocirea:
 - statisticilor naționale privind indicatorii morbidității și mortalității copiilor, inclusiv a cauzelor dizabilității la copii.
 - datelor colectate în baza instrumentelor de evaluare, aplicate în cadrul Studiului.

Grupurile țintă incluse în cercetare:

- copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită⁷² și familiile acestora;
- copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită)⁷³ și familiile acestora;
- copiii cu vârsta de până la 5 ani în situație de risc și familiile acestora;
- asistenții medicali de familie;
- medicii de familie;
- vicedirectorii/ specialiștii principali în asistența medicală a mamei și copilului la nivel municipal/raional;
- asistenții sociali comunitari;
- specialiștii în identificarea problemele familiilor cu copii în situație de risc din cadrul organului teritorial de specialitate în domeniul asistenței sociale și protecției a familiei;

Sursa datelor

- 1) Baze de date, formulare, fișe etc;
- 2) Materiale de raportare de la asistenții sociali comunitari și supervizori;
- 3) Rapoarte privind morbiditatea și mortalitatea copiilor de vârstă fragedă la nivel de raion și

⁷² Copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, includ copiii care au determinată dizabilitatea, conform prevederilor legale în vigoare (HG Nr. 65 din 23.01.2013 cu privire la determinarea dizabilității și a capacității de muncă).

⁷³ Copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) reprezintă copiii, care au rețineri pe anumite compartimente de dezvoltare, dar nu au stabilită dizabilitatea (copii născuți prematur, cu RCIU, malnutriție, retard în dezvoltarea neuropsihică, maladii congenitale fără dizabilitate stabilită/ în proces de stabilire a dizabilității).

republică;

- 4) Documentația medicală primară a copiilor incluși în Studiu (Carnetul de dezvoltare a copilului, F 112/e și alte acte adiacente);
- 5) Rapoarte de monitorizare, inclusiv vizite de monitorizare a copiilor în situație de risc în teren etc.

6.3. INSTRUMENTE DE EVALUARE

În vederea realizării cercetării au fost utilizate următoarele chestionare:

Formularul 1 (aplicat în localitățile din regiunile pilot):

- Formularul 1A: Date generale privind familiile cu copii cu vârsta de până la 5 ani din localitate.* Acest Formular a fost completat de către operatorul de teren, de comun cu asistentul social comunitar și reflectă situația pe localitate la data de 01 ianuarie 2016. Formularul cuprinde date despre situația copiilor din localitate și serviciile adresate acestora.
- Formularul 1B: Copii cu vârsta de până la 5 ani din localitate aflați în îngrijire în afara familiei biologice.* Acest Formular a fost completat de către operatorul de teren, de comun cu asistentul social comunitar și reflectă situația pe localitate la data de 01 ianuarie 2016. Formularul include date privind numărul total al copiilor cu vârsta de până la 5 ani, aflați în îngrijire în afara familiei biologice, inclusiv: familia extinsă/ la rude (fără tutelă), la persoane terțe fără teme legal, familia tutorelui, Casă de copii de tip familial, Serviciul de Asistență Parentală Profesionistă, Centru de plasament, Centru Maternal.
- Formularul 1C: Date generale privind serviciile de intervenție timpurie adresate copiilor cu vârsta de până la 5 ani și familiilor acestora din localitate.* Acest Formular a fost completat de către operatorul de teren, de comun cu medicul de familie și reflectă situația pe localitate la data de 01 ianuarie 2016. Formularul cuprinde date despre situația copiilor din localitate și serviciile de intervenție timpurie adresate acestora.

Formularul 2 (aplicat la nivel național):

- i. *Formularul 2A: Date generale privind serviciile sociale prestate copiilor cu vârsta de până la 5 ani și familiilor acestora din raion/ municipiu.* Acest Formular a fost completat de către specialistul în problemele familiilor cu copii în situație de risc și specialistul în protecția copilului din cadrul organului teritorial de specialitate în domeniul asistenței sociale și protecției a familiei și reflectă situația pe raion/ municipiu la data de 01 ianuarie 2016 cu privire la serviciile sociale pentru copiii în situație de risc cu vârsta de până la 5 ani.
- ii. *Formularul 2B: Date generale privind serviciile medicale din raion/ municipiu adresate copiilor cu vârsta de până la 5 ani și familiilor acestora.* Acest Formular a fost completat de către vicedirectorul/ specialistul principal în asistența medicală a mamei și copilului și reflectă situația pe raion/ municipiu la data de 01 septembrie 2016 dar și tipurile de servicii de abilitare/ reabilitare oferite copiilor și instituțiile medicale în care sunt prestate acestea.
- iii. *Formularul 2C: Date generale privind serviciile de abilitare/ reabilitare oferite copiilor cu vârsta de până la 5 ani și familiilor acestora în cadrul instituțiilor din sistemul educațional din raion/ municipiu.* Acest Formular a fost completat de către specialistul responsabil de educația incluzivă din cadrul Direcției Raionale de Învățământ și reflectă situația pe raion/ municipiu la data de 01 septembrie 2016 cu privire la tipurile de servicii de abilitare/ reabilitare oferite copiilor și instituțiile educaționale în care sunt prestate acestea.

Ancheta sociologică pe bază de chestionar (în cadrul Studiului au fost elaborate și aplicate 6 tipuri de chestionare):

- 1) Chestionar pentru părinții copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită;
- 2) Chestionar pentru îngrijitorii copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită;
- 3) Chestionar pentru părinții copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită);

- 4) Chestionar pentru îngrijitorii copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită);
- 5) Chestionar pentru specialiștii din domeniul medical cu privire la starea sănătății copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită;
- 6) Chestionar pentru specialiștii din domeniul medical cu privire la starea sănătății copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită).

Chestionarele conțin întrebări închise și deschise, pentru a da posibilitate respondenților să-și exprime gândurile, opiniile, așteptările în mod liber.

6.4. ETAPELE DE REALIZARE A STUDIULUI

Procesul de realizare a Studiului a cuprins următoarele etape și activități (Tabel 2).

6.5. CULEGEREA ȘI PRELUCRAREA DATELOR

Culegerea datelor a fost realizată în perioada noiembrie 2016 – februarie 2017. Cercetarea a fost realizată în 2 etape:

Etapa I – realizarea evaluării cantitative în toate raioanele/ municipiile Republicii. La această etapă au fost colectate date în baza Formularelor 2A, 2B, 2C. Centralizarea datelor a fost realizată de către ministerele de resort.

Etapa II – colectarea datelor în raioanele incluse în Studiu: Ialoveni, Florești, Nisporeni, Soroca și UTA Găgăuzia (Comrat, Ceadîr Lunga, Vulcănești). În aceste raioane au fost aplicate Formularele 1A, 1B, 1C și Ancheta sociologică.

Chestionarele pentru părinți și îngrijitori au fost completate de către evaluatori, însoțiți de asistentul social comunitar din localitatea de domiciliere a copilului.

Aceste tipuri de chestionare au inclus cinci compartimente:

Tabelul nr. 2: Etapele de realizare a Studiului

Nr.	Etape/ acțiuni
I	Pregătirea evaluării
1.1.	Organizarea ședințelor de lucru cu reprezentanții autorităților publice centrale, în vederea planificării și inițierii procesului de evaluare
1.2.	Elaborarea, expertizarea și consultarea metodologiei și a instrumentelor de evaluare de către reprezentanții autorităților publice centrale, locale și a mediilor academice
1.3.	Determinarea și aprobarea teritoriilor pentru realizarea Studiului, pentru a asigura reprezentativitatea cercetării
1.4.	Organizarea ședințelor de lucru cu reprezentanții Autorităților Publice Locale de nivel II, în vederea planificării și inițierii procesului de evaluare (Florești, Ialoveni, Nisporeni, Soroca, UTA Găgăuzia)
1.5.	Elaborarea și aprobarea programului de evaluare în raioanele incluse în Studiu
1.6.	Selectarea și instruirea evaluatorilor pentru colectarea datelor în raioanele incluse în Studiu
1.7.	Elaborarea Programului pentru introducerea și procesarea datelor colectate
II	Realizarea evaluării
2.1.	Colectarea datelor cantitative din toate raioanele/municipiile Republicii și din raioanele, incluse în Studiu. Monitorizarea procesului de colectare a datelor
2.3.	Verificarea și validarea datelor colectate
2.4.	Introducerea datelor și crearea bazei de date.
2.5.	Sistematizarea și sinteza datelor colectate.
III	Elaborarea Raportului
3.1.	Analiza datelor colectate.
3.2.	Elaborarea și editarea Raportului de evaluare.

- I. Date generale despre copilul cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită)/ cu dizabilitate stabilită;
- II. Accesarea serviciilor de către copilul cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită)/ cu dizabilitate stabilită;
- III. Instituții care au oferit servicii de abilitare/ reabilitare copilului cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită)/ cu dizabilitate stabilită;
- IV. Date despre familia copilului cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită)/ cu dizabilitate stabilită;
- V. Caracteristici demografice ale părinților/ îngrijitorilor.

Chestionarele privind starea sănătății copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită)/ cu dizabilitate stabilită au fost completate de către evaluatori, de comun cu medicul de familie, în evidența căruia se află copilul cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită)/ dizabilitate stabilită.

Chestionarul a inclus două compartimente:

- I. Date generale despre copilul cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită)/ cu dizabilitate stabilită;
- II. Asistența medicală de care a beneficiat copilul.

Chestionarul pentru părinți/ îngrijitori și cel pentru specialiștii din domeniul medical constituie, în

ansamblu, dosarul copilului, care conține și consimțământul părintelui/îngrijitorului pentru includerea în Studiu.

În procesul Studiului au fost organizate și ședințe **focus-grup** pentru următoarele categorii de respondenți:

- a. Părinții/îngrijitorii copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită/ cu dizabilitate stabilită). Pentru acest grup-țintă, Ghidul a inclus următoarele module:
 1. Situația familiilor cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită/ cu dizabilitate stabilită);
 2. Accesul la serviciile sociale, medicale și educaționale la nivel comunitar pentru familiile cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită/ cu dizabilitate stabilită);
 3. Necesitățile privind îngrijirea copilului cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită/ cu dizabilitate stabilită);
 4. Propuneri privind îmbunătățirea calității serviciilor pentru copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită/ cu dizabilitate stabilită) și familiile acestora.
- b. Medicii de familie/ asistenții medicali de familie

Ghidul pentru organizarea **focus-grup**-ului cu acești specialiști a inclus următoarele compartimente:

1. Situația familiilor cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită/ cu dizabilitate stabilită);
2. Servicii de asistență medicală, inclusiv de abilitare/ reabilitare, pentru familiile cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită/ cu dizabilitate stabilită);
3. Colaborare intersectorială și intervenție;
4. Cadrul normativ privind serviciile pentru copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită/ cu dizabilitate stabilită);
5. Propuneri privind îmbunătățirea calității serviciilor pentru copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită/ cu dizabilitate stabilită) și familiile acestora.

c. Asistenții sociali comunitari
Ghidul pentru acești specialiști a inclus următoarele compartimente:

1. Situația familiilor cu copii cu vârsta de până la 5 ani în situație de risc, inclusiv cu dizabilități;
2. Servicii sociale pentru copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilități;
3. Colaborare intersectorială și intervenție;
4. Cadrul normativ privind serviciile pentru copiii cu vârsta de până la 5 ani în situație de risc, inclusiv cu dizabilități;
5. Propuneri privind îmbunătățirea calității serviciilor pentru copiii cu vârsta de până la 5 ani în situație de risc, inclusiv cu dizabilități și familiile acestora.

Informația colectată în cadrul Studiului a fost verificată și validată, fiind ulterior prelucrată, cu aplicarea programului SPSS.

Procesarea datelor cu caracter personal și manipularea chestionarelor pe suport de hârtie și a bazei de date electronice a fost realizată cu respectarea prevederilor în vigoare privind protecția datelor cu caracter personal.

În cadrul Studiului au fost prelucrate și procesate:

- 413 Formulare localități (Formular 1A, 1B, 1C)
- 111 Formulare generale (Formular 2A, 2B, 2C)
- 1608 Chestionare individuale

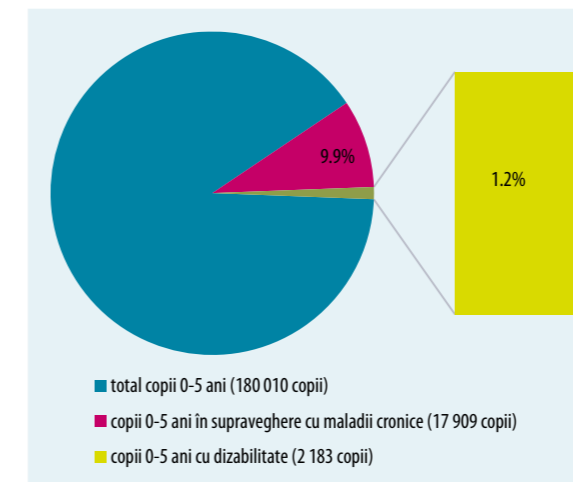
6.6. RAPORTUL DE CERCETARE

Raportul de cercetare a fost elaborat în mod concis, iar în vederea prezentării mai ample a datelor au fost utilizate figuri și tabele.

VII. CADRUL GENERAL AL STUDIULUI, REZULTATELE GENERALE ALE EVALUĂRII

În rezultatul evaluării situației copiilor cu tulburări de dezvoltare, inclusiv cu dizabilitate stabilită, în 37 teritorii administrative (35 raioane și 2 municipii- Chișinău și Bălți) s-a constatat că, la data de 01 ianuarie 2016, în evidență la nivelul sistemului de sănătate se aflau 180 010 copii cu vârsta de până la 5 ani. Dintre ei, cu maladii cronice – 17 909 copii sau 9,9% din numărul total de copii de vârsta respectivă și cu dizabilitate stabilită de aceeași vârstă – 2 183 copii sau 1,2% din numărul total de copii de vârsta respectivă (Figura 7.1.1).

Figura 7.1.1. Structura generală a copiilor cu vârsta de până la 5 ani pe țară (total/ cu maladii cronice/ cu dizabilități – cifre absolute/ %)



Studiul a constatat că există discrepanțe statistice în evidența copiilor, inclusiv a celor cu dizabilități. Conform datelor prezentate de către structurile teritoriale de asistență socială și protecție a familiei, în evidența acestora, la data de 01 ianuarie 2016, erau 1339 copii cu dizabilități, cu vârsta cuprinsă între 0-5 ani. Totodată, la aceeași dată, în evidența sistemului de sănătate erau 2 183 copii cu dizabilități cu vârsta cuprinsă între 0-5 ani.

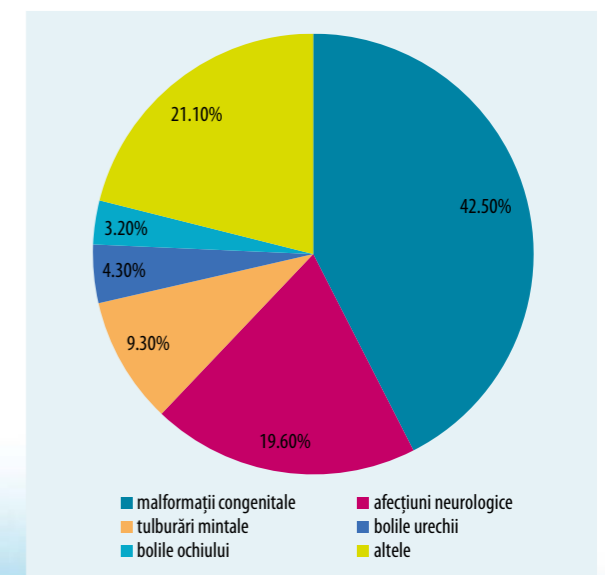
Conform informațiilor colectate din instituțiile medicale, circa 6% sau 10 740 copii din numărul total de copii cu vârsta de până la 5 ani sunt în evidență ca

copii din familii în situație de risc. În același timp, evidențele structurilor teritoriale de asistență socială din aceleași teritorii administrative indică o pondere de două ori mai mică (circa 3% sau 6 375 copii), iar discordanța constatată reprezintă un argument în defavoarea unei colaborări intersectoriale eficiente între cele două sisteme.

Aceste discrepanțe sunt explicate prin lipsa unui loc stabil de trai al familiilor cu copii mici în situație de risc și drept rezultat – migrația internă frecventă a acestor familii, prin fluctuația cadrelor din sistemul de asistență medicală primară și asistență socială comunitară care generează neconcordanțe în procesul de evidență, asistență și referire a cazurilor.

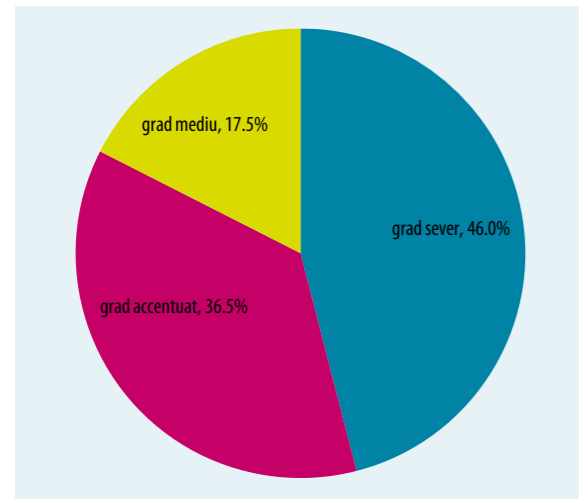
Spectrul de patologii care cauzează dizabilitatea la copii identificați în procesul de elaborare a actualului Studiu coincide cu datele de la nivel internațional. Astfel, pe prim plan se situează malformațiile congenitale, cu o pondere de 42,5%, urmate de afecțiunile neurologice cu 19,6% și tulburările mentale și de comportament cu 9,3% (Figura 7.1.2).

Figura 7.1.2. Structura dizabilității în rândul copiilor cu vârsta de până la 5 ani, după principalele patologii (%)



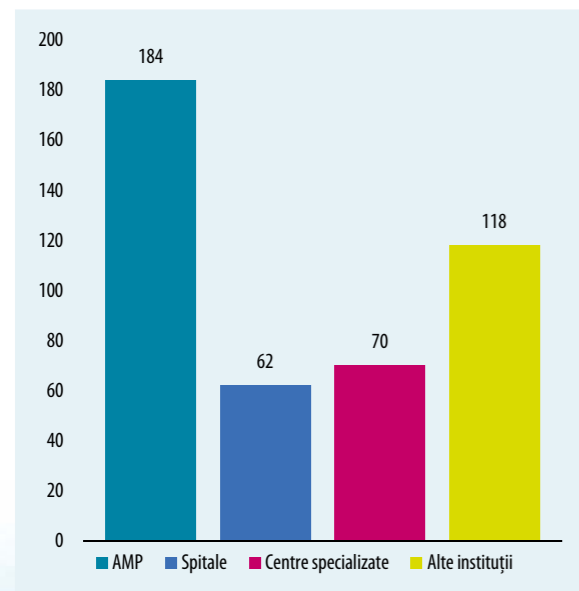
Totodată, s-a constatat că aproape jumătate din toți copiii cu vârsta de până la 5 ani, le-a fost stabilit gradul sever de dizabilitate (46%), gradul accentuat și mediu fiind apreciat la 36,5% și 17,5% respectiv (Figura 7.1.3).

Figura 7.1.3. Structura dizabilității în rândul copiilor cu vârsta de până la 5 ani după gradul de severitate (%)



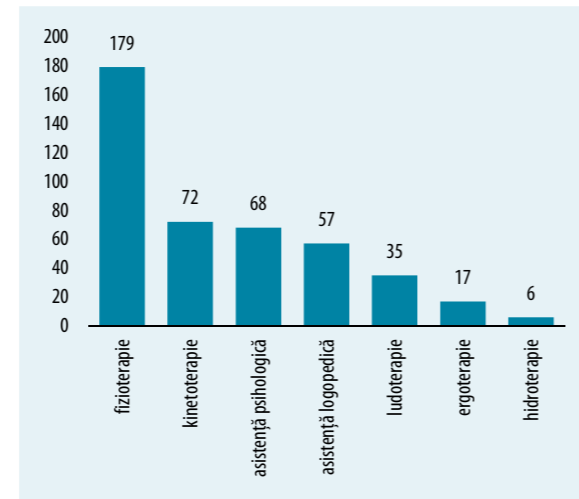
Serviciile medicale de abilitare/ reabilitare adresate copiilor cu vârsta de până la 5 ani și familiilor acestora din toate teritoriile administrative, erau prestate în cadrul asistenței medicale primare, asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicești (la nivel de spital raional) și, la necesitate, la nivel terțiar, în cadrul instituțiilor medicale republicane (Figura 7.1.4).

Figura 7.1.4. Structura Instituțiilor care prestează servicii de abilitare/ reabilitare (cifre absolute)



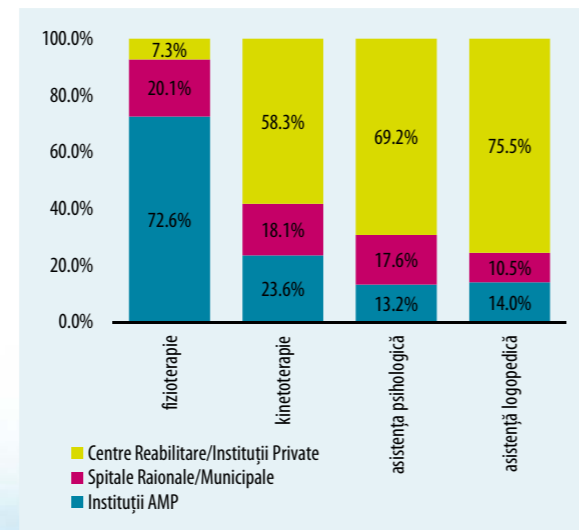
Analizând spectrul de servicii de abilitare/ reabilitare oferite de către aceste instituții, s-a constatat că 179 din ele prestează servicii de fizioterapie, 72 – kinetoterapie, 68 – asistență psihologică, 57 – asistență logopedică, celelalte tipuri de servicii având o reprezentare ne semnificativă (Figura 7.1.5).

Figura 7.1.5. Numărul de instituții și tipurile de servicii de abilitare/ reabilitare, oferite copiilor cu vârsta de până la 5 ani, în toate teritoriile administrative (cifre absolute)



Rezultatele evaluării au scos în evidență faptul că spectrul serviciilor prestate la nivelul asistenței medicale primare este destul de limitat, fiind reprezentat cel mai frecvent de fizioterapie (în 72,6%), alte servicii (kinetoterapie, asistență logopedică/ psihologică) sunt prestate într-un număr mic de instituții (Figura 7.1.6.)

Figura 7.1.6. Spectrul de servicii de abilitare/ reabilitare în funcție de instituțiile prestatoare (%)



Cel mai vast spectru de servicii de abilitare/ reabilitare sunt oferite de Centrele de Reabilitare și instituțiile private, care sunt preponderent amplasate în mun. Chișinău și Bălți și care nu sunt accesibile pentru toate categoriile de copii.

Având în vedere spectrul modest de servicii de abilitare/ reabilitare la nivelul sistemului de sănătate și accesibilitatea redusă a acestora, doar 35% copii cu vârsta de până la 5 ani, cu maladii cronice, au beneficiat de acestea, iar copiii de aceeași vârstă cu dizabilitate stabilă, au beneficiat de servicii de abilitare/ reabilitare în doar 7% din cazuri.

Serviciile sociale adresate copilului și familiei sunt servicii relativ noi în Republica Moldova, comparativ cu serviciile medicale și cele educaționale. Aceste servicii sunt destinate copiilor și familiilor lor pentru prevenirea și depășirea situațiilor de risc social.

Indiferent de gama existentă a serviciilor sociale, nu toate unitățile administrativ-teritoriale prestează aceste servicii copiilor cu vârsta de până la 5 ani, inclusiv celor cu dizabilități.

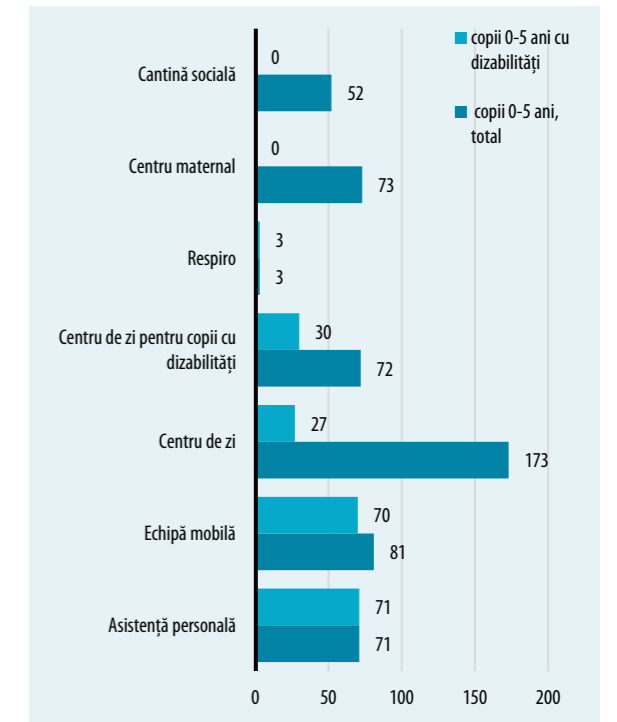
Cel mai accesibil serviciu pentru familiile cu copii este Serviciul Social de Sprijin, care la data evaluării era instituit în 19 teritorii administrative.

De menționat că acest serviciu are drept scop dezvoltarea competențelor și abilităților parentale, asigurarea unui mediu favorabil pentru dezvoltarea adecvată a copilului, reducerea riscului abuzului, neglijării și separării copilului de familie.

Un serviciu foarte important și necesar pentru familiile cu copii cu dizabilități severe este *Serviciul Asistență Personală*. La data evaluării doar 7,0% (71 copii) din copii cu dizabilitate severă cu vârsta de până la 5 ani beneficiau de acest serviciu. Și mai puțin reprezentat este *Serviciul „Echipa mobilă” („outreach”)*, de care la data evaluării beneficiau mai puțin de 1% de copii cu dizabilități cu vârsta de până la 5 ani. Deși *Serviciile de tip respiro* sunt reglementate de legislația națională, acestea nu sunt încă dezvoltate și nu sunt disponibile pentru beneficiari. La data evaluării doar 3 copii cu

vârsta de până la 5 ani cu dizabilități accesau acest serviciu (Figura 7.1.7).

Figura 7.1.7. Numărul de copii cu vârsta de până la 5 ani, beneficiari ai serviciilor sociale de sprijin (cifre abs.)



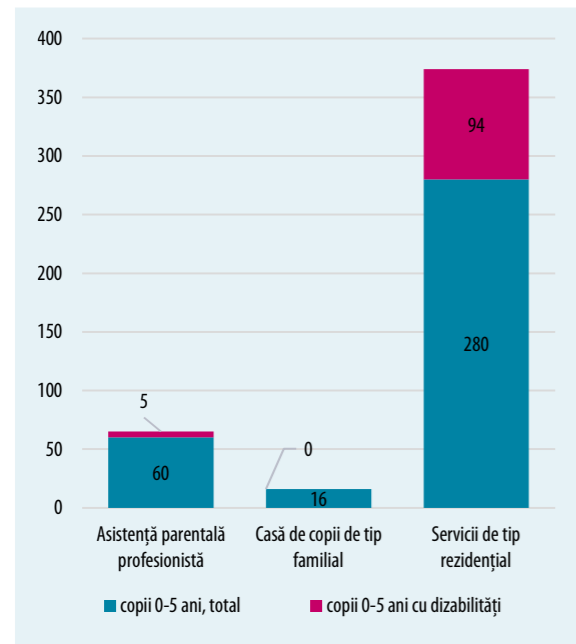
La nivel național sunt create și dezvoltate Centre/ secții maternale, scopul acestora fiind prevenirea separării copilului de familie, oferirea de suport și dezvoltarea abilităților parentale. Rezultatele Studiului atestă un număr de 73 de copii cu vârsta de până la 5 ani, plasați, la data evaluării, împreună cu mamele lor, în Centre/ secții maternale. Aceste date vin să confirme încă o dată riscurile sporite la care sunt supuși copiii de vârstă mică, precum și importanța dezvoltării serviciilor de sprijin pentru aceste categorii de familii cu copii.

Rezultatele Studiului arată că, la data colectării datelor, numărul copiilor cu vârsta de până la 5 ani plasați în servicii substitutive de tip familial (Asistență Parentală Profesionistă, Casă de Copii de Tip Familiar: 76 copii) era de circa 5 ori mai mic decât cel al copiilor de aceeași vârstă, aflați în plasament rezidențial (Centre de plasament pentru copii de vârstă fragedă: 280 copii). Fiecare al 5-lea copil din serviciile substitutive de tip familial a fost plasat în regim de urgență.

Circa 8,0% din copiii cu vârsta de până la 5 ani (5 copii), plasați în servicii substitutive de tip familial, erau copii cu dizabilități.

Rezultatele Studiului atestă că 33,6% (94 copii) din cei 280 de copii cu vârsta de până la 5 ani, aflați în plasament rezidențial aveau dizabilitate stabilită. Totodată, 202 copii (72%) erau plasați în afara raionului de origine a copilului. (Figura 7.1.8).

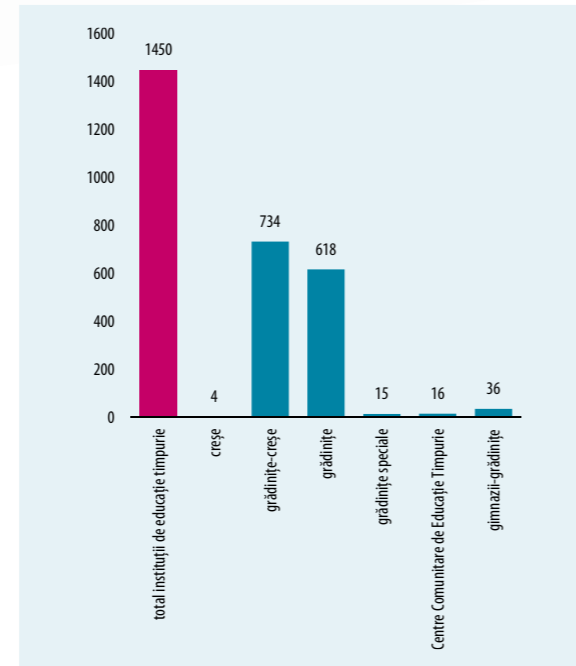
Figura 7.1.8. Numărul de copii cu vârsta de până la 5 ani, beneficiari ai serviciilor de plasament (cifre abs.)



Se constată, astfel, că numărul serviciilor substitutive de tip familial nu este încă suficient și nu acoperă necesitățile tuturor copiilor mici în situație de risc, inclusiv cu dizabilități, o mare rată din acești copii fiind plasați, în continuare, în servicii de tip rezidențial. Acest lucru este alarmant și indică clar asupra lipsei serviciilor de sprijin, inclusiv de intervenție timpurie, pentru copiii mici și familiile acestora la nivel local, precum și asupra necesității dezvoltării lor.

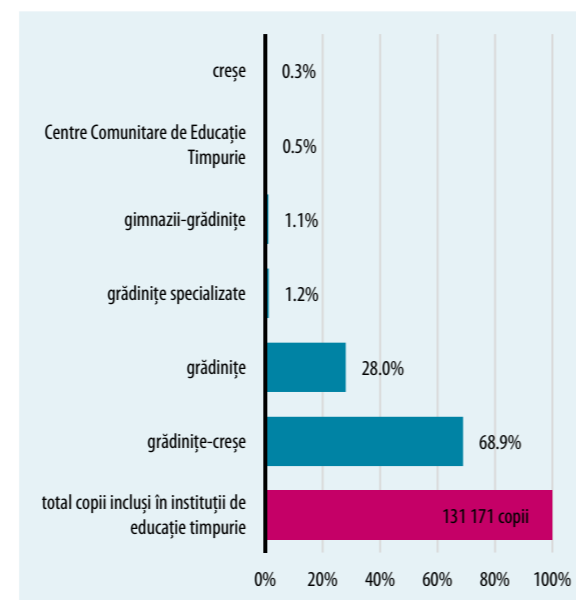
În procesul elaborării, Studiul a cuprins și segmentul serviciilor educaționale oferite copiilor cu vârsta de până la 5 ani. Serviciile de educație pentru acest grup de copii erau prestate, conform datelor Studiului, în 1450 de instituții de educație timpurie. Majoritatea din acestea o constituiau grădinițele-creșe (734) și grădinițele (618 instituții) (Figura 7.1.9).

Figura 7.1.9. Structura instituțiilor de educație timpurie, din toate teritoriile administrative (cifre abs.)



În instituțiile de educație timpurie erau incluși 131 170 copii, dintre care circa 70% frecventau grădinițele-creșe; 28% grădinițele (Figura 7.1.10).

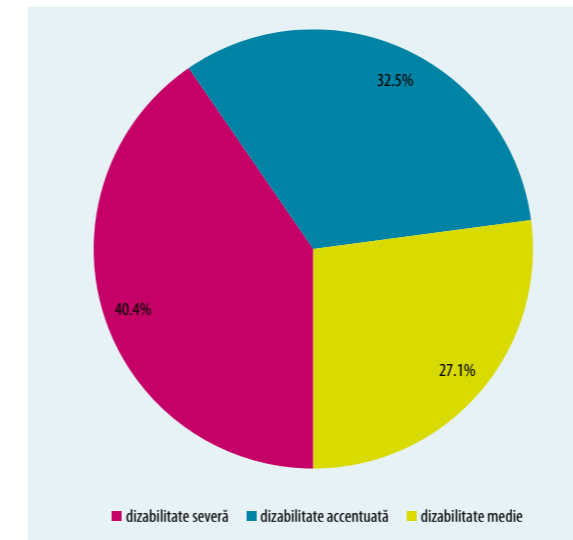
Figura 7.1.10. Ponderea copiilor cu vârsta de până la 5 ani, incluși în instituțiile de educație timpurie (%)



Studiul a demonstrat că un număr foarte mic de copii cu dizabilitate stabilită erau incluși în instituțiile de educație timpurie. Din cei 131 170 copii cu vârsta de până la 5 ani incluși în instituții de educație timpurie,

772 copii erau copii cu dizabilitate stabilită. Ponderea copiilor cu dizabilitate severă din acest grup de vârstă, beneficiari ai serviciilor de educație, reprezenta 40,4%; a celor cu dizabilitate accentuată – 32,5% și a celor cu dizabilitate medie – 27,1% (Figura 7.1.11).

Figura 7.1.11. Ponderea copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în instituții de educație timpurie după gradul de severitate, Republica Moldova (%)



În concluzie:

- Evaluarea situației copiilor cu tulburări de dezvoltare, inclusiv cu dizabilitate stabilită, efectuată în cadrul Studiului în toate cele 37 teritorii administrative a constatat că, la data de 01 ianuarie 2016 se aflau în evidență 180 010 copii cu vârsta de până la 5 ani, din ei cu maladii cronice – 17 909 (9,9%), inclusiv copii cu dizabilități – 2 183, ceea ce reprezintă 1,2%.
- Conform statisticilor oficiale, în ultimii 10 ani, dinamica indicatorilor dizabilității în rândul copiilor cu vârsta de la 0 până la 18 ani a înregistrat o diminuare la nivel național. Totodată, în structura pe vârste, copiii cu dizabilitate în vârstă de până la 3 ani reprezintă circa 5,54%, comparativ cu cei de vârstă 3-7 ani, unde ponderea este de trei ori mai înaltă (18,26%). Situația reflectă intervenții întârziate atât în identificarea copiilor cu tulburări de dezvoltare, cât și în aplicarea programelor de abilitare/ reabilitare, absolut necesare pentru diminuarea progresării maladiilor și prevenirea dizabilității în rândul copiilor.

- Malformațiile congenitale și afecțiunile neurologice reprezintă marea majoritate a patologiilor care generează dizabilitatea la copii la nivel de republică. Aproape jumătate din copiii incluși în studiu (46%) dețin grad sever de dizabilitate.
- Evidențele copiilor cu vârsta de până la 5 ani din familii în situație de risc prezentate de către sistemul de sănătate și cel de asistență socială sunt în discordanță vădită: instituțiile medicale indică 6% din numărul total de copii cu vârsta de până la 5 ani în evidență ca copii din familii în situație de risc, iar evidențele asistenței sociale din aceleași teritorii administrative – o pondere de două ori mai mică (3%). Aceste diferențe demonstrează lipsa/ insuficiența colaborării intersectoriale și asistenței interdisciplinare eficiente a copiilor cu dizabilități.
- Serviciile medicale, inclusiv serviciile de abilitare/ reabilitare adresate copiilor cu vârsta de până la 5 ani și familiilor acestora, existente în teritoriile administrative, sunt prestate la toate nivelurile: în cadrul asistenței medicale primare, asistenței medicale spitalicești la nivel de spital raional și, la necesitate, la nivel republican.
- Majoritatea serviciilor de abilitare/ reabilitare, la momentul efectuării Studiului, erau prestate în cadrul instituțiilor de Asistență Medicală Primară, fiind reprezentate cel mai frecvent de fizioterapie, de două ori mai puțin – de kinetoterapie, asistență psihologică, logopedică etc.
- Existența unui spectru îngust de servicii de abilitare/ reabilitare la nivel de teritorii au permis ca doar 35% din copiii cu vârsta de până la 5 ani cu maladii cronice să beneficieze de aceste servicii, iar copiii de aceeași vârstă cu dizabilitate stabilită au beneficiat de servicii de abilitare/ reabilitare în doar 7,0% cazuri.
- Implicarea sistemelor de asistență socială și cel educațional este insuficientă, serviciile de intervenție timpurie la copii fiind axate, preponderent, pe identificarea tulburărilor de dezvoltare și programe medicale de tratament.

VIII. REZULTATELE EVALUĂRII ÎN RAIOANELE INCLUSE ÎN STUDIU

8.1. SITUAȚIA COPILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILITĂ) ȘI A SERVICIILOR ADRESATE ACESTORA

În categoria „copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită)” au fost incluși copiii care au întrunit criteriile de eligibilitate stipulate în Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea serviciilor de intervenție timpurie și Standardele minime de calitate pentru serviciile de intervenție timpurie, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 816 din 30.06.2016⁷⁴.

8.1.1. DATE GENERALE DESPRE COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILITĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

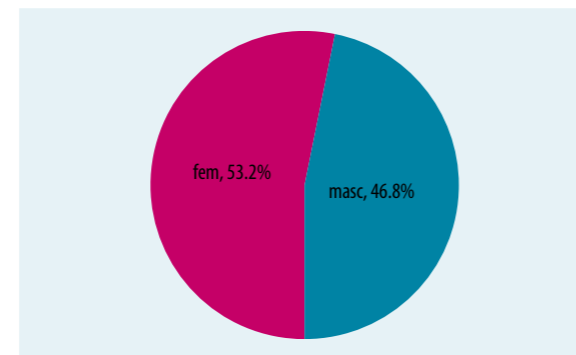
Eșantionul respectiv a cuprins 538 copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), din 113 localități din 7 raioane (Ialoveni, Florești, Nisporeni, Soroca, Comrat, Ceadr Lunga, Vulcănești).

Chestionarele au fost completate de către medicii de familie, în baza documentației medicale primare a copilului.

Din numărul total de copii incluși în Studiu, 53,2% au fost fete și 46,8% – băieți (Figura 8.1.1). Studiul a constatat că raportul fete/ băieți în categoria copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare

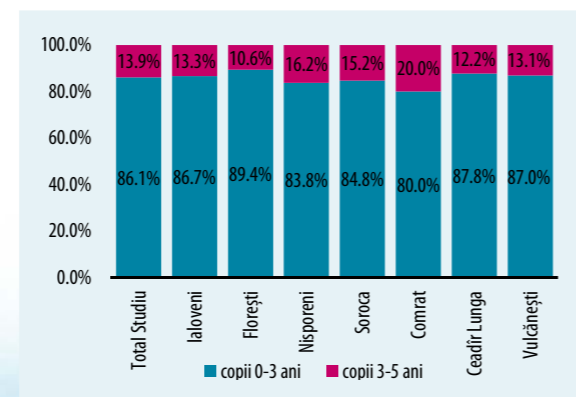
(fără dizabilitate stabilită) diferă nesemnificativ de la un teritoriu administrativ la altul.

Figura 8.1.1. Structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu, în dependență de gen (%)



Analizând structura în funcție de vârstă a copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) s-a constatat că cei în vârstă de la 0 până la 3 ani constituie majoritatea celor incluși în Studiu, ponderea depășind 80% (Figura 8.1.2). Această situație poate fi explicată prin segmentele diferite de vârstă comparate (copii sub 3 ani și copii de la 3 până la 5 ani) și poate fi condiționată de supravegherea ambulatorie mai strictă a copiilor, realizată de către lucrătorii medicali până la vârsta de 3 ani, cu identificarea semnelor tulburărilor de dezvoltare manifeste.

Figura 8.1.2. Structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu, în dependență de vârstă și teritoriul administrativ (%)

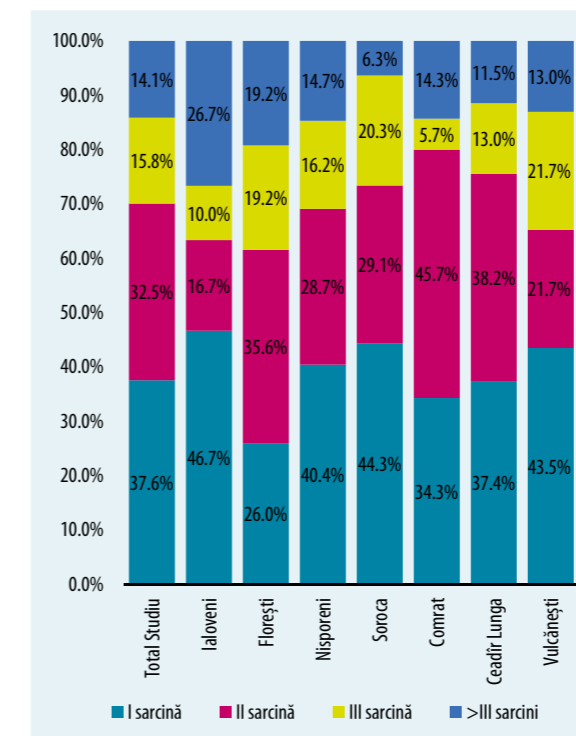


8.1.2. INFORMAȚII PRIVIND PERIOADA ANTENATALĂ DE DEZVOLTARE A COPILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILITĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

Informațiile privind dezvoltarea intrauterină a copiilor în vârstă de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) s-au bazat pe datele colectate din documentația medicală primară, precum și din răspunsurile obținute în cadrul chestionării lucrătorilor medicali din asistența medicală primară.

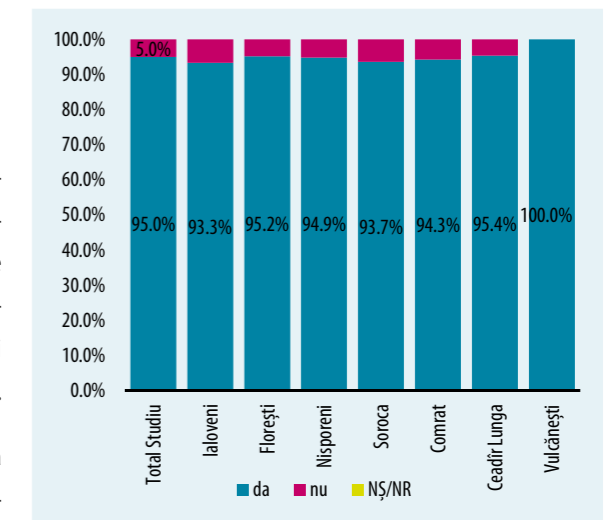
Astfel, studiul a constatat că 2/3 din copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) provin din I-a și II-a sarcină (70,1%) (Figura 8.1.3).

Figura 8.1.3. Rangul sarcinii în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Majoritatea sarcinilor din care provin copiii cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) au fost sub supraveghere medicală (95,0% din cazuri), situație caracteristică pentru toate raioanele evaluate (Figura 8.1.4).

Figura 8.1.4. Rata supravegherii sarcinii, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Cu toate acestea, nu în toate cazurile supravegherea medicală în sarcină a fost realizată în corespundere cu Standardele medicale în vigoare. Studiul a constatat că numai 77,5% din femeile gravide au fost supravegheate conform Standardelor de supraveghere a femeilor gravide în condiții de ambulator, fiind mai jos decât media pe Republică (81,7%)⁷⁵ (Figura 8.1.5).

Figura 8.1.5. Rata supravegherii sarcinii în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu, conform Standardelor de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulator (%)



⁷⁵ Anuar Statistic la sistemului de sănătate din Moldova, 2016. Centrul Național de Management în Sănătate

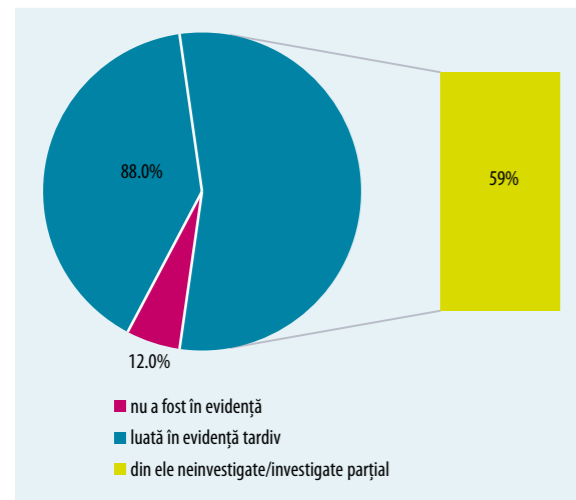
⁷⁴ <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=365709>

Totodată, supravegherea medicală mai joasă, în raport cu Standardele medicale aprobate, s-a constatat în raioanele Soroca (68,4%) și Nisporeni (69,1%).

S-au evidențiat 2 cauze principale care au condus la nerespectarea Standardelor de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulator: în 88% a fost luarea tardivă a sarcinii în evidență medicală și în 12% femeia gravidă nu a stat în evidență medicală.

Această situație a condus la neinvestigarea sau investigarea parțială a acestora, cu o pondere de 59% din numărul total de femei gravide care nu au fost supravegheate în conformitate cu Standardele respective (Figura 8.1.6).

Figura 8.1.6. Cauzele nesupravegherii sarcinii, conform Standardelor de supraveghere a femeilor gravide în condiții de ambulator, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)

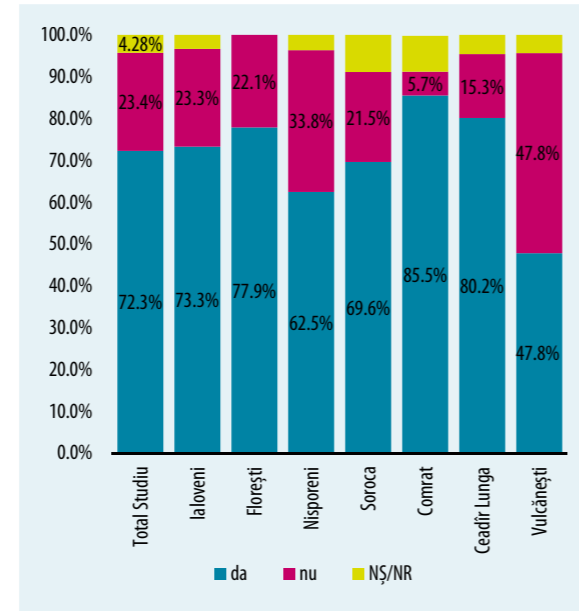


Atât lipsa evidenței medicale, cât și evidența începând cu un termen avansat de sarcină, au creat impedimente în efectuarea oportună a investigațiilor prevăzute de către Standardul medical în vigoare și pentru intervențiile incluse în Protocoalele Clinice, corespunzătoare patologiilor identificate în sarcină.

Astfel, protocolul de administrare a acidului folic în timpul sarcinii, din care provin copiii cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu, nu a fost respectat în 23,4%. Aceasta înseamnă că, practic fiecare a 4-a femeie gravidă nu a efectuat profilaxia malformațiilor congenitale în sarcină. Cel mai

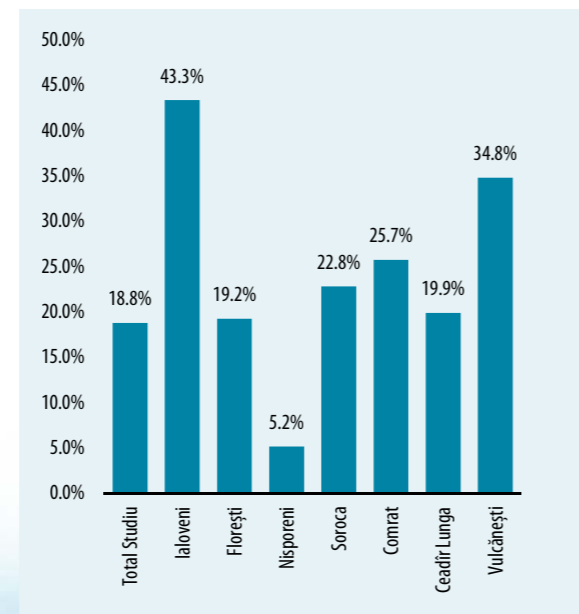
jos nivel s-a constatat în raionul Vulcănești, unde fiecare a 2-a femeie gravidă nu a primit acid folic în timpul sarcinii (Figura 8.1.7).

Figura 8.1.7. Rata administrării acidului folic în timpul sarcinii în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



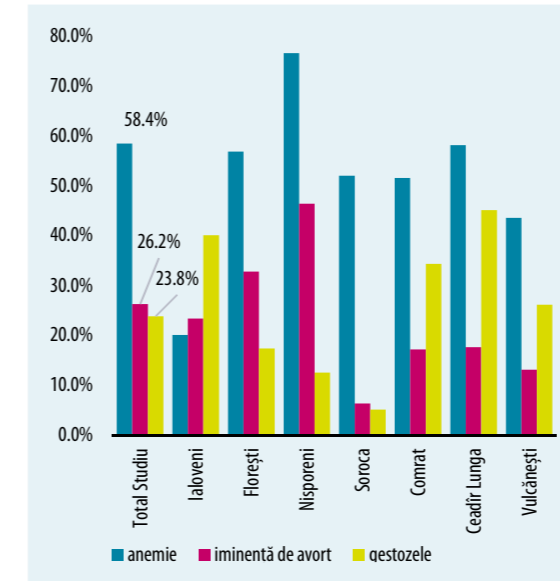
Cercetarea evoluției sarcinii a demonstrat că numai în 18,8% cazuri sarcina a decurs fără particularități, în majoritatea cazurilor fiind consemnate diverse patologii (Figura 8.1.8).

Figura 8.1.8. Rata sarcinilor care au decurs fără particularități, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



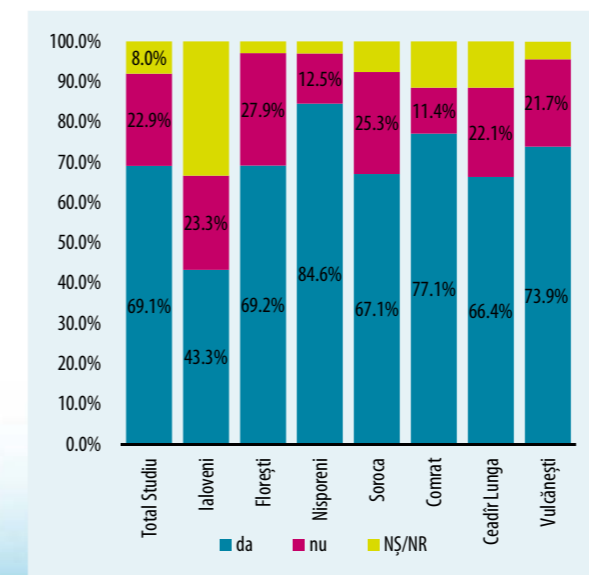
Cele mai frecvente patologii identificate în timpul sarcinii au fost reprezentate de către anemie, iminență de avort și gestoze (Figura 8.1.9). De menționat că, fiecare a 2-a femeie gravidă din acest grup al Studiului a avut anemie în timpul sarcinii (58,4%).

Figura 8.1.9. Patologiile identificate în timpul sarcinii, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



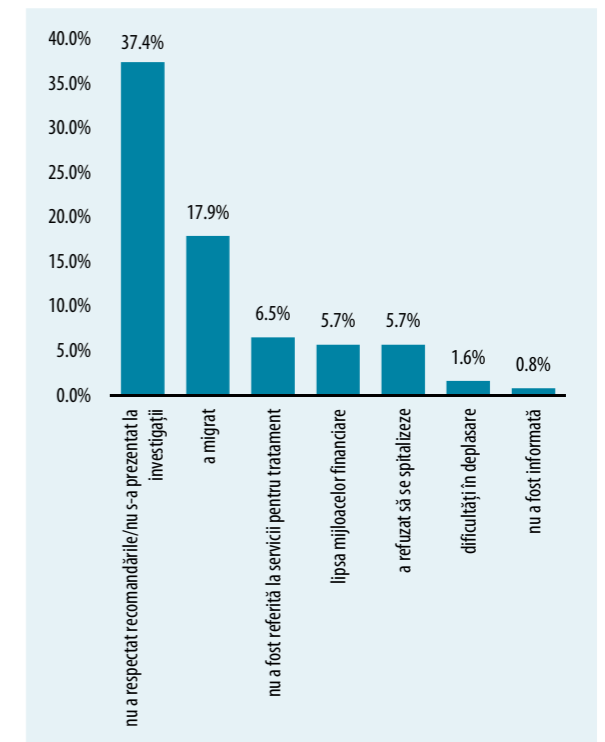
În funcție de patologii identificate, 69,1% din femeile gravide au primit tratament în timpul sarcinii (Figura 8.1.10).

Figura 8.1.10. Ponderea femeilor gravide, care au primit tratament în timpul sarcinii pentru patologii identificate, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Respondenții Studiului (lucrătorii medicali din asistența medicală primară) au enumerat cele mai frecvente cauze ce au condus la neadministrarea tratamentelor în timpul sarcinii pentru patologii identificate, acestea fiind în circa 37% – nerespectarea recomandărilor medicilor/ neprezentarea la efectuarea investigațiilor medicale, iar în circa 17% – migrarea femeii gravide (Figura 8.1.11).

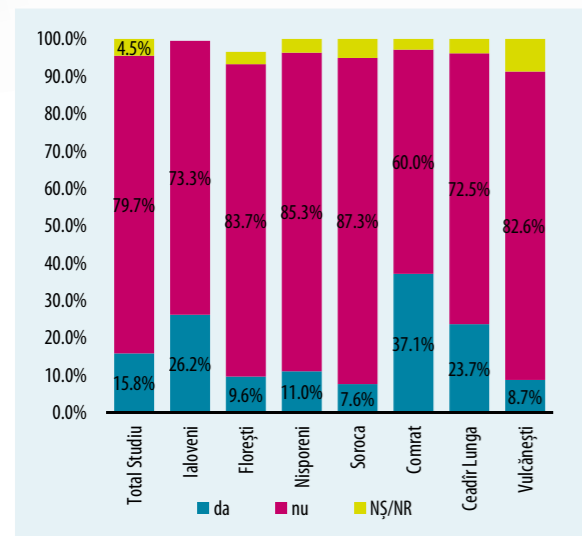
Figura 8.1.11. Cauzele care au condus la neadministrarea tratamentului în timpul sarcinii pentru patologii identificate, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



8.1.3. DEPISTAREA ANTENATALĂ A ANORMALITĂȚILOR ÎN DEZVOLTAREA FĂTULUI ÎN STRUCTURA COPILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

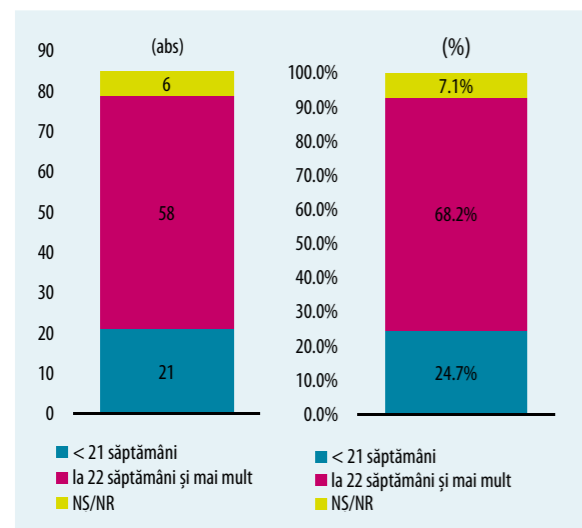
Studiul a constatat că, la 15,8% din copii incluși în Studiu, anumite semne de anormalități au fost suspectate/ depistate încă în perioada de dezvoltare intruterină (Figura 8.1.12).

Figura 8.1.12. Ponderea femeilor gravide, la care au fost suspectate semne de anormalități în dezvoltarea fătului, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



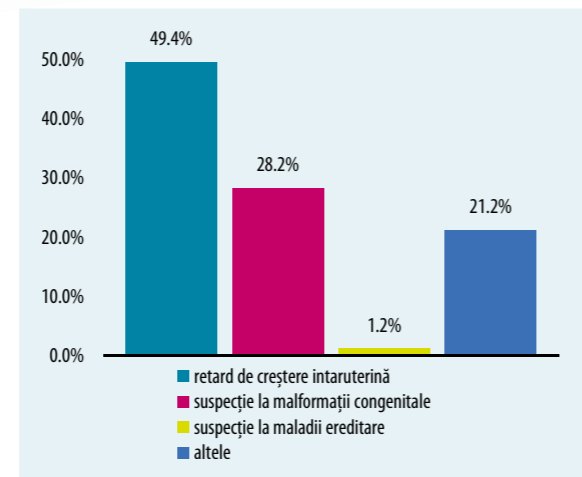
De asemenea, s-a constatat că din numărul total de cazuri, în 68,2% au fost suspectate tardiv semne de anormalități în dezvoltarea intrauterină a fătului, după termenul de 22 săptămâni de gestație (Figura 8.1.13).

Figura 8.1.13. Termenul de sarcină la care s-au depistat semne de anormalități în dezvoltarea fătului în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (abs.,%)



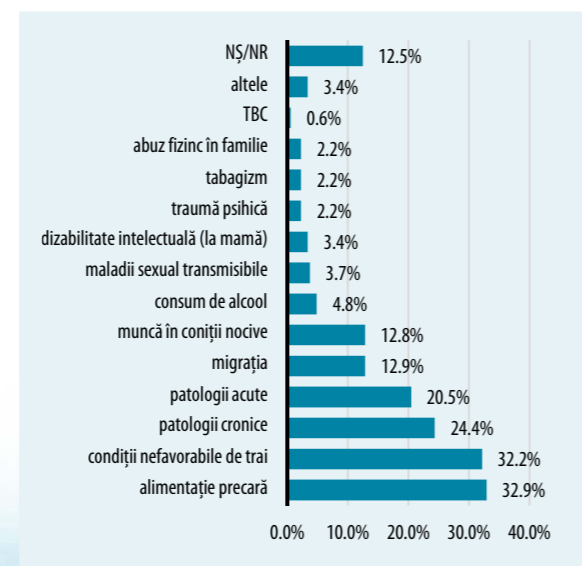
Cele mai frecvente anormalități în dezvoltarea fătului, depistate în timpul sarcinii, au fost reprezentate de către retardul de creștere intrauterină (RCIU) (49,4%) și malformațiile congenitale (28,2%) (Figura 8.1.14).

Figura 8.1.14. Anormalitățile în dezvoltarea fătului, depistate în timpul sarcinii, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Analiza factorilor care ar fi putut influența negativ dezvoltarea fătului în perioada sarcinii, arată că pe prim plan se situează alimentația precară în timpul sarcinii (32,9%), condițiile nefavorabile de trai (32,2%), urmate de patologiile cronice (24,4%) și acute (20,5%). Concomitent, ca factori nefavorabili în perioada sarcinii, Studiul evidențiază și munca în condiții nocive a femeii gravide, de rând cu migrația în acest grup de populație, cu o pondere echivalentă de 12% (Figura 8.1.15). Deseori, evoluția sarcinii a fost influențată de factori multipli.

Figura 8.1.15. Factorii nefavorabili constatați în perioada sarcinii în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



8.1.4. ASISTENȚA ÎN NAȘTERE DE CARE AU BENEFICIAT COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

Studiul constată că practic fiecare al treilea copil cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) s-a născut înainte de termen (33,6%), comparativ cu ponderea generală a nașterilor premature pe țară, indicatorul căreia constituie în Republica Moldova, conform statisticilor oficiale, 2,8%⁷⁶ (Figura 8.1.16).

Datele Studiului indică o corelație directă între rata joasă de supraveghere a sarcinii, conform Standardelor medicale în vigoare, și rata înaltă a copiilor născuți prematuri (raioanele Soroca, Nisporeni).

Figura 8.1.16. Termenul sarcinii la care s-au născut copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)

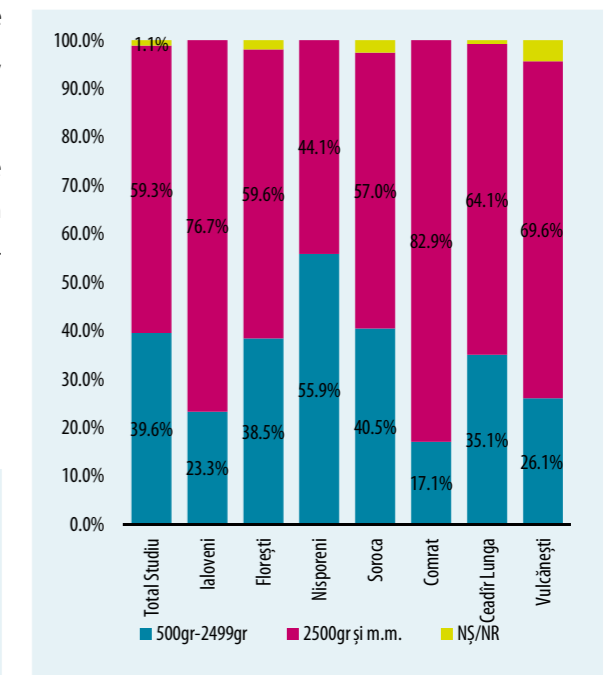


Circa 60% copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) s-au născut

cu masa corporală < 2499 gr (Figura 8.1.17). Pentru comparație, ponderea născuților cu masă mică la naștere în Republica Moldova, conform statisticilor oficiale, constituie 5,0%⁷⁷.

Cei mai mulți copii născuți cu masa corporală < 2499 gr s-au atestat în raioanele Nisporeni (55,9%), Soroca (40,5%) și Florești (38,5%).

Figura 8.1.17. Masa corporală a copilului la naștere în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



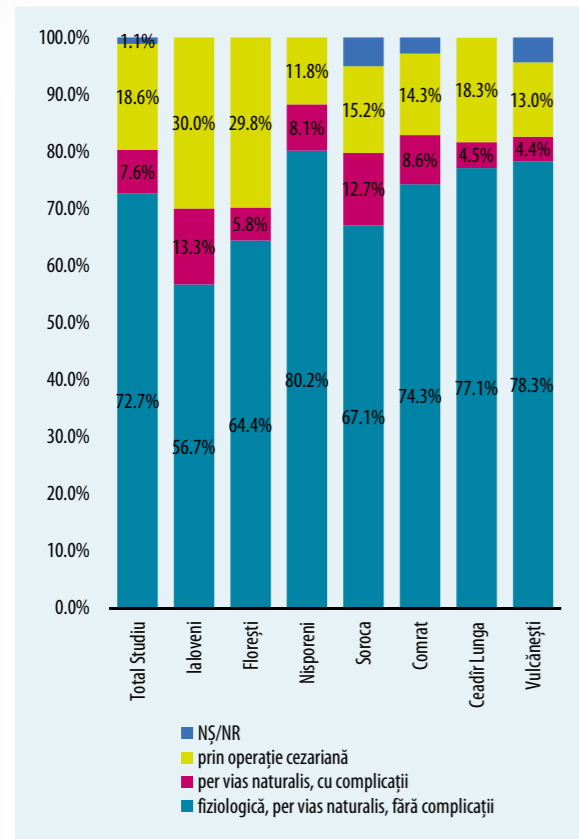
De menționat că, practic toate nașterile (99,8%) au fost asistate de către lucrătorii medicali în cadrul instituțiilor medicale. Ponderea nașterilor în afara instituțiilor medicale în Republica Moldova, conform statisticilor oficiale, constituie 0,5%⁷⁸.

Totodată, Studiul a constatat o pondere a nașterilor patologice de 7,6%, iar cele produse prin operație cezariană au constituit, în mediu, 18,6%. De menționat că în unele raioane evaluate (Ialoveni, Florești), operația cezariană a fost efectuată în circa 30% din cazurile nașterii copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), adică conduita în fiecare a 3-a naștere a fost chirurgicală (Figura 8.1.18).

⁷⁷ Centrul Național de Management în Sănătate, 2016

⁷⁸ Centrul Național de Management în Sănătate, 2016

Figura 8.1.18. Ponderea nașterilor patologice, inclusiv prin operație cezariană, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)

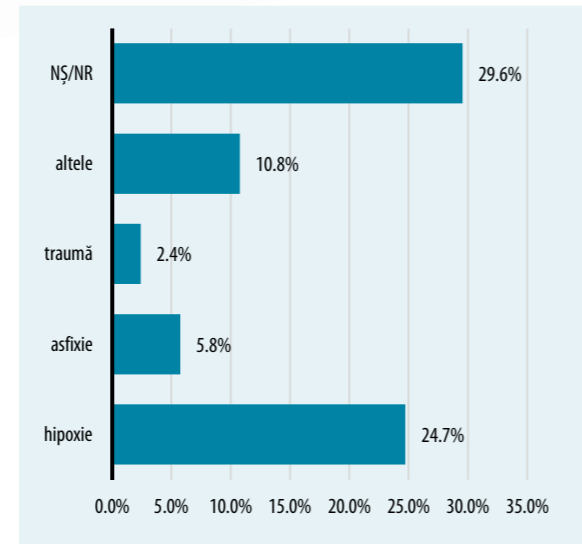


8.1.5. ASISTENȚĂ ÎN PERIOADA NEONATALĂ DE CARE AU BENEFICIAT COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

Informația privind perioada neonatală s-a bazat pe documentația medicală primară și datele prezentate în cadrul interviului lucrătorilor medicali din cadrul asistenței medicale primare.

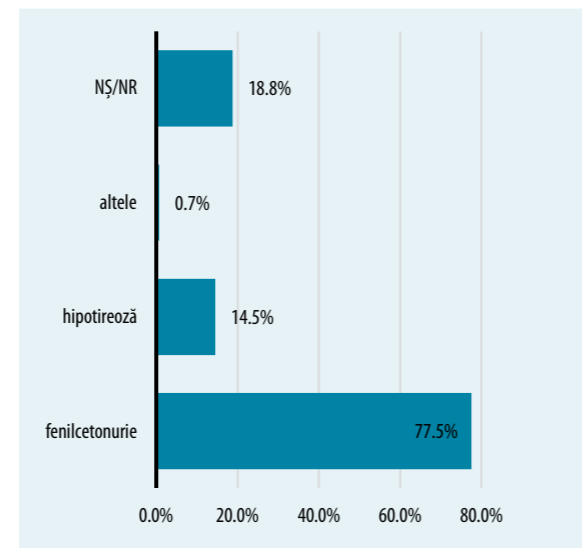
Astfel, analizând evoluția perioadei neonatale în cazurile nașterii copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) s-a constatat că, în 24,7%, la naștere a fost consemnată hipoxia fătului, urmată de asfixie și traume natale. Totodată, în 29,6% cazuri nu a fost primit un răspuns concret privind patologii identificate la naștere, fapt ce ridică întrebări legate de documentarea adecvată a cazurilor (Figura 8.1.19).

Figura 8.1.19. Patologiile identificate la naștere, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



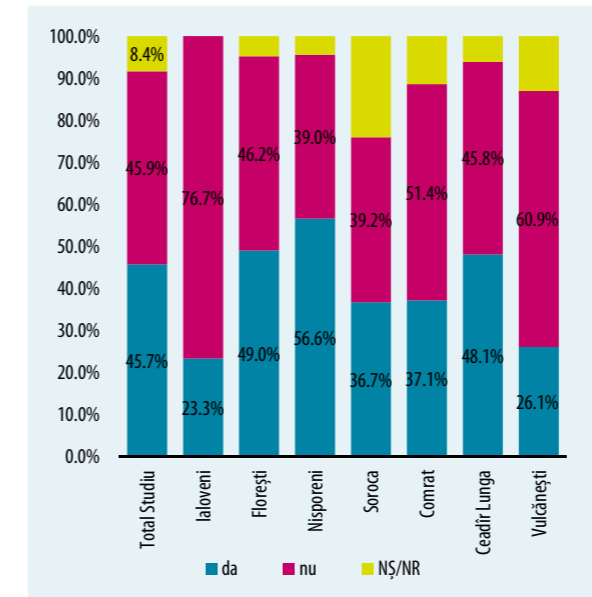
Screening-ul neonatal cel mai listat a fost screening-ul la fenilcetonurie, cu o pondere de 77,5%. De menționat că, screening-ul neonatal la hipotireoză nu este disponibil la noi în țară (Figura 8.1.20).

Figura 8.1.20. Rata aplicării testelor de screening neonatal în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Dupa cum arată datele Studiului, în 45,7% din cazurile patologice care a determinat tulburarea de dezvoltare ulterioară la copil, a fost identificată la naștere. Identificarea patologiilor la naștere este de 2 ori mai joasă în raioanele Ialoveni (23,3%) și Vulcănești (26,1%) (Figura 8.1.21).

Figura 8.1.21. Identificarea patologiei la naștere în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Totodată, Studiul demonstrează că, primele stări patologice și intervenții medicale, practic la fiecare al 3-lea copil (32,5%) cu tulburare de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), s-au notat în perioada neonatală (Figura 8.1.22). Cele mai frecvente dintre acestea au fost infecțiile (15,2%) și detresa respiratorie (11,3%) (Figura 8.1.23).

Figura 8.1.22. Stările patologice, constatate în perioada neonatală, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)

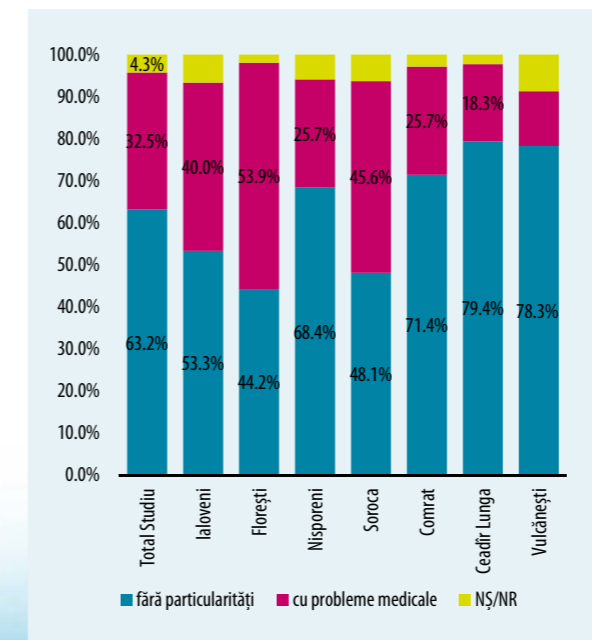
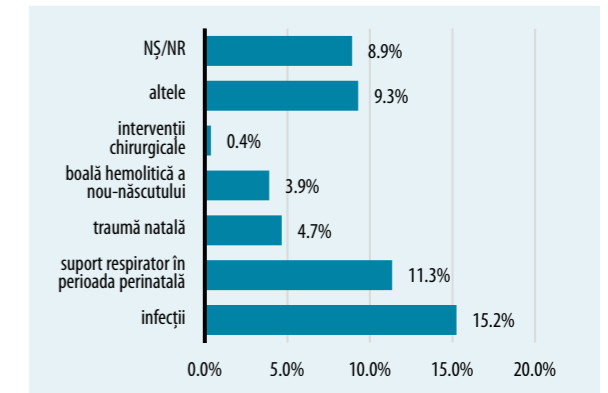


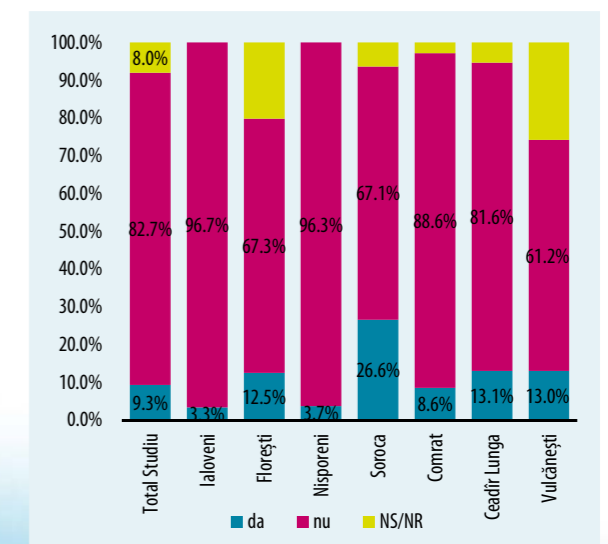
Figura 8.1.23. Stările patologice, constatate în perioada neonatală, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



8.1.6. SUPRAVEGHEREA ÎN CADRUL SERVICIULUI DE FOLLOW-UP NEONATAL A COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

Conform datelor anterior menționate, fiecare al 3-lea copil a fost identificat cu probleme medicale în perioada neonatală (32,5%), însă de supraveghere medicală în cadrul Serviciului de Follow-up neonatal au beneficiat doar 9,3% din copii. Această situație se reflectă practic în toate teritoriile administrative evaluate (Figura 8.1.24).

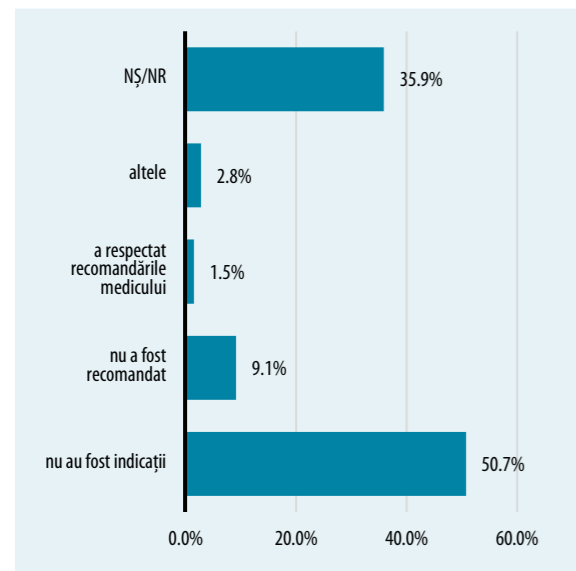
Figura 8.1.24. Rata copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu, evaluați în cadrul Serviciului de Follow-up neonatal (%)



Conform relațiilor a 50% din lucrătorii medicali din cadrul asistenței medicale primare, această situație a fost determinată de lipsa de indicații pentru supraveghere în cadrul Serviciului de Follow-up neonatal (Figura 8.1.25).

De menționat că, cel puțin 11,3% dintre copii la care s-a intervenit cu suport respirator la naștere, conform cerințelor în vigoare, au avut indicații directe de includere în acest program de supraveghere (Figura 8.1.23), fapt ce semnaleză deficiențe în mecanismul de referire și supraveghere în cadrul acestui Serviciu, precum și cunoștințe scăzute a unor lucrători medicali privind Serviciul de Follow-up neonatal.

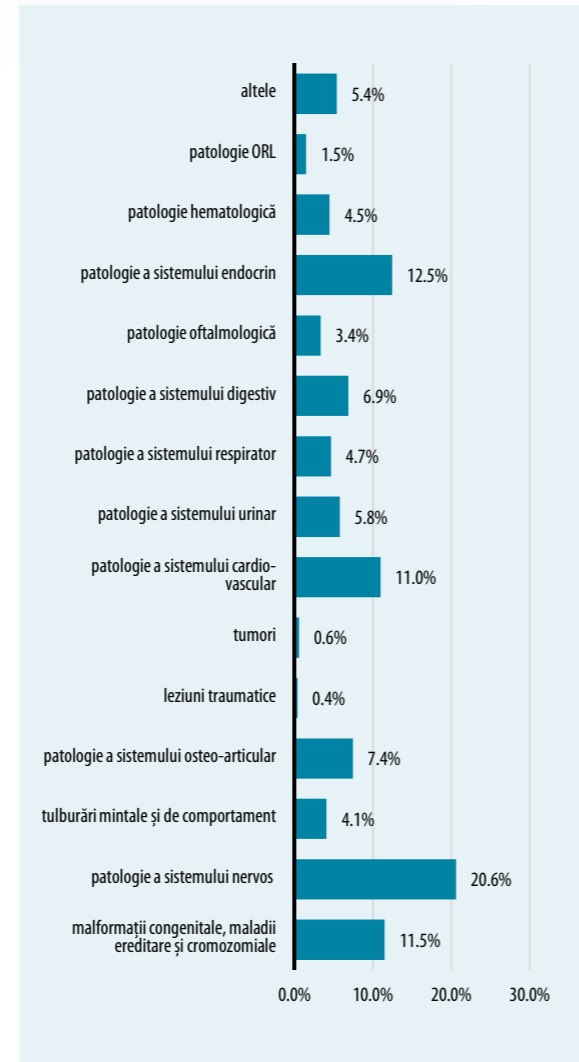
Figura 8.1.25. Cauzele principale de nesupraveghere a copiilor în cadrul Serviciului de Follow-up neonatal, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



8.1.7. STRUCTURA TULBURĂRILOR DE DEZVOLTARE A COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI INCLUȘI ÎN STUDIU

Spectrul de patologii care au cauzat ulterior tulburarea de dezvoltare la copiii incluși în Studiu a fost divers, însă patologia sistemului nervos prevalează, având o rată de 20,6%, urmată de patologia sistemului endocrin (12,5%), malformațiile congenitale, maladiile ereditare și cromozomiale (11,5%) și patologia cardio-vasculară (11,0%) (Figura 8.1.26).

Figura 8.1.26. Structura nozologică a patologiei care a cauzat tulburarea de dezvoltare la copiii cu vârsta până la 5 ani incluși în Studiu (%)

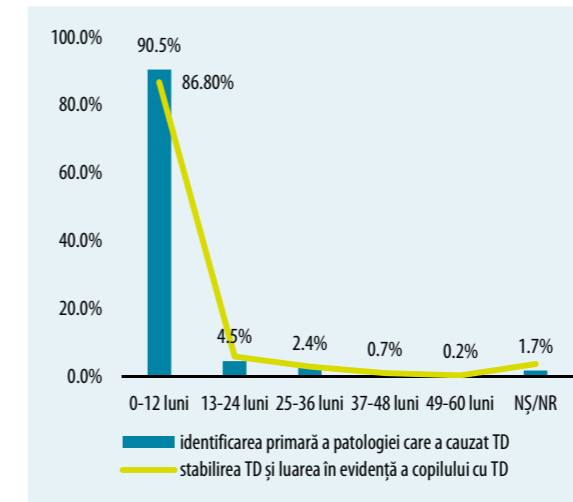


8.1.8. IDENTIFICAREA POSTNATALĂ ȘI SUPRAVEGHEREA MEDICALĂ A COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURARE DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

Studiul a demonstrat că patologia, care ulterior a cauzat tulburarea de dezvoltare, în marea majoritate de cazuri (90,5%) este identificată primar până la vârsta de 1 an a copilului.

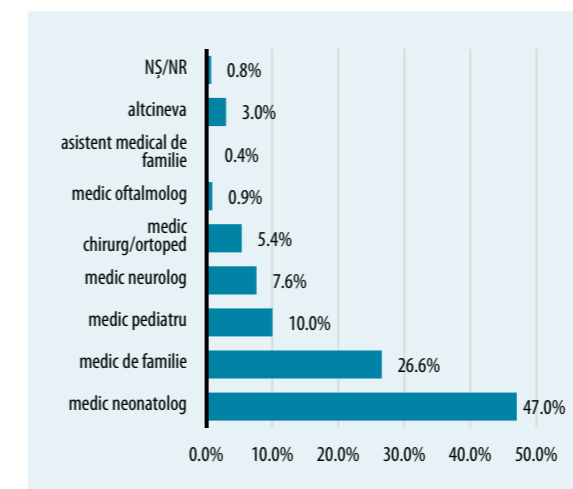
Diagnosticul tulburării de dezvoltare și luarea în evidență/ supraveghere medicală a copilului, de asemenea, este efectuată, preponderent, până la vârsta de 1 an (86,8%) (Figura 8.1.27).

Figura 8.1.27. Vârsta copilului la care a fost identificată primar patologia, care a cauzat ulterior tulburarea de dezvoltare, și termenul de stabilire/ luare în evidență a copiilor cu tulburări de dezvoltare incluși în Studiu (%)



Totodată, Studiul constată că, cel mai frecvent, patologia, care ulterior a cauzat tulburarea de dezvoltare, este identificată la naștere sau în perioada neonatală precoce de către medicul neonatolog (47,0%), urmat de medicul de familie (26,6%) și medicul pediatru (10,0%) (Figura 8.1.28).

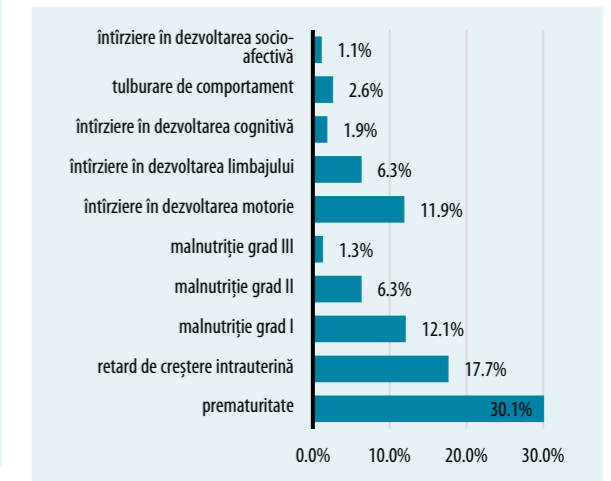
Figura 8.1.28. Specialiștii care au identificat patologia, care ulterior a cauzat tulburarea de dezvoltare în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Analiza spectrului tulburărilor de dezvoltare la copiii cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu, evidențiază că cele mai întâlnite sunt: prematuritatea (30,1%), malnutriția cu diferit grad de manifestare (19,7%), retardul de creștere intrauterină (17,7%) și întârzierea

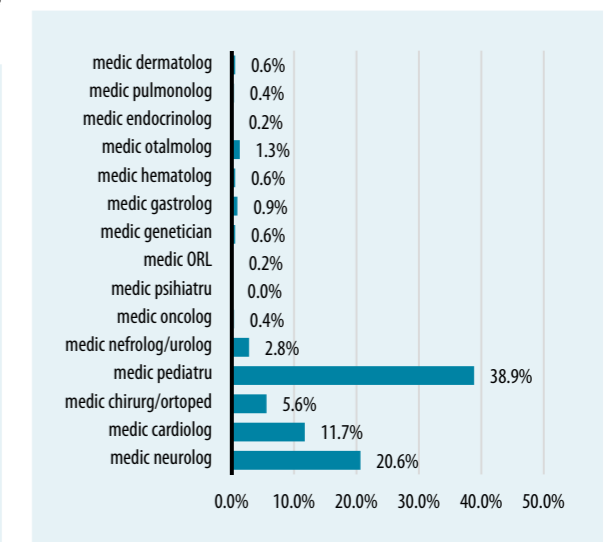
în dezvoltarea motorie cu o pondere de 11,9% (Figura 8.1.29).

Figura 8.1.29. Tipul tulburărilor de dezvoltare identificate în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu (%)



În funcție de patologia care ulterior a cauzat tulburarea de dezvoltare, copiii cu vârsta de până la 5 ani s-au aflat în evidență medicală la medicul pediatru în circa 40% cazuri, la medicul neurolog în 20,6% și la medicul cardiolog în 11,7% (Figura 8.1.30).

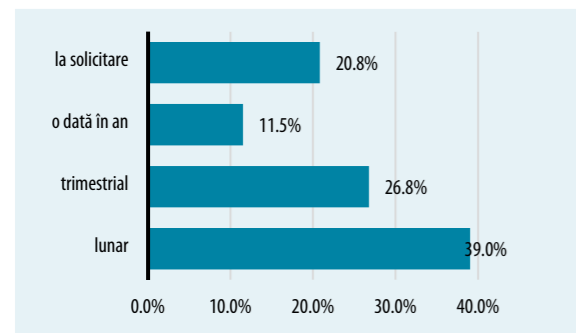
Figura 8.1.30. Specialiștii la care s-au aflat în evidență copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Conform datelor Studiului, copiii cu vârsta de până la 5 ani care s-au aflat în evidență medicală cu tulburări de dezvoltare, au fost supravegheați și examinați de către medicul de familie lunar doar în 39,0% și trimestrial – în 26,8% cazuri.

Totodată, fiecare al 5-lea copil cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare a fost vizitat de medicul de familie și la solicitarea părinților/îngrijitorilor (Figura 8.1.31).

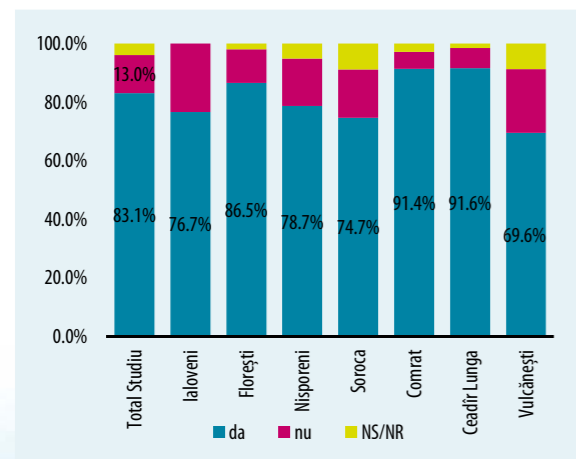
Figura 8.1.31. Frecvența vizitelor la medicul de familie pe parcursul ultimului an a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



8.1.9. SERVICIILE PRESTATE COPILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

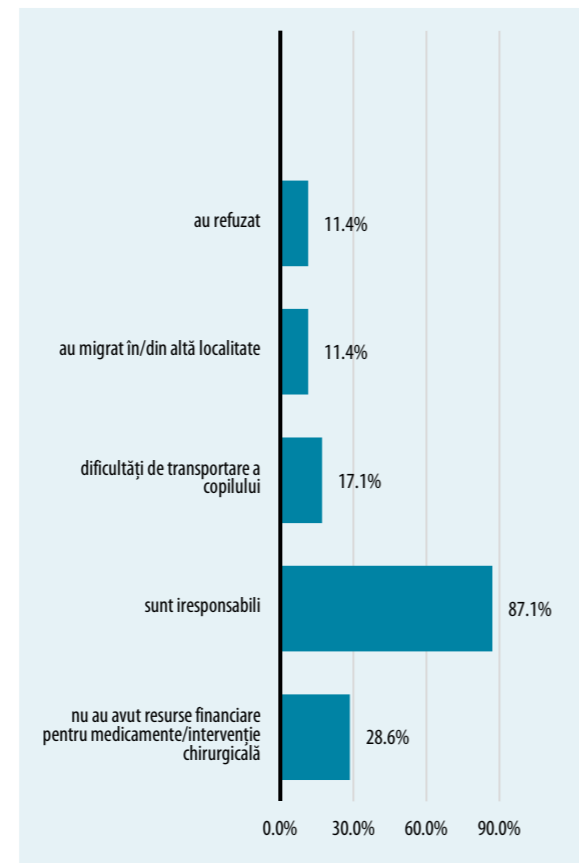
Studiul constată că, în marea majoritate a cazurilor (83,1%), familia care a avut în îngrijire un copil cu vârsta de până la 5 ani cu tulburare de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) respectă prescripțiile medicale ale medicului de familie sau ale altor specialiști (Figura 8.1.32).

Figura 8.1.32. Respectarea de către familie/îngrijitor a indicațiilor/ prescripțiilor medicului de familie și/ sau a altor specialiști care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



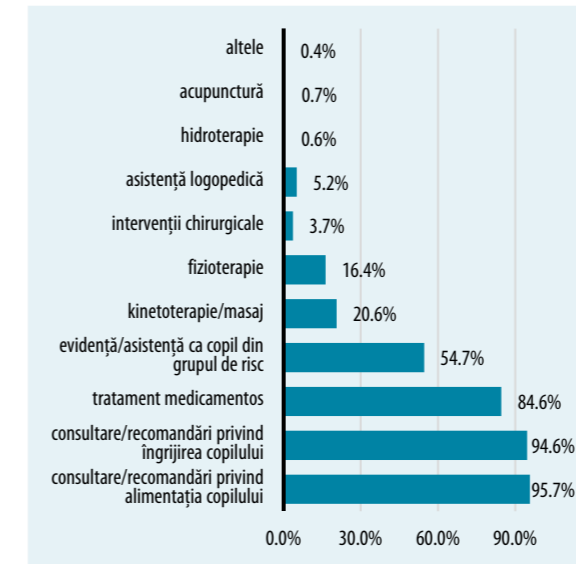
Cu toate acestea, în 13,0% cazuri părinții/îngrijitorii nu au respectat indicațiile medicale, prescrise de medicul de familie sau alți specialiști (Figura 8.1.32). În conformitate cu informația primită de la lucrătorii medicali, de cele mai dese ori, acest fapt s-a datorat iresponsabilității părinților (în 87,1%), destul de frecvent – lipsei resurselor financiare (în 28,6%) și dificultăților ce țin de deplasarea copilului către serviciile existente (17,1%) (Figura 8.1.33).

Figura 8.1.33. Determinantele care au condus la nerespectarea de către familie/îngrijitor a indicațiilor/ prescripțiilor medicului de familie și/ sau a altor specialiști, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



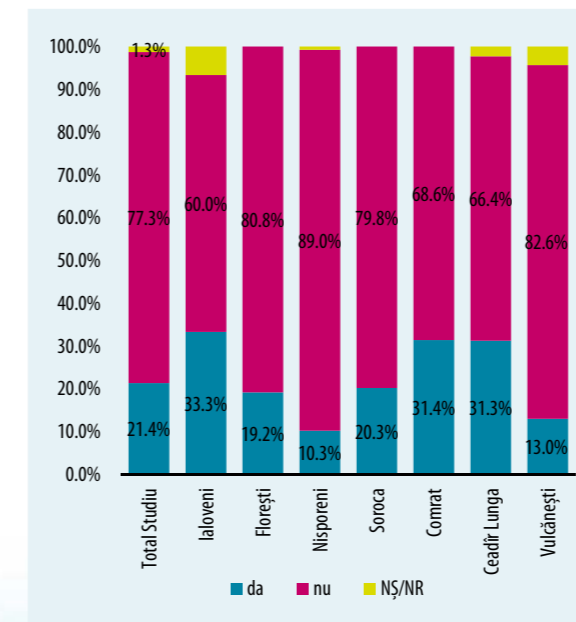
Dintre serviciile de care au beneficiat copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu, cu referire la patologia care a cauzat-o, cel mai frecvent s-a aplicat tratamentul medicamentos, administrat în 84% de cazuri, consultarea și prescrierea recomandărilor în alimentare și îngrijire (a câte 95%), urmate de asistarea acestuia ca copil din grupul de risc (54,7%) (Figura 8.1.34).

Figura 8.1.34. Serviciile medicale de care a beneficiat copilul cu vârsta de până la 5 ani cu tulburare de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu, pe parcursul ultimului an (%)



Menționăm că, în perioada desfășurării Studiului, doar 1 din 5 copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) a beneficiat de tratament de abilitare/ reabilitare (21,4%) (Figura 8.1.35).

Figura 8.1.35. Rata copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), care au beneficiat de tratament de abilitare/ reabilitare în perioada desfășurării Studiului (%)

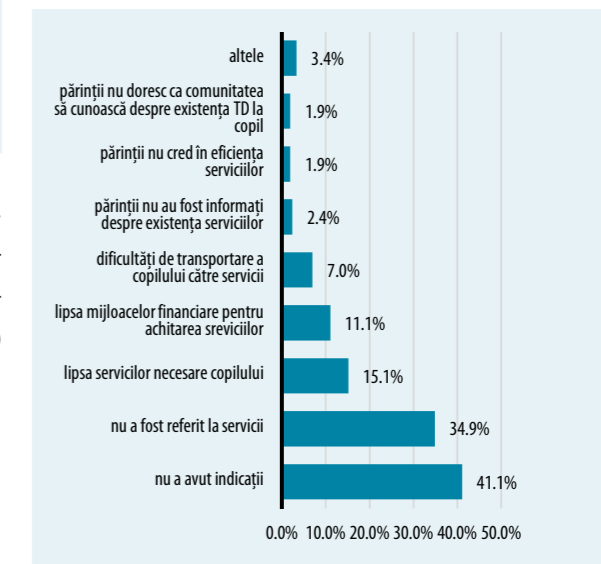


Deși toți copiii cu tulburări de dezvoltare ar avea nevoie de anumite servicii de abilitare/ reabilitare,

respondenții au menționat în 41,1% cazuri lipsa de indicații medicale pentru efectuarea tratamentului de abilitare/ reabilitare.

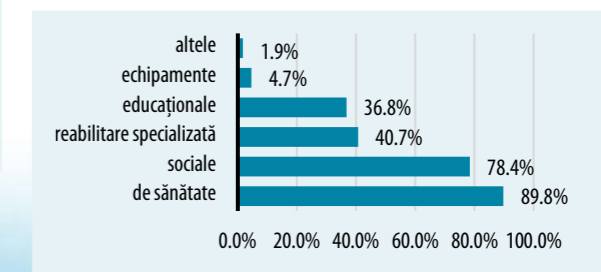
Totodată, analiza cauzelor pentru care copiii cu tulburări de dezvoltare nu au primit tratament de abilitare/ reabilitare denotă că, în circa o treime din cazuri (34,9%), copiii nu au fost referiți la servicii de acest gen sau acestea lipsesc în teritoriile respective (15,1%) (Figura 8.1.36).

Figura 8.1.36. Cauzele pentru care copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), nu au primit tratament în perioada desfășurării Studiului (%)



Conform datelor Studiului, lucrătorii medicali din cadrul asistenței medicale primare consideră prioritar, pe lângă necesitatea în servicii de sănătate (89,9%), dezvoltarea și prestarea serviciilor sociale (78,4%), serviciilor educaționale (36,8%) și a serviciilor de reabilitare specializată (40,7%) (Figura 8.1.37).

Figura 8.1.37. Serviciile de care ar fi avut sau ar putea avea nevoie copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu, pentru îmbunătățirea situației (%)



Concluzii

1. Structura, în funcție de gen, a copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), nu diferă semnificativ de la un raion la altul, raportul pe Studiu fiind 53,2% / 46,8%, respectiv, fete/baieți. Copiii cu vârsta de până la 3 ani constituie majoritatea celor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită). Acest fapt se datorează, în mare măsură, prevederilor Standardelor de supraveghere, care includ mai multe vizite de supraveghere/ examinări obligatorii în primii ani de viață a copilului.
2. Fiecare a 5-a sarcină din care provin copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) nu a fost supravegheată conform Standardelor de supraveghere a femeii gravide în condiții de ambulator. În marea majoritate de cazuri (88%), femeile gravide au fost luate tardiv în evidență medicală (după 12 săptămâni de gestație), iar în 12% cazuri – nu au stat în evidență medicală, fapt care a condus ulterior la reducerea spectrului de investigații aplicate, prevăzute pentru anumiți termeni și, respectiv, a intervențiilor la termenii oportuni.
3. În condițiile în care în 81,2% din cazuri sarcina a evoluat cu asociere de diverse patologii, în mod special, cu anemie (50%), doar 2/ 3 din femeile gravide au primit tratament în timpul sarcinii pentru patologii identificate.
4. Anormalitățile în dezvoltarea intrauterină a fătului, de asemenea, au fost depistate în 2/ 3 cazuri tardiv, acestea, în mare parte, au fost reprezentate de către RCIU (49,4%) și malformațiile congenitale (28,2%).
5. Factorii sociali, cum ar fi alimentația precară și condițiile nefavorabile de trai, au condiționat negativ sarcina din care provin majoritatea copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită). Atât factorii sociali nefavorabili, cât și fondul patologic, asociat sarcinii, ar fi putut influența faptul că, majoritatea absolută a copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu, s-au născut fie prematur (33,6%), fie cu RCIU (60%) – indicatori ce îi depășesc mult pe cei, înregistrați pe țară (respectiv 2,8% și 5,0%).
6. Primele semne ale patologiei, care ulterior au determinat tulburarea de dezvoltare, au fost identificate la naștere sau în perioada neonatală, în ordine descrescândă de către medicul neonatolog, medicul de familie și medicul pediatru (în 47,0%, 26,6% și 10,0%, respectiv).
7. În majoritatea cazurilor (83,1%), familia care are în îngrijire un copil cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) respectă prescripțiile medicale. Nerespectarea acestora, cel mai frecvent, a fost cauzată de iresponsabilitatea părinților (87,1%), lipsa mijloacelor financiare (28,6%), dar și de dificultăți ce țin de deplasarea copilului către serviciile recomandate (17,1%).
8. Copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) au beneficiat de un spectru îngust de servicii. Acestea s-au axat preponderent pe consultații/ recomandări în îngrijirea și alimentația copilului (circa 95%), cât și prescrierea/ administrarea tratamentelor medicamentoase (circa 85%).
9. Doar 1 din 5 copii (21,4%) cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) a beneficiat de tratament de abilitare/ reabilitare, iar în circa o treime cazuri (34,9%) copiii nu au fost referiți către servicii de acest gen. Totodată, fiecare al 6-lea copil cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) nu a primit tratament de abilitare/ reabilitare din cauza lipsei serviciilor necesare în teritoriul administrativ.

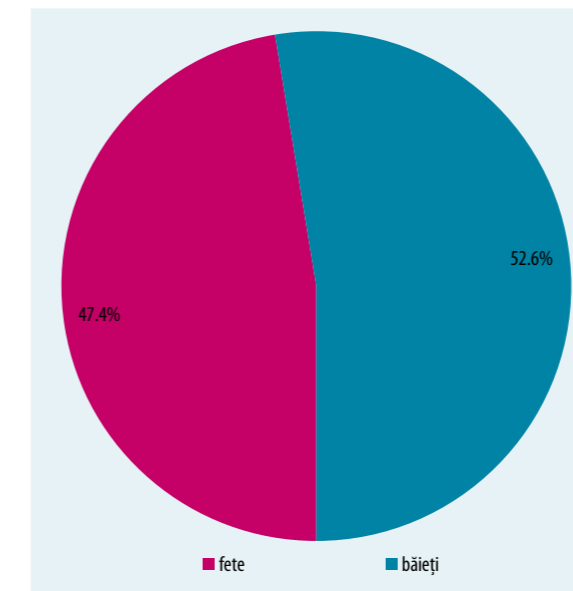
8.2. SITUAȚIA COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ ȘI A SERVICIILOR, ADRESATE ACESTORA

În categoria respectivă, conform metodologiei Studiului, au fost încadrați copiii cu vârsta de până la 5 ani care, la data de 01 ianuarie 2016, aveau stabilit grad de dizabilitate.

8.2.1. DATE GENERALE DESPRE COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIU

Eșantionul a cuprins 266 copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, domiciliați în 92 localități din cele 7 raioane (Ialoveni, Florești, Nisporeni, Soroca, Comrat, Ceadir Lunga, Vulcănești), dintre care 47,4% au fost fete și 52,6% – băieți (Figura 8.2.1).

Figura 8.2.1. Structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, în dependență de gen (%)



Dintre toți copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu, 2/ 3 sau 64,7% au fost cei cu vârsta de la 0 până la 3 ani, iar 35,3% – cei cu vârsta de la 3 ani până la 5 ani (Figura 8.2.2)

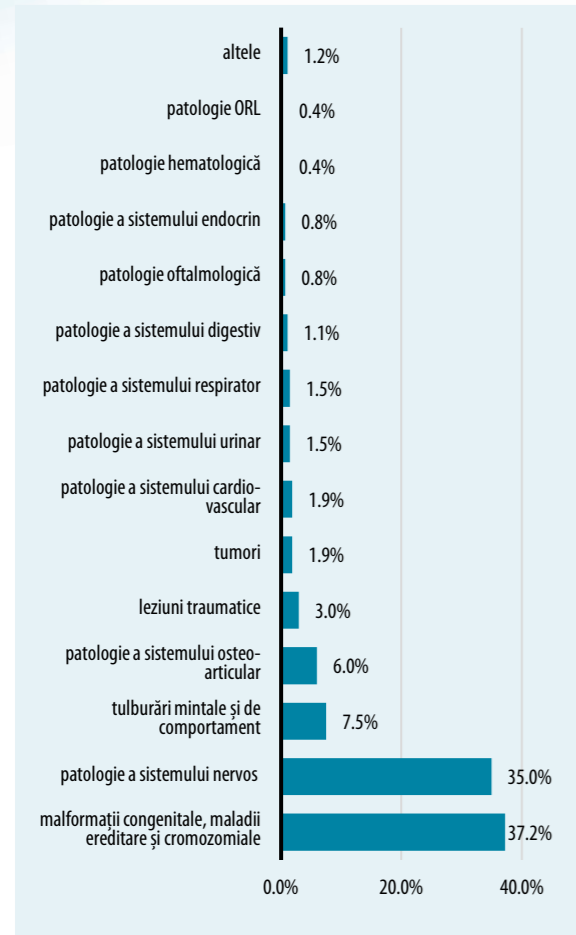
Figura 8.2.2. Structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, în dependență de vârstă și teritoriul administrativ (%)



Rezultatele evaluării au demonstrat că cele mai frecvente patologii care au determinat dizabilitatea în rândul copiilor cu vârsta de până la 5 ani au fost malformațiile congenitale, maladiile ereditare și cromozomiale cu o rată de 37,2%, urmate de patologia sistemului nervos – cu 35% și tulburările mintale și de comportament – 7.5% (Figura 8.2.3).

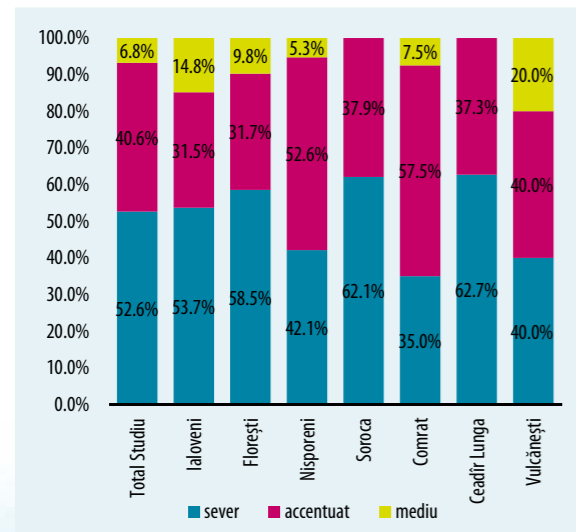
Datele colectate atestă că structura nozologică a maladiilor care au cauzat dizabilitatea la copiii cuprinși în Studiu, corespunde cu structura nozologică a maladiilor care au cauzat dizabilitatea la copii la nivel de țară.

Figura 8.2.3. Structura nozologică a patologiei, care a cauzat dizabilitatea copiilor cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu (%)



În 52,6% cazuri a fost stabilit grad sever de dizabilitate, în 40,6% – grad accentuat și în 6,8% – grad mediu de dizabilitate (Figura 8.2.4).

Figura 8.2.4. Gradul de dizabilitate, stabilit copiilor cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu (%)



8.2.2. INFORMAȚII PRIVIND PERIOADA ANTENATALĂ DE DEZVOLTARE A COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIU

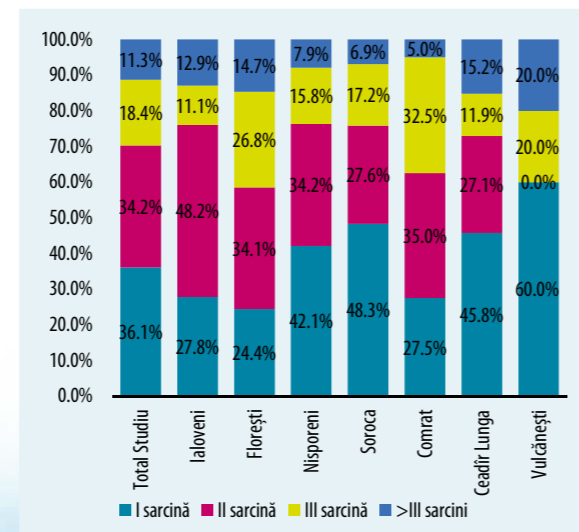
Pentru a evidenția posibii factori determinanți ce au influențat ulterior, direct sau indirect, dizabilitatea în rândul copiilor cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu, s-au colectat informații privind perioada antenatală, inclusiv supravegherea gravidei în sarcină.

Ca și în cazul copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilă), informația a fost colectată din documentația medicală primară și răspunsurile obținute în cadrul chestionării lucrătorilor medicali din asistența medicală primară.

Analiza efectuată a demonstrat că 36,1% din copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă incluși în Studiu proveneau de la I-a sarcină; 34,2% – de la a II-a sarcină; 18,4% – de la III-a sarcină, iar în 11,3% cazuri rangul sarcinii a fost IV-a și mai mare.

Prin urmare, ca și în cazul copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilă), circa 70% dintre copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă incluși în Studiu, au fost născuți de la I-a și a II-a sarcină, cu variații de la 58,5% în raionul Florești până la 76,3% în raionul Nisporeni (Figura 8.2.5).

Figura 8.2.5. Rangul sarcinii din care provin copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă, incluși în Studiu



Menționăm că, deși în marea majoritate a cazurilor (94,7%) sarcina a fost în evidență medicală (Figura 8.2.6), asistența acestora conform Standardelor de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulator este mai joasă ca nivel, fiind de numai 82,7% (Figura 8.2.7).

Figura 8.2.6. Rata supravegherii sarcinii în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă, incluși în Studiu (%)

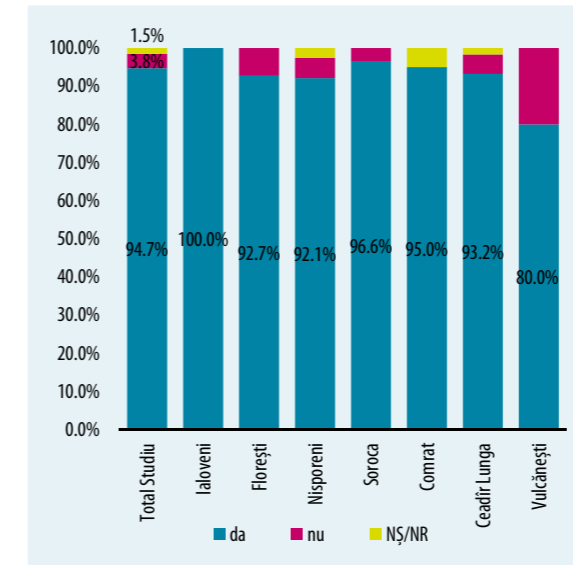


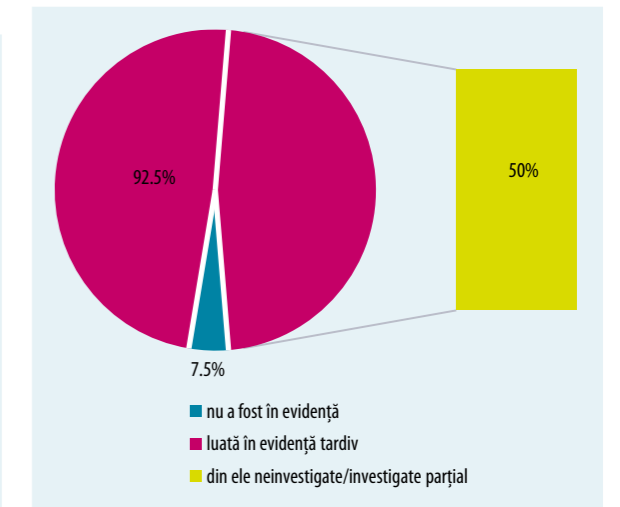
Figura 8.2.7. Rata supravegherii sarcinii în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă, incluși în Studiu, conform Standardelor de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulator (%)



În același context, jumătate din gravidele care au fost luate tardiv în evidență medicală, nu au fost

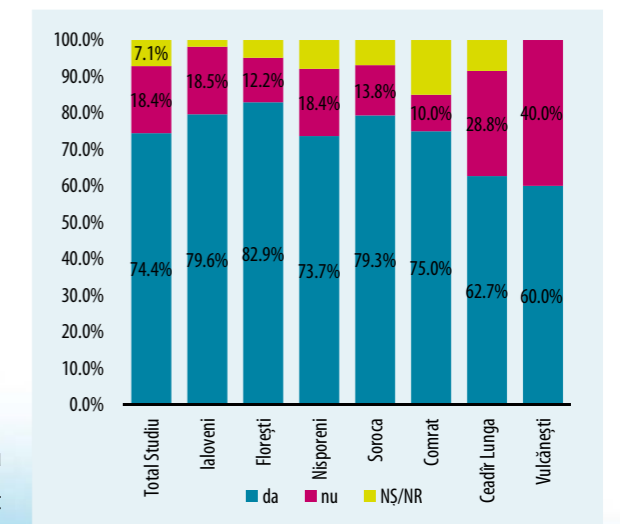
investigate sau au fost investigate parțial, ceea ce a și condus la nerespectarea Standardelor de supraveghere a gravidei în condiții de ambulator (Figura 8.2.8).

Figura 8.2.8. Cauzele nesupravegherii în timpul sarcinii, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă, incluși în Studiu, conform Standardelor de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulator (%)



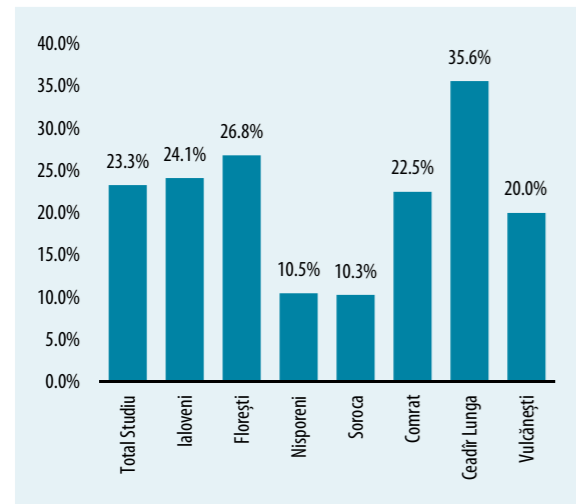
Administrarea acidului folic în timpul sarcinii cu scop de profilaxie a malformațiilor congenitale este notată la nivel de 74,4%, cu toate că, conform datelor anterior menționate, în 82,7% cazuri sarcina a fost luată în evidență după termenul recomandat de 12 săptămâni de gestație, când acest tip de profilaxie este indicată (Figura 8.2.9).

Figura 8.2.9. Rata administrării acidului folic în timpul sarcinii, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă, incluși în Studiu (%)



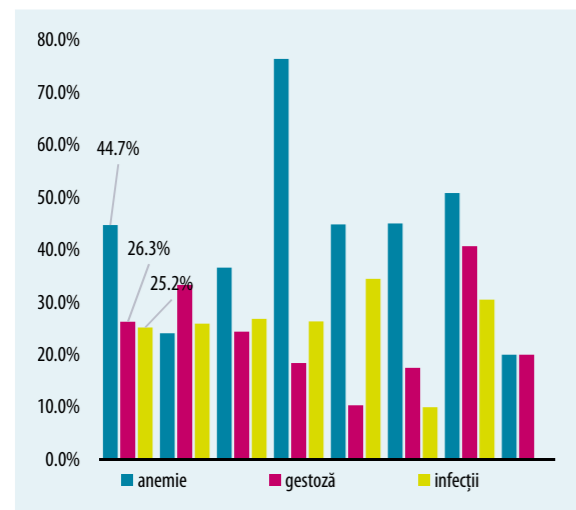
Evoluția sarcinii, conform datelor Studiului, a fost în cea mai mare parte cu probleme, numai în 23,3% sarcina a decurs fără particularități, iar în 76,7% au fost identificate un șir de patologii (Figura 8.2.10).

Figura 8.2.10. Rata sarcinilor care au decurs fără particularități, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Cele mai frecvente patologii identificate în timpul sarcinii au fost reprezentate de anemie, cu o pondere de 44,7%, urmate de gestoze – 26,3% și diverse infecții – 25,2% (Figura 8.2.11).

Figura 8.2.11. Patologiile identificate în timpul sarcinii, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



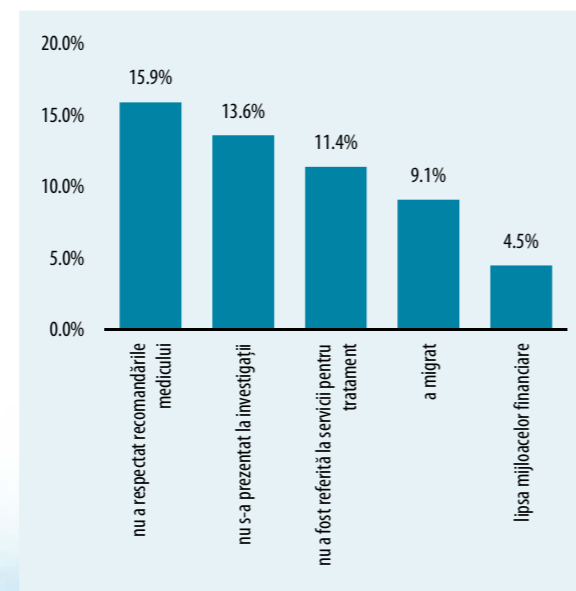
Deși diagnosticate cu diverse patologii, numai 72,6% din numărul total de femei gravide care necesitau tratament au primit acest tratament în timpul sarcinii (Figura 8.2.12).

Figura 8.2.12. Ponderea femeilor gravide, care au primit tratament în timpul sarcinii pentru patologii identificate, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Motivele invocate ale neaplicării tratamentului necesar au fost fie nerespectarea prescripțiilor medicale de către gravidă (15,9%), fie faptul că gravida nu s-a prezentat la examinările programate (13,6%). Deși destul de rar, au existat și cazuri în care tratamentul recomandat nu s-a administrat din cauza lipsei mijloacelor financiare (4,5%) (Figura 8.2.13).

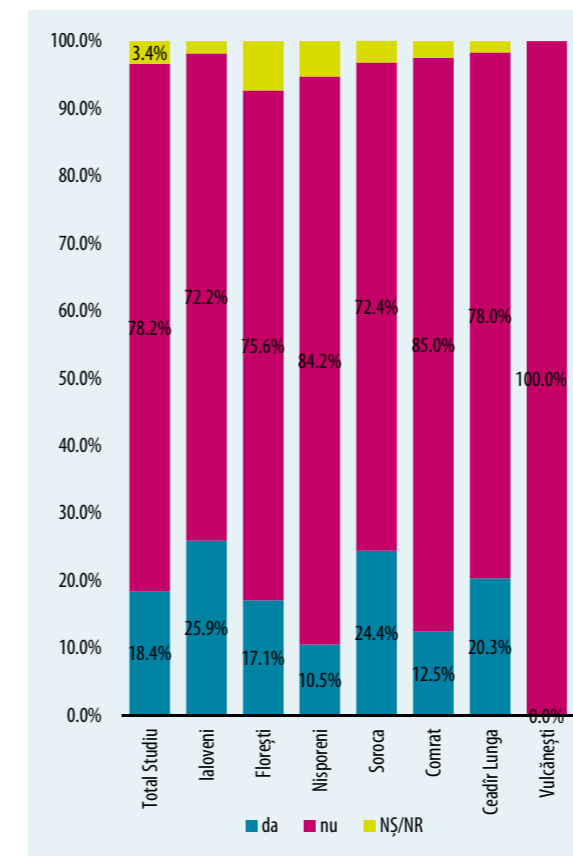
Figura 8.2.13. Cauzele care au condus la neadministrarea tratamentului în timpul sarcinii pentru patologii identificate, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



8.2.3. DEPISTAREA ANTENALĂ A ANORMALITĂȚILOR ÎN DEZVOLTAREA FĂTULUI, ÎN STRUCTURA COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIU

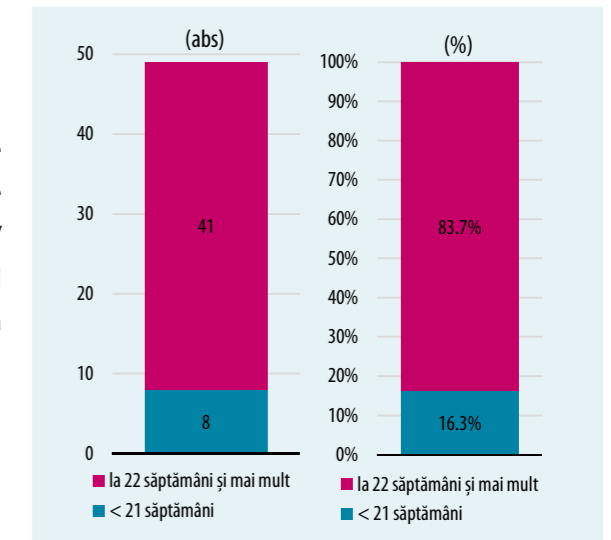
Malformațiile congenitale reprezintă una din cauzele principale ale dizabilității în rândul copiilor. Cu toate acestea, conform datelor Studiului, rata de depistare/suspectare a anormalităților în dezvoltarea fătului în perioada antenatală a fost de doar 18,4% (Figura 8.2.14).

Figura 8.2.14. Ponderea femeilor gravide la care au fost suspectate semne de anormalități în dezvoltarea fătului, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Totodată, Studiul a constatat că în 83,7% suspectarea unor semne de anormalități în dezvoltarea fătului s-a produs la un termen avansat de sarcină, după 22 săptămâni de gestație, situație similară cu grupul de copii cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu (Figura 8.2.15).

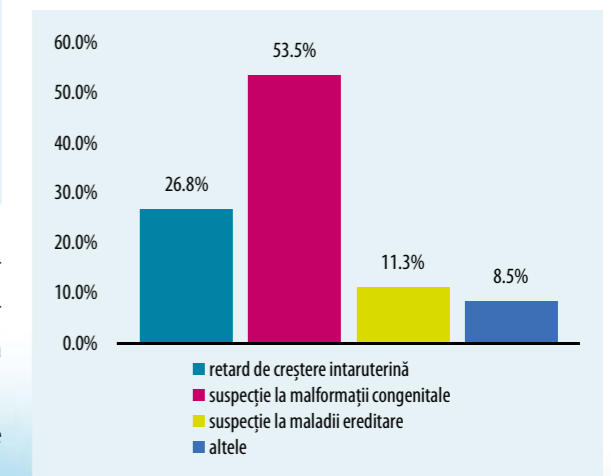
Figura 8.2.15. Termenul de sarcină, la care s-au depistat semne de anormalități în dezvoltarea fătului, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (abs.,%)



Cele mai frecvente anormalități depistate în timpul sarcinii s-au dovedit a fi malformațiile congenitale, care au constituit 53,5% din numărul total de cazuri, urmate de retardul de creștere intrauterină (RCIU) cu 26,8% și maladiile ereditare, cu o pondere de 11,3% (Figura 8.2.16).

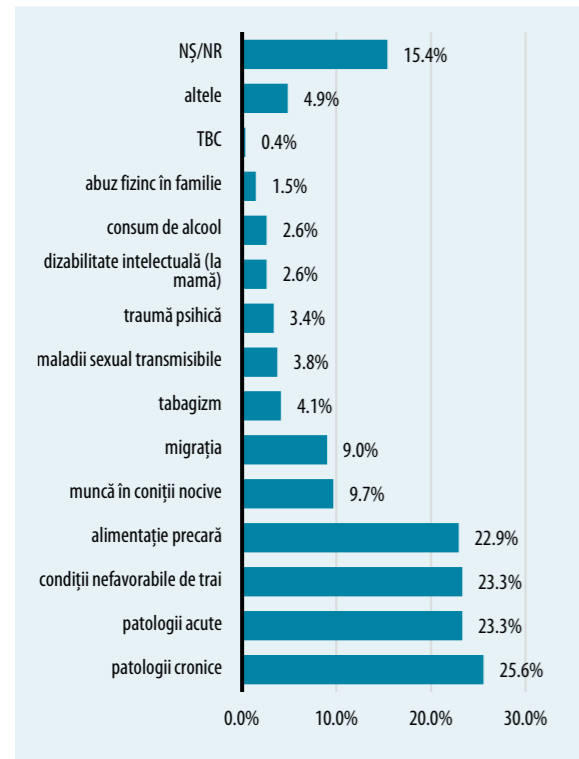
Aceiași situație, însă cu o pondere inversată, s-a remarcat în grupul copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu, unde malformațiile congenitale au fost suspectate intrauterin în 28,2% cazuri, iar RCIU – în 49,4%.

Figura 8.2.16. Anormalitățile în dezvoltarea fătului, depistate în timpul sarcinii, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Spectrul de factori nefavorabili care ar fi putut influența dezvoltarea fătului în timpul sarcinii a fost destul de variat, în jumătate din cazuri evidențiindu-se patologii cronice și acute la mamă (25,6% și, respectiv 23,3%), urmate de condițiile nefavorabile de trai (23,3%) și alimentația precară (22,9%) (Figura 8.2.17).

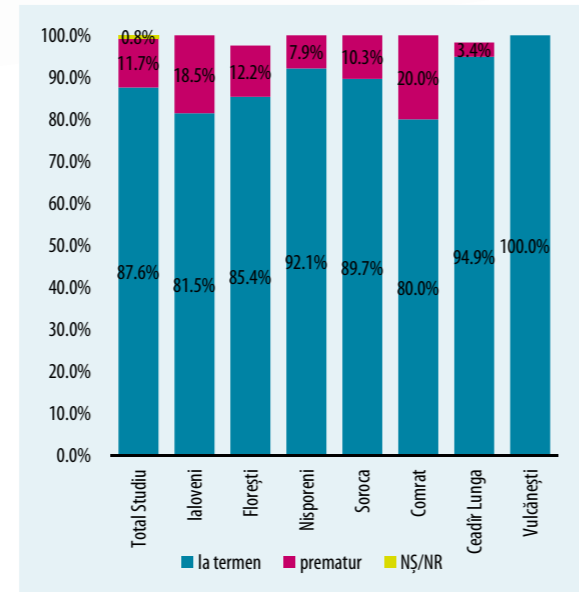
Figura 8.2.17. Factorii nefavorabili constatați în perioada sarcinii, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



8.2.4. ASISTENȚA ÎN NAȘTERE, DE CARE AU BENEFICIAT COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIU

Studiul a demonstrat că în 11,7% nașterea a fost prematură sau practic fiecare al 8-lea copil cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită s-a născut înainte de termen (Figura 8.2.18). Astfel, ponderea nașterilor premature în rândul copiilor cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, este de aproape patru ori mai mare decât ponderea acestora pe țară, unde nașterile premature constituie 2,8%⁷⁹.

Figura 8.2.18. Termenul sarcinii la care s-au născut copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



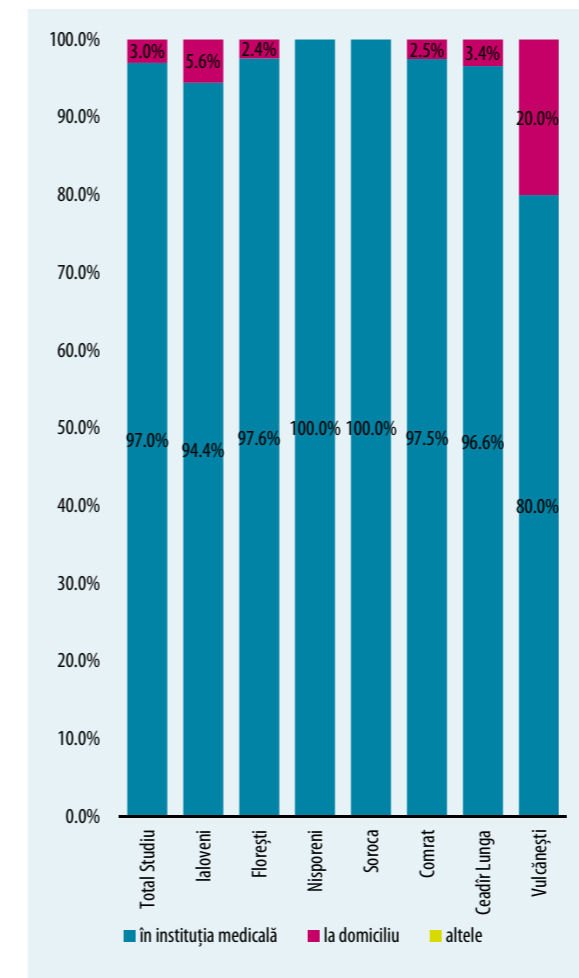
Și ponderea născuților cu masa corporală mai mică de 2500gr, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, este mult mai înaltă decât media pe Republică, constituind 15,8% față de 5,0%⁸⁰(Figura 8.2.19).

Figura 8.2.19. Masa corporală la naștere a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



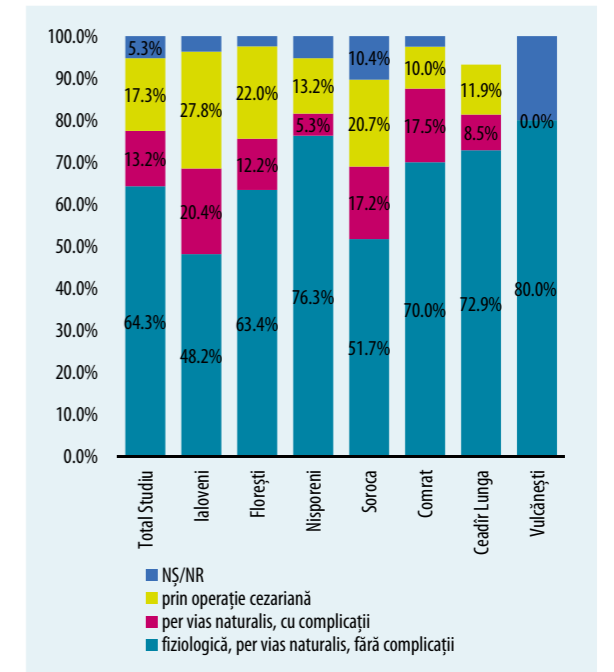
Analizând asistența oferită la nașterea copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, s-a constatat o rată înaltă a nașterilor în afara instituțiilor medicale, care este de 6 ori mai mare decât media pe Republică, constituind 3,0% față de 0,2% în grupul copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare, fără dizabilitate stabilită (0,5%, rata nașterilor în afara instituțiilor medicale, conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate⁸¹(Figura 8.2.20).

Figura 8.2.20. Ponderea nașterilor în afara instituțiilor medicale, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Nașterile cu complicații și prin operație cezariană au constituit circa 30% din numărul total de nașteri, ceea ce sugerează că fiecare al 3-lea copil cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită a avut de suferit în naștere (Figura 8.2.21).

Figura 8.2.21. Ponderea nașterilor patologice, inclusiv prin operație cezariană, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)

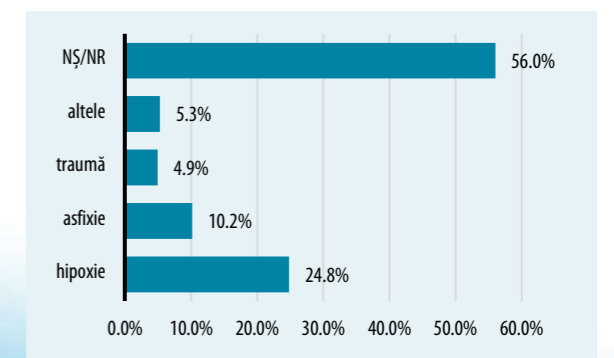


8.2.5. ASISTENȚA ÎN PERIOADA NEONATALĂ, DE CARE AU BENEFICIAT COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIU

Informația privind perioada neonatală s-a bazat pe datele din documentația medicală primară și informațiile prezentate în cadrul chestionării lucrătorilor medicali din asistența medicală primară.

Studiul a constatat că fiecare al 3-lea copil s-a născut în hipoxie (24,8%) și asfixie (10,2%) (Figura 8.2.22).

Figura 8.2.22. Patologiile identificate la naștere, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



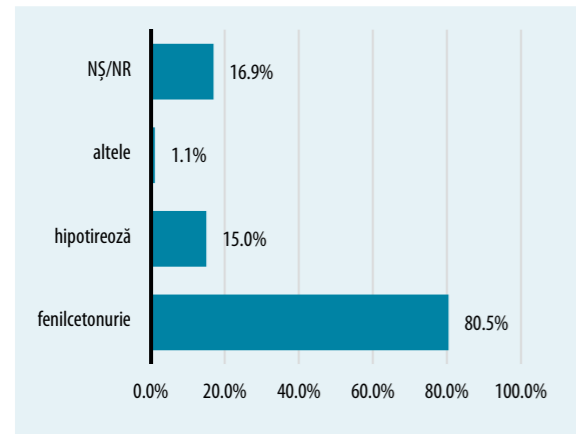
79 Centrul Național de Management în Sănătate, 2016

80 Centrul Național de Management în Sănătate, 2016

81 Centrul Național de Management în Sănătate, 2016

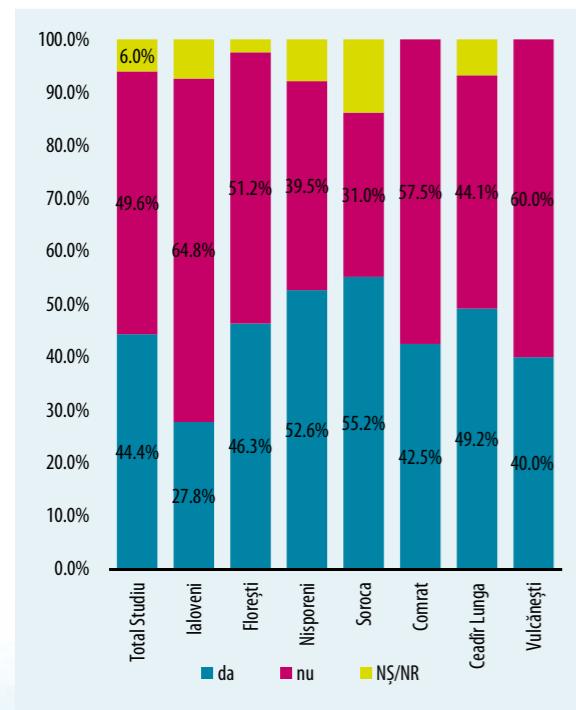
Similar cu situația în grupul copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) și la copiii cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, cel mai listat screening aplicat în perioada neonatală a fost testul la fenilcetonurie, efectuat în 80,5% cazuri (Figura 8.2.23).

Figura 8.2.23. Rata aplicării testelor de screening neonatal, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Studiul a constatat că patologia care ulterior a determinat dizabilitatea copilului a fost identificată la naștere în doar 44,4% (Figura 8.2.24).

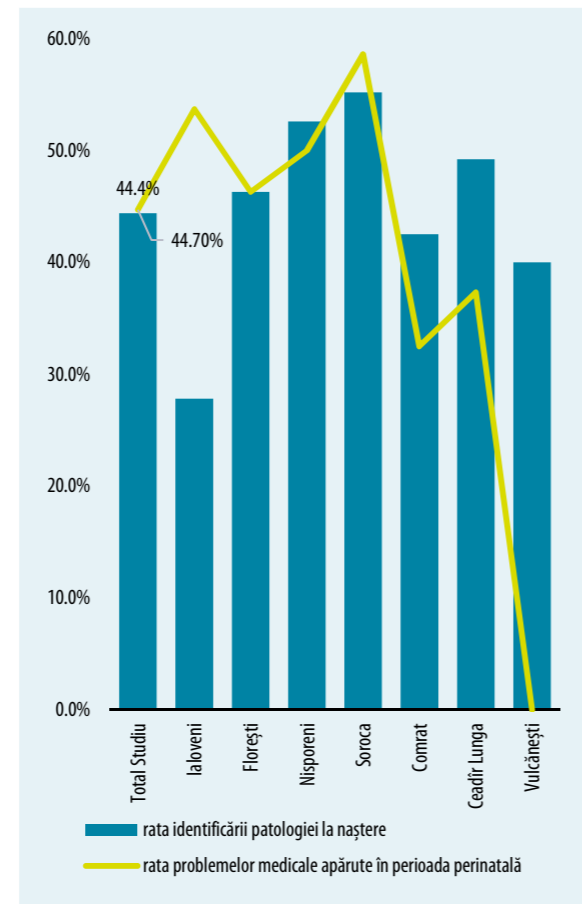
Figura 8.2.24. Identificarea patologiei la naștere, care a determinat ulterior dizabilitatea la copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Practic aceeași frecvență (44,7 la sută cazuri) s-a înregistrat și pentru diverse stări patologice, constatate imediat după naștere (Figura 8.2.25).

Totodată, este necesar de menționat faptul că în unele raioane, așa ca Ialoveni, rata depistării la naștere a patologiei care a determinat ulterior dizabilitatea, a fost de 2 ori mai joasă decât media pe Studiu.

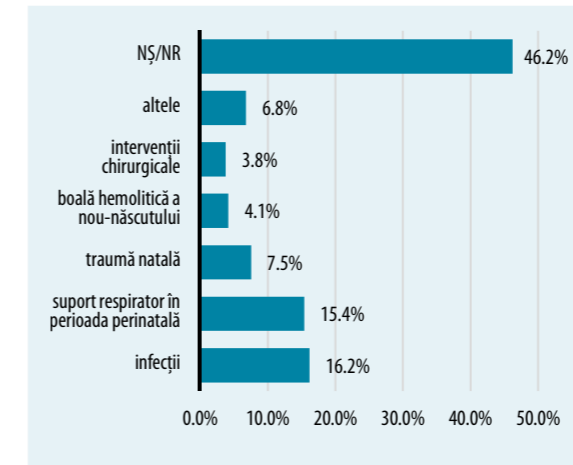
Figura 8.2.25. Stările patologice constatate în perioada neonatală, la copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Analiza efectuată atestă că cele mai frecvente stări patologice constatate la copii în perioada neonatală au fost: infecțiile (16,2%), detresa respiratorie (15,4%), trauma natală (7,5%) și boala hemolitică a nou-născutului (4,1%) etc. (Figura 8.2.26).

Totodată, circa jumătate dintre lucrătorii medicali în care se află în supraveghere medicală copilul, nu cunosc despre starea de sănătate a acestuia în perioada neonatală, fapt ce indică deficiențe semnificative în documentarea și supravegherea stării copilului la diverse etape.

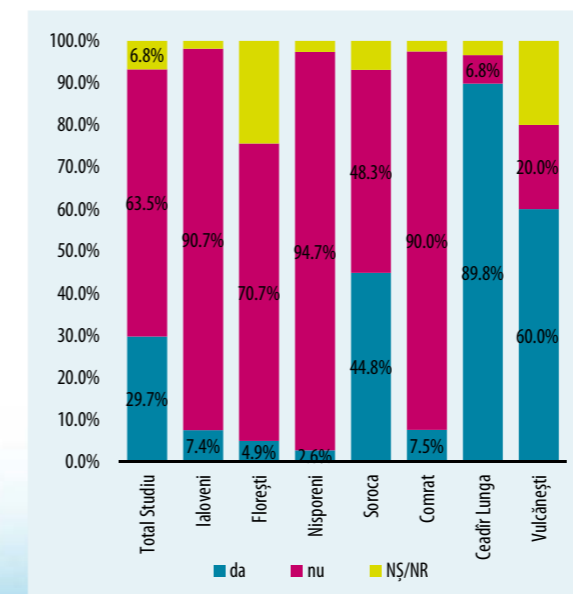
Figura 8.2.26. Stările patologice, constatate la copil în perioada neonatală, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



8.2.6. SUPRAVEGHEREA ÎN CADRUL SERVICIULUI DE FOLLOW-UP NEONATAL A COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIU

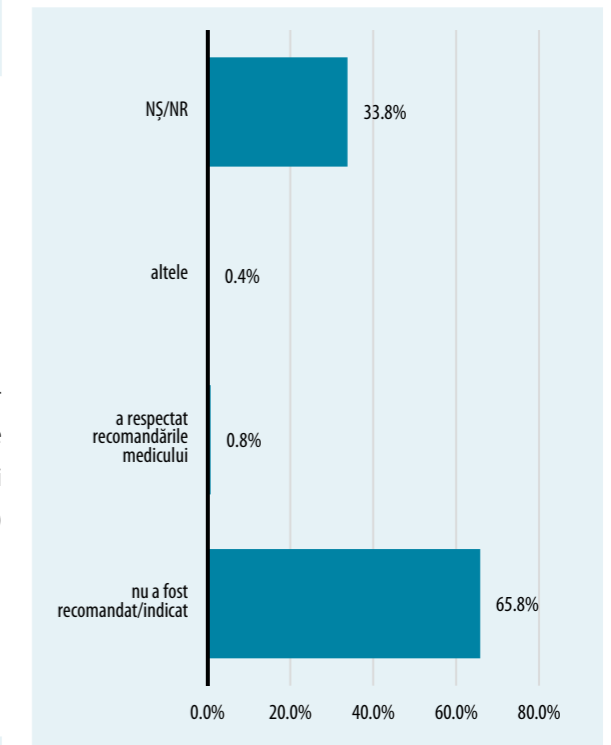
În poftida problemelor medicale identificate în perioada neonatală, circa 2/3 din copii cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu, nu au fost supuși evaluării în cadrul Serviciului de Follow-up neonatal (63,5%) (Figura 8.2.27).

Figura 8.2.27. Rata copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, evaluați în cadrul Serviciului de Follow-up neonatal (%)



Drept cauză principală a nesupravegherii copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită în cadrul Serviciului de Follow-up neonatal, indicată de către lucrătorii medicali chestionați, a fost lipsa recomandărilor/ indicațiilor medicale (65,8%) (Figura 8.2.28). Răspunsurile lucrătorilor medicali chestionați scot în evidență cunoașterea insuficientă a necesității și importanței supravegherii în cadrul Serviciului de Follow-up neonatal.

Figura 8.2.28. Cauzele principale ale nesupravegherii copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, în cadrul Serviciului de Follow-up neonatal (%)



8.2.7. ASIGURAREA COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI, INCLUȘI ÎN STUDIU, CU ECHIPAMENTE SPECIALE

Posibilitatea de a se deplasa de sine stătător a fost un alt criteriu analizat în cadrul Studiului, având în vedere atât severitatea patologiei care a determinat dizabilitatea, cât și evaluarea necesității și disponibilității serviciilor/ echipamentelor suplimentare. Conform datelor Studiului, 26,7% de copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, nu se deplasează de sine stătător (Figura 8.2.29).

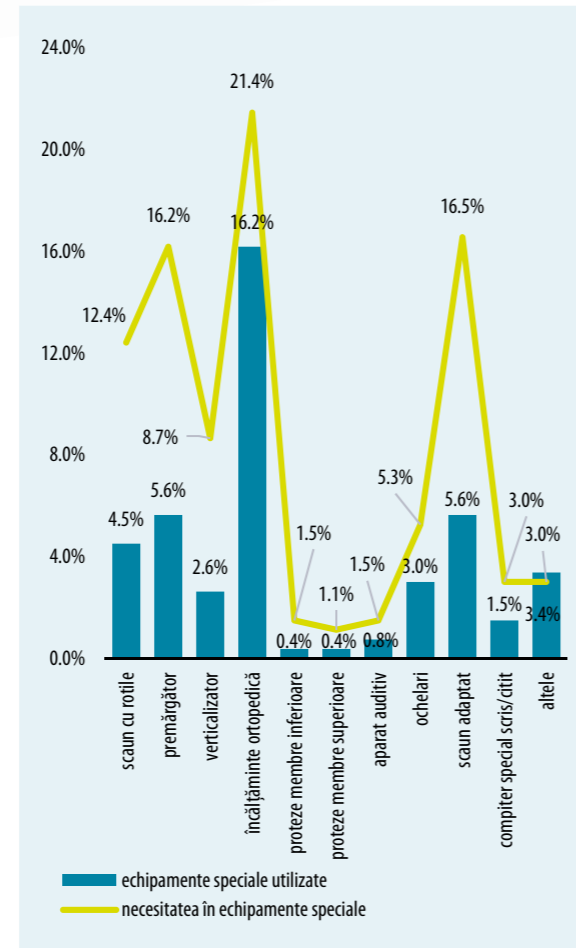
Figura 8.2.29. Rata copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, ce nu se deplasează de sine stătător (%)



Luând în considerație dependența directă a unor copii cu dizabilitate de echipamente speciale, a fost evaluată și situația privind asigurarea cu acestea. Astfel, s-a identificat o necesitate majoră privind asigurarea cu scaune cu roțile, premărgătoare, verticalizatoare, scaune adaptate etc., care nu este satisfăcută în totalitate.

Cea mai mare discordanță s-a înregistrat în ceea ce privește asigurarea versus necesitatea verticalizatoarelor, care a constituit un raport 1:4. O discordanță mare există și în asigurarea cu premărgătoare, scaune cu roțile, scaune adaptate, necesitatea acestora fiind asigurată doar în 30% (Figura 8.2.30).

Figura 8.2.30. Asigurarea și necesitatea în echipamente specializate a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



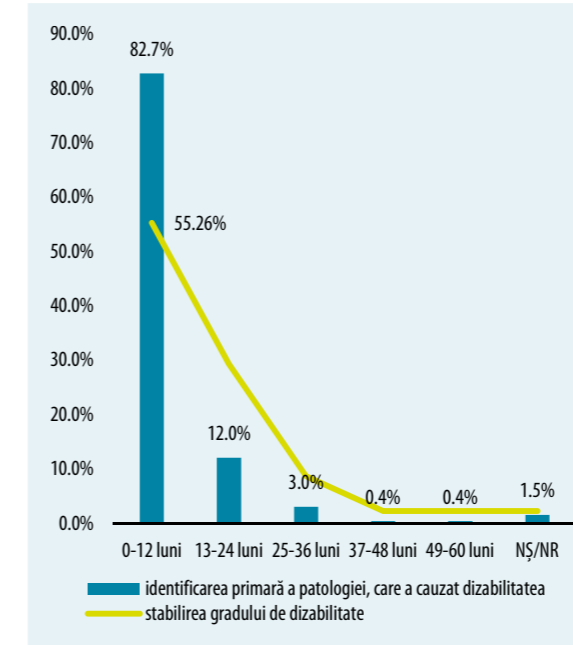
8.2.8. IDENTIFICAREA ȘI SUPRAVEGHEREA MEDICALĂ A COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIU

Pornind de la premisa că intervenția timpurie este foarte importantă și eficientă la vârstele mici, unul din itemii studiați a fost vârsta la care a fost identificată patologia care a determinat ulterior dizabilitatea.

Rezultatele evaluării arată că, în 82,7%, patologia care a determinat ulterior dizabilitatea la copii a fost identificată în primul an de viață. Pe de altă parte, gradul de dizabilitate a copiilor a fost stabilit în primul an de viață numai în 55,3% cazuri (Figura 8.2.31). Practic în 1/3 din cazuri procesul de stabilire a dizabilității a fost tergiversat din diverse motive, fiind deplasat în timp

atât intervenția specializată, cât și asistența timpurie a necesităților de dezvoltare a copilului.

Figura 8.2.31. Vârsta copilului, la care a fost identificată primară patologia, care a cauzat ulterior dizabilitatea, și stabilirea gradului de dizabilitate, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)

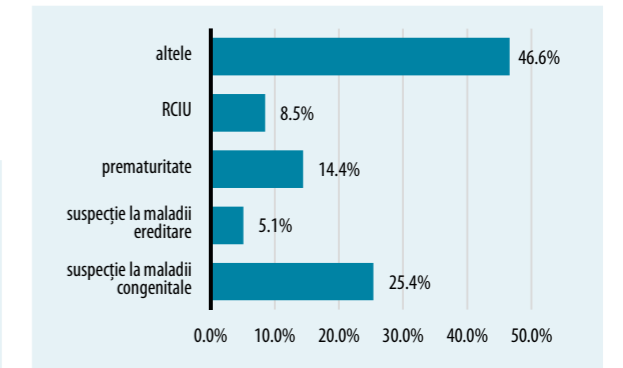


Patologia care a cauzat ulterior dizabilitatea, la mai mult de jumătate (56,8%) din copiii cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu, a fost diagnosticată la naștere, din ei jumătate nu au fost evaluați și supravegheați în cadrul sistemului de Follow-up neonatal (55,9%).

Cu referire la structura nozologică, se conturează situația expusă în Figura 8.2.32, din care reiese că circa o treime din patologiile diagnosticate la naștere care au cauzat ulterior dizabilitatea, sunt malformațiile congenitale și cele ereditare (25,4% și, respectiv, 5,1%), 63% din acestea fiind confirmate la naștere sau pe parcursul primului an de viață.

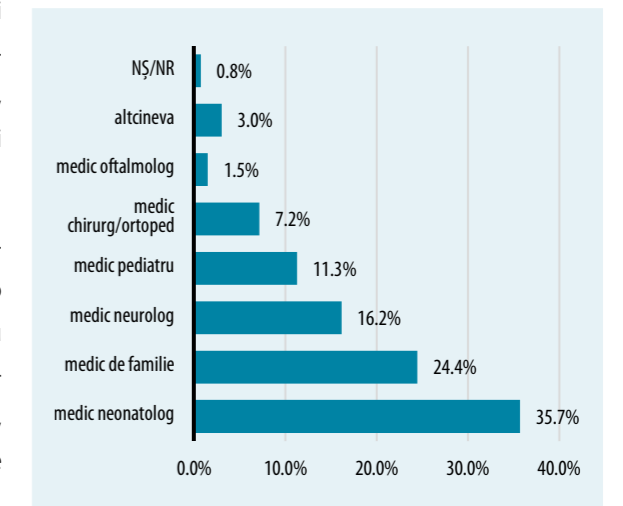
Este îngrijorător faptul că mai mult de 1/3 din malformațiile congenitale/ aberații cromozomiale sunt confirmate abia după împlinirea vârstei de 1 an a copilului. Această situație este caracteristică și pentru patologia sistemului nervos central. Întârzierea stabilirii diagnosticului a deplasat în timp și intervențiile necesare și termenul de stabilire a gradului de dizabilitate la copiii în vârstă de până la 5 ani.

Figura 8.2.32. Ponderea patologiilor identificate/diagnosticate la naștere, care au cauzat ulterior dizabilitatea, în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu (%)



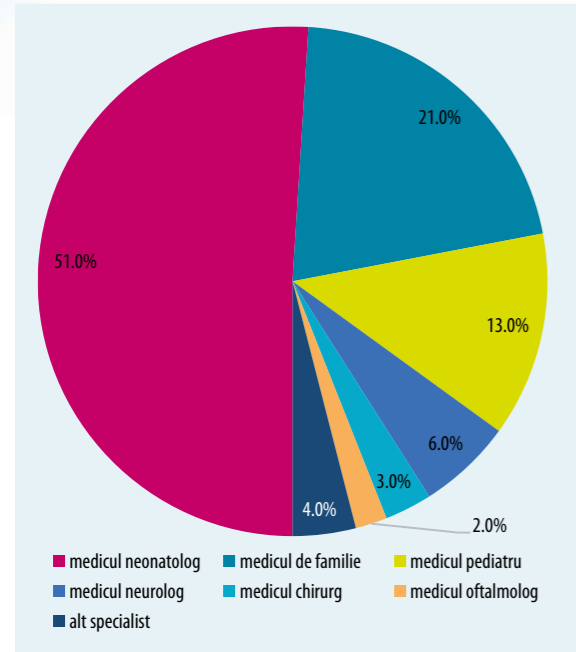
Identificarea primară a patologiei care ulterior a determinat dizabilitatea, de cele mai dese ori (în 35,7%) a fost efectuată de către medicul neonatolog, ceea ce confirmă datele cu referire la identificarea acestor patologii la naștere, în 24,4% – de către medicul de familie, iar în 16,2% – de către medicul neurolog (Figura 8.2.33).

Figura 8.2.33. Specialiștii, care au identificat patologia, ce ulterior a determinat dizabilitatea în rândul copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



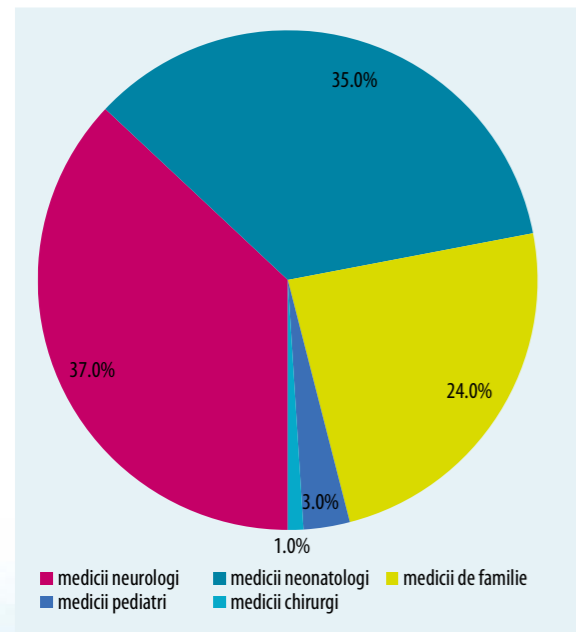
În cadrul Studiului a fost analizat indicatorul „ce specialist a identificat patologia, care ulterior a cauzat dizabilitatea”. Constatăm că, malformațiile congenitale, fiind cea mai frecventă patologie care a cauzat dizabilitatea, a fost identificată cel mai frecvent de medicul neonatolog (51%), în circa 21% – de către medicul de familie și în circa 13% – de către medicul pediatru (Figura 8.2.34).

Figura 8.2.34. Specialiștii, care au identificat malformațiile congenitale, ce ulterior au determinat dizabilitatea în rândul copiilor cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu (%)



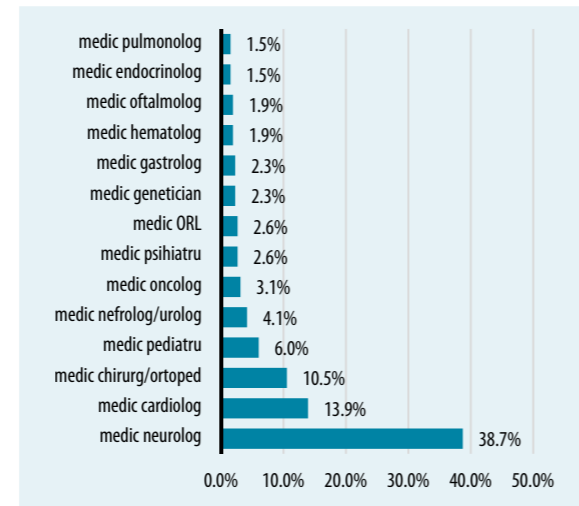
Alt tablou a fost constatat în cazul identificării patologiei sistemului nervos care a cauzat ulterior dizabilitatea la copii. Cu o pondere aproape egală de 35% și, respectiv 37% sunt medicii neurologi și medicii neonatologi, urmași de către medicii de familie cu o pondere de 24% din cazurile identificate (Figura 8.2.35).

Figura 8.2.35. Specialiștii care au identificat patologia sistemului nervos, ce ulterior a determinat dizabilitatea în rândul copiilor cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu (%)



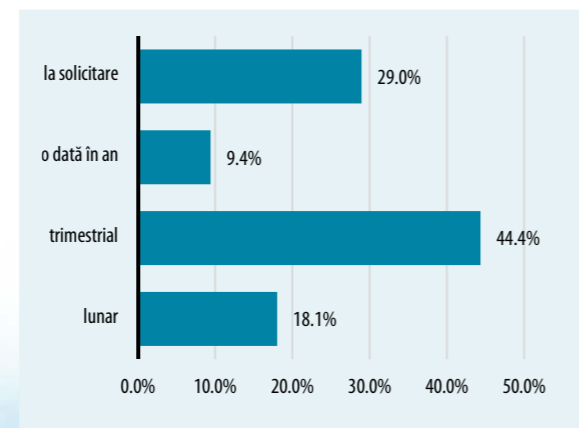
Un alt indicator evaluat în cadrul Studiului este supravegherea medicală a copiilor cu dizabilități. Conform rezultatelor evaluării copiii cu dizabilități se află în evidență, cel mai frecvent, la medicul neurolog, cu o rată de circa 40%, ceea ce corelează cu structura patologiilor, care au cauzat dizabilitatea (Figura 8.2.36).

Figura 8.2.36. Specialiștii, la care se află în evidență copiii cu vârsta de până la 5 ani, incluși în Studiu, referitor la patologia, care a cauzat dizabilitatea (%)



În ceea ce privește frecvența examinărilor, conform datelor Studiului, cel mai frecvent copilul a fost consultat de către medicul de familie. Pe parcursul ultimului an majoritatea copiilor cu dizabilități (44,4%) au fost examinați de către medicul de familie odată la 3 luni, doar 18,1% copii au fost examinați lunar. Totodată, medicul de familie este și specialistul care consultă copilul la solicitare (29,0%) (Figura 8.2.37).

Figura 8.2.37. Frecvența vizitelor pe parcursul ultimului an la medicul de familie a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)

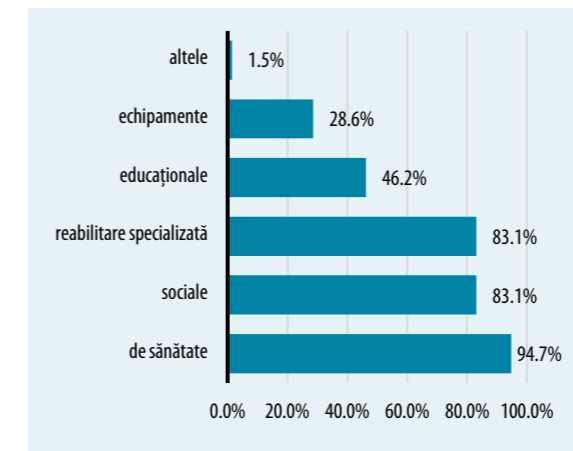


8.2.9. SERVICIILE, PRESTATE COPILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIU

Serviciile prestate copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită au fost analizate în baza unui șir de indicatori, cu referire la necesitate, accesibilitate, prestare și accesare.

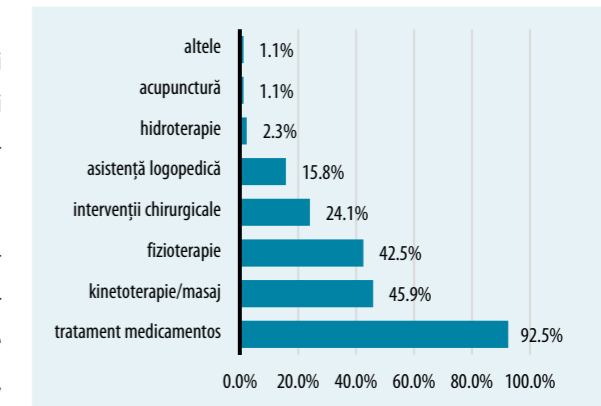
Rezultatele Studiului au arătat că serviciile de sănătate sunt considerate de către majoritatea respondenților (lucrători medicali din cadrul asistenței medicale primare) ca foarte importante și prioritare. Totodată, respondenții au remarcat că, pe lângă aceste servicii, pentru îmbunătățirea situației copilului și familiei, sunt necesare și servicii sociale (83,1% din respondenți), servicii specializate de reabilitare (83,1%), servicii educaționale (46,2%). De asemenea, pentru fiecare al treilea copil a fost indicată necesitatea în echipamente specializate (Figura 8.2.38).

Figura 8.2.38. Serviciile de care ar fi avut sau ar putea avea nevoie copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu și familiile acestora, pentru îmbunătățirea situației (%)



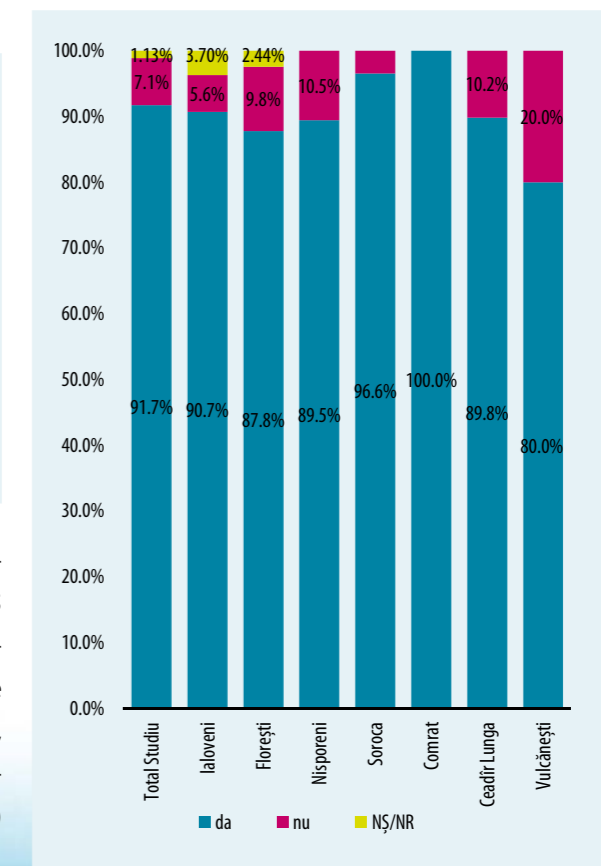
Este important de menționat că, din spectrul de servicii medicale oferite copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, pe parcursul ultimului an, cel mai frecvent au fost indicate tratamentele medicamentoase (92,5%). Totodată, circa jumătate din copiii evaluați au primit kinetoterapie/ masaj și fizioterapie (respectiv 45,9% și 42,5%) (Figura 8.2.39).

Figura 8.2.39. Structura serviciilor medicale de care au beneficiat copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, pe parcursul ultimului an în legătură cu maladia, care a provocat dizabilitatea (%)



Evaluarea respectării de către părinți/ îngrijitori a indicațiilor/ prescripțiilor medicului de familie și/ sau a altor specialiști la care se află în evidență copilul arată că în majoritatea cazurilor (91,7%) aceștia urmează recomandările medicilor (Figura 8.2.40).

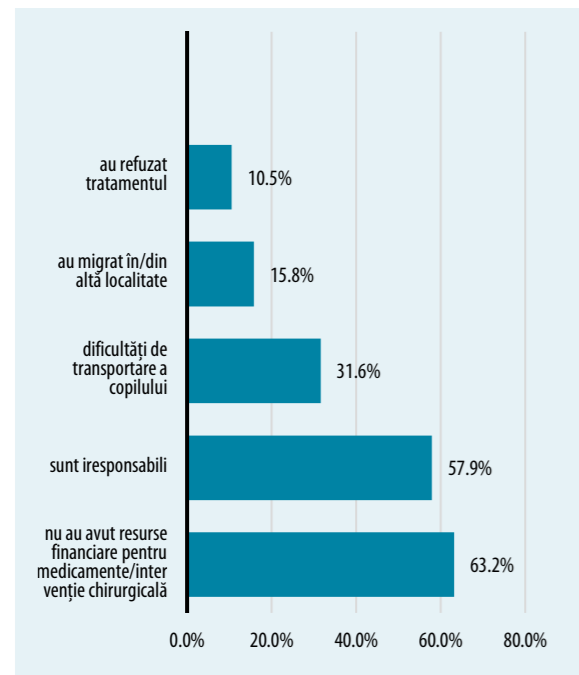
Figura 8.2.40. Respectarea de către familie/ îngrijitor a indicațiilor medicului de familie și/ sau a altor specialiști, prescrise copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Chiar dacă ponderea familiilor care nu au respectat recomandările medicale a fost mai mică de 10%, este important de menționat că, cel mai frecvent motiv invocat de către respondenți referitor la nerespectarea prescripțiilor medicale, a fost lipsa de resurse financiare necesare pentru procurarea medicamentelor, efectuarea intervențiilor chirurgicale, precum și dificultățile de transportare a copilului către servicii.

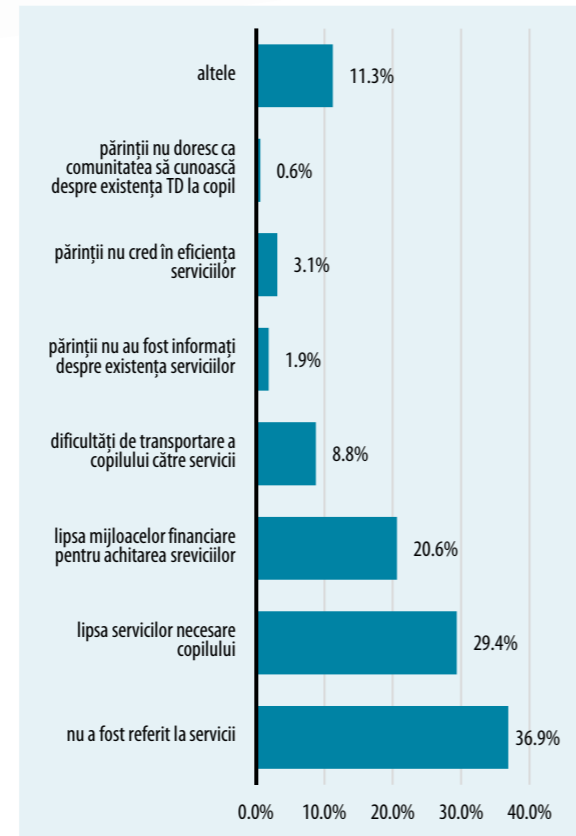
Totodată, una dintre cauzele menționate frecvent (57,9%) a fost și iresponsabilitatea părinților/ îngrijitorilor (Figura 8.2.41).

Figura 8.2.41. Structura determinantelor care au condus la nerespectarea de către familie/ îngrijitor a indicațiilor medicului de familie și/ sau a altor specialiști, prescrise copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Menționăm că, în perioada desfășurării Studiului, doar 1 copil din 3 a beneficiat de tratament de abilitare/ reabilitare (37,9%). Este îngrijorător faptul că tratamentul de abilitare/ reabilitare, în cazurile în care acesta a fost necesar, nu a fost aplicat, deoarece copiii nu au fost referiți către serviciile respective (în 36,9% cazuri), pentru că nu au existat servicii necesare gratuite în teritoriul administrativ respectiv (29,4%) sau din cauza lipsei de mijloace financiare a familiei pentru achitarea serviciilor de reabilitare existente, dar contra plată (20,6%) (Figura 8.2.42).

Figura 8.2.42. Motivele pentru care copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, nu au primit tratament, inclusiv de abilitare/ reabilitare, în perioada desfășurării Studiului (%)



Concluzii:

1. Ca și în cazul copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), în grupul copiilor în vârstă de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, structura în funcție de gen a fost similară pentru toate raioanele, cu un raport fete/ băieți: 47,4%/ 52,6%, majoritatea copiilor având vârsta de până la 3 ani.
2. Standardul de supraveghere a femeii gravide în condiții de ambulator nu a fost respectat, la fiecare a 6-a sarcină, din care provin copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, motivul de bază fiind luarea tardivă a sarcinii în evidență medicală- după 12 săptămâni de gestație (92,5%). Jumătate din aceste gravide nu au fost investigate/ sau au fost investigate parțial, astfel, tratamentele și intervențiile la termen oportun în perioada antenatală nu au fost aplicate.
3. În 3 din 4 cazuri (76,7%) sarcina, din care provin copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate

stabilită, a decurs pe fondal patologic, cu asociere de anemie, gestoze și diverse infecții (44,7%, 26,3%, 25,2%, respectiv). Astfel, patologia în sarcină și factorii sociali nefavorabili- condițiile nefavorabile de trai (23,3%) și alimentația precară (22,9%), au fost indicați ca factori cu influență negativă majoră pentru dezvoltarea intrauterină a copiilor.

4. Nașterile în afara instituțiilor medicale, în cazul copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, se produc de 6 ori mai frecvent, decât media pe țară, constituind 3,0%, față de 0,5%.
5. Ponderea nașterilor premature și cu greutate mică la naștere în grupul copiilor cu dizabilitate stabilită, comparativ cu cei cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) a fost mai mică, respectiv, 11,7% și 15,8%, față de 33,6% și 60,0%. În ambele grupuri însă, ponderea născuților prematuri și a celor cu greutate mică la naștere depășește mult media pe țară (respectiv 2,8% și 5,0%).
6. Infecțiile, detresa respiratorie și boala hemolitică a nou-născutului sunt cele mai frecvente probleme cu care s-au confruntat în perioada neonatală copiii cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu. Cu toate acestea, 2/ 3 dintre aceștia, din diverse motive, nu au fost supravegheați în cadrul Serviciului de Follow-up neonatal. Patologia care a cauzat ulterior dizabilitatea, la mai mult de jumătate (56,8%) din copiii cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, a fost diagnosticată la naștere, din ei jumătate nu au fost evaluați în sistemul de Follow-up neonatal (55,9%).
7. Malformațiile congenitale reprezintă mai mult de jumătate (53,5%) din anomalitățile, depistate în perioada antenatală la copiii în vârstă de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, 63% din aceste cazuri fiind confirmate la naștere sau pe parcursul primului an de viață. Este îngrijorător faptul că mai mult de 1/ 3 din malformațiile congenitale/ aberațiile cromozomiale au fost confirmate abia după împlinirea vârstei de 1 an a copilului. Această situație este caracteristică și pentru patologia sistemului nervos central. Întârzierea stabilirii diagnosticului

a deplasat în timp atât intervențiile necesare, cât și termenul de stabilire a gradului de dizabilitate la copiii în vârstă de până la 5 ani.

8. Supravegherea copiilor în vârstă de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, indiferent de patologia care a determinat-o și specialistul la care s-a aflat în evidență, este realizată, de regulă, de către medicul de familie, care examinează acești copii cel mai frecvent, deși în 9,4% cazuri – doar o dată în an.
9. Lipsa resurselor financiare este motivul principal al nerespectării de către familie/ îngrijitor a indicațiilor medicale prescrise copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, constituind 63,2% (comparativ cu 28,6% în cazul familiilor care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită)).
10. Cel mai frecvent serviciu oferit copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită a fost administrarea tratamentului medicamentos (92,5%). Motivele de bază pentru care copiii din grupul respectiv nu au primit tratament de abilitare/ reabilitare au fost nereferirea către serviciile respective (36,9%) și lipsa serviciilor necesare copiilor în teritoriul administrativ (29,4%).
11. Este puțin evidențiată participarea asistentului medical de familie în procesul de supraveghere și asistență a ambelor grupuri de copii incluși în Studiu.

8.3. ACCESAREA SERVICIILOR MEDICALE, DE ABILITARE/ REABILITARE, SOCIALE ȘI DE EDUCAȚIE TIMPURIE DE CĂTRE FAMILIILE CARE AU ÎN ÎNGRIJIRE COPII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE, FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ (ÎN BAZA DATELOR COLECTATE DE LA PĂRINȚII/ ÎNGRIJITORII COPIILOR)

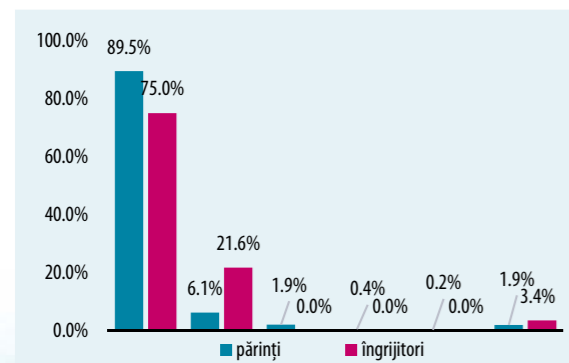
În procesul evaluării au fost intervievate două categorii de persoane care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), și anume: părinții copilului și îngrijitorii copilului – în cazurile în care copiii locuiau în familia acestora. În total, au fost intervievate 538 persoane, dintre care 522 părinți și 16 îngrijitori.

8.3.1. DEPISTAREA TULBURĂRILOR DE DEZVOLTARE LA COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI, INCLUȘI ÎN STUDIU

Studiul a arătat că primele semne de tulburare de dezvoltare au fost identificate primar de către părinți/ îngrijitori, preponderent, până la atingerea de către copil a vârstei de 1 an (89,5%/ 75,0%).

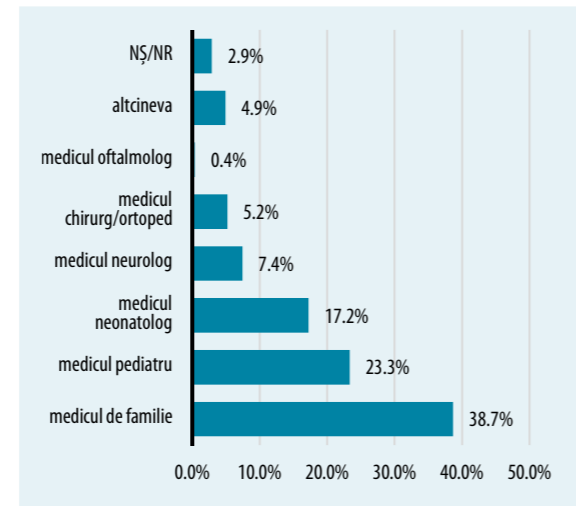
Conform datelor Studiului, părinții au reprezentat o rată mai înaltă de depistare precoce a primelor semne de tulburare de dezvoltare a copilului (Figura 8.3.1).

Figura 8.3.1. Vârsta la care s-au depistat primele semne de tulburare de dezvoltare la copiii incluși în Studiu (%)



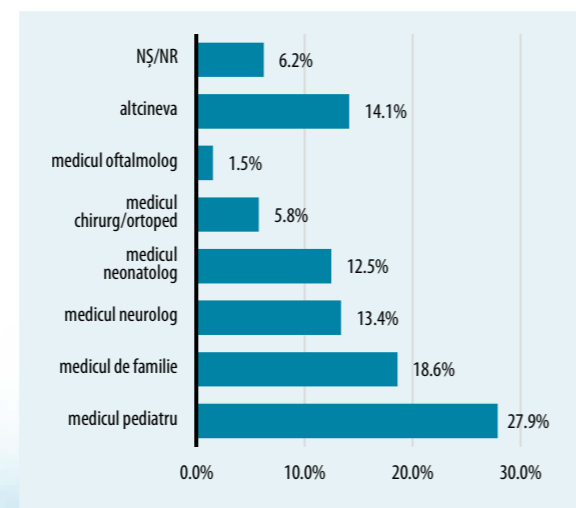
Datele colectate atestă o adresare mai frecventă a părintelui/ îngrijitorului pentru confirmarea/ infirmarea tulburării de dezvoltare la medicul de familie (38,7%), medicul pediatru (23,3%) și medicul neonatolog (17,2%) (Figura 8.3.2).

Figura 8.3.2. Specialiștii la care s-au adresat părinții/ îngrijitorii pentru prima dată pentru a confirma/ infirma tulburarea de dezvoltare la copiii cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu (%)



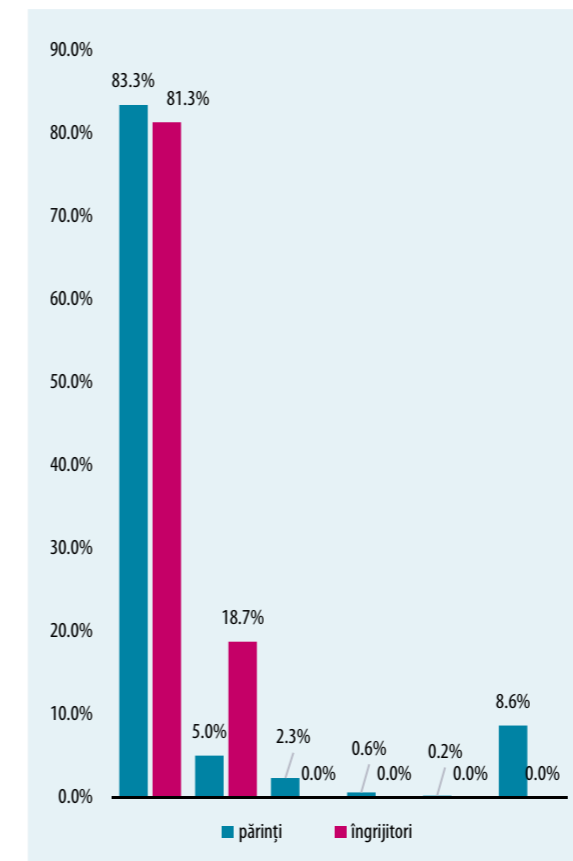
Totodată, respondenții (părinții/ îngrijitorii copiilor), în cele mai multe cazuri, au indicat că tulburarea de dezvoltare la copil a fost confirmată de către medicul pediatru (27,9%), urmat de medicul de familie (18,6%) și medicul neurolog (13,4%). În 14,1% cazuri, tulburarea de dezvoltare a copilului a fost confirmată de un alt specialist (Figura 8.3.3).

Figura 8.3.3. Specialistul care a confirmat tulburarea de dezvoltare la copiii cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu (%)



Cel mai frecvent, identificarea tulburării de dezvoltare s-a produs la vârsta de 0-12 luni a copilului, fapt confirmat atât de către părinți (83,3%), cât și de către îngrijitori (81,3%). Depistarea precoce a tulburărilor de dezvoltare face posibilă intervenția oportună și prevenirea complicațiilor, mai cu seamă în cazul malformațiilor congenitale (Figura 8.3.4).

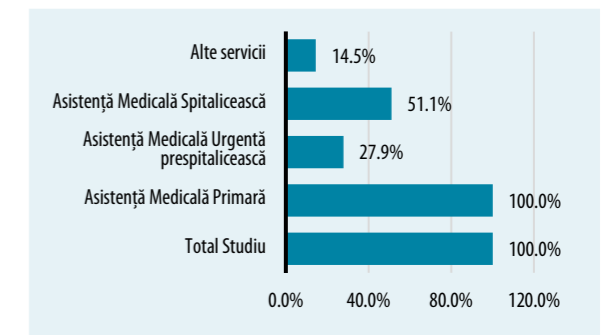
Figura 8.3.4. Vârsta la care a fost confirmată tulburarea de dezvoltare la copiii incluși în Studiu (%)



8.3.2. ACCESAREA SERVICIILOR MEDICALE DE CĂTRE COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

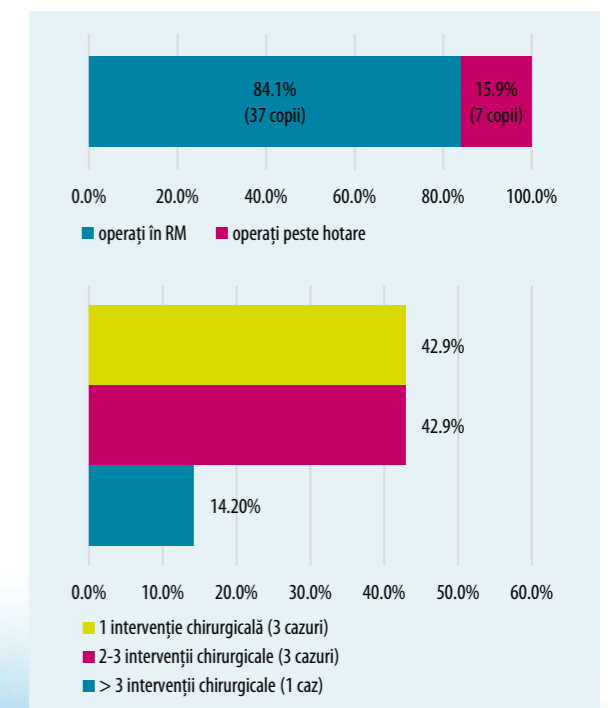
Serviciile medicale au fost accesate de către toți copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare. Acest spectru de servicii a fost prestat copiilor în cadrul sistemului de Asistență Medicală Primară, urmată de Asistența Medicală Spitalicească și Asistența Medicală Urgentă prespitalicească (Figura 8.3.5).

Figura 8.3.5. Serviciile medicale accesate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Din numărul total de copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), 44 copii au suportat intervenții chirurgicale (8,1%), dintre care 37 copii (84,1%) au suportat intervenții chirurgicale în Republica Moldova, iar 7 copii (15,9%) au suportat intervenții chirurgicale în legătură cu tulburarea de dezvoltare peste hotarele țării. Din cei 7 copii operați peste hotare, 3 copii au suportat câte 1 intervenție chirurgicală, 3 copii au suportat câte 2-3 intervenții chirurgicale și 1 copil – mai mult de 3 intervenții chirurgicale (Figura 8.3.6).

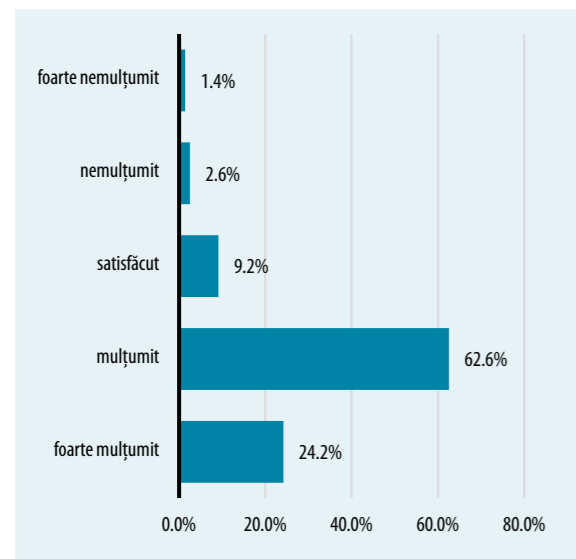
Figura 8.3.6. Intervențiile chirurgicale suportate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu, realizate în Republica Moldova și peste hotare, în structură (% cifre absolute)



Datele colectate au arătat că de intervenții chirurgicale în legătură cu tulburarea de dezvoltare au beneficiat copii din toate cele 7 raioane supuse evaluării. Cea mai mare rată de copii cu tulburări de dezvoltare supuși intervențiilor chirurgicale se atestă în raioanele Comrat (14,3%), Florești (10,6%), Soroca (10,1%), Ceadăr Lunga (9,9%).

Studiul a constatat că marea majoritate din respondenți s-au arătat mulțumiți și foarte mulțumiți de serviciile medicale accesate, rata celor nesatisfăcuți constituind doar 4,0%. Distribuția răspunsurilor beneficiarilor privind satisfacția de serviciile medicale acordate copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) este reprezentată în Figura 8.3.7.

Figura 8.3.7. Gradul de satisfacție a părinților/îngrijitorilor de serviciile medicale accesate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



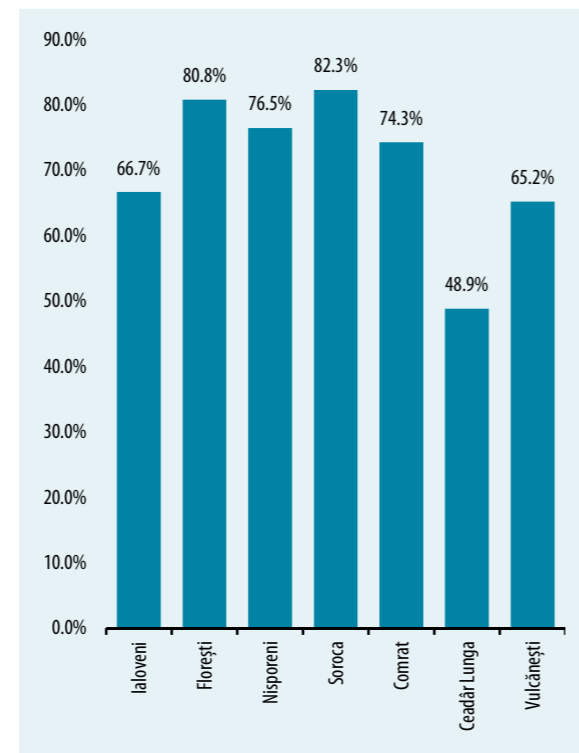
8.3.3. ACCESAREA SERVICIILOR DE ABILITARE/ REABILITARE ÎN INSTITUȚII MEDICALE ȘI SPECIALIZATE DE CĂTRE COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ), INCLUȘI ÎN STUDIUL

Serviciile de abilitare/ reabilitare din cadrul instituțiilor medicale și specializate au fost accesate de 70,3%

din copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită).

Cei mai mulți copii care au beneficiat de servicii de abilitare/ reabilitare în cadrul instituțiilor medicale și specializate provin din raioanele Soroca (82,27%) și Florești (80,77%) (Figura 8.3.8).

Figura 8.3.8. Rata copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu, beneficiari ai serviciilor de abilitare/ reabilitare din cadrul instituțiilor medicale și specializate (%)



Studiul conține date privind accesarea de către copiii cu tulburări de dezvoltare a serviciilor de abilitare/ reabilitare în cadrul diferitor instituții medicale.

Cel mai frecvent copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) au accesat servicii de abilitare/ reabilitare în instituțiile medico-sanitare publice, după cum urmează: Institutul Mamei și Copilului – în 45,2%; spitalele raionale – în 42,0% (Figura 8.3.9). Totodată, e important de menționat că durata unei cure de tratament diferă de la o instituție la alta, per total, această perioadă fiind foarte scurtă pentru a fi considerată eficientă pentru reabilitarea dezvoltării copilului (Figura 8.3.10).

Figura 8.3.9. Accesarea serviciilor de abilitare/ reabilitare în instituțiile medicale și specializate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)

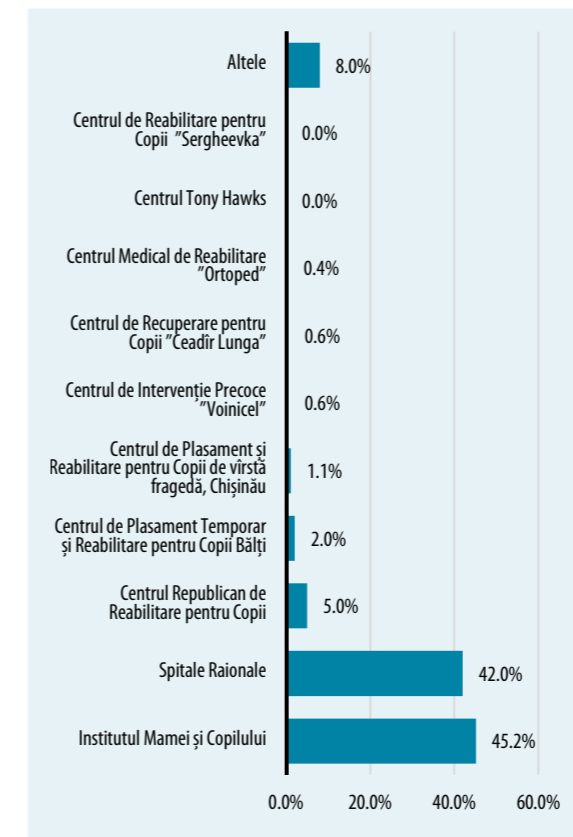
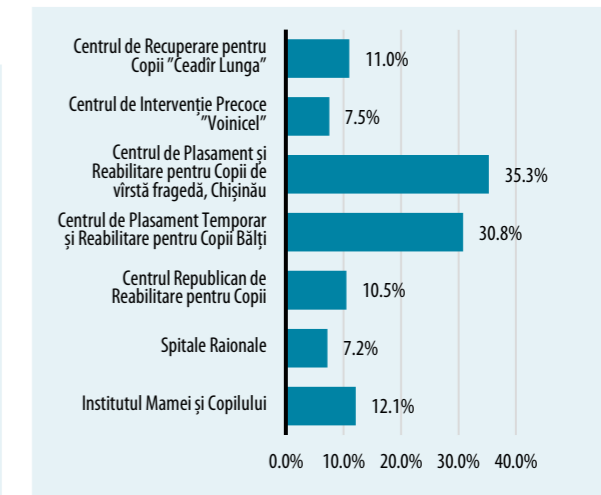


Figura 8.3.10. Durata unei cure de tratament de abilitare/ reabilitare în instituțiile medicale și specializate (zile, abs.)



Datele din Figura 8.3.11 reprezintă rata de accesare a serviciilor de abilitare/ reabilitare, în diferite instituții medicale/ specializate, de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) din raioanele cuprinse în Studiu. Practic, majoritatea respondenților au nominalizat IMSP Institutul Mamei și Copilului ca fiind cea mai frecvent accesată instituție, cu o rată de la 20,0% (Ialoveni) până la 65,2% (Vulcănești).

Figura 8.3.11. Rata copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare care au beneficiat de servicii de abilitare/ reabilitare în cadrul instituțiilor medicale și specializate, pe teritorii administrative (%)

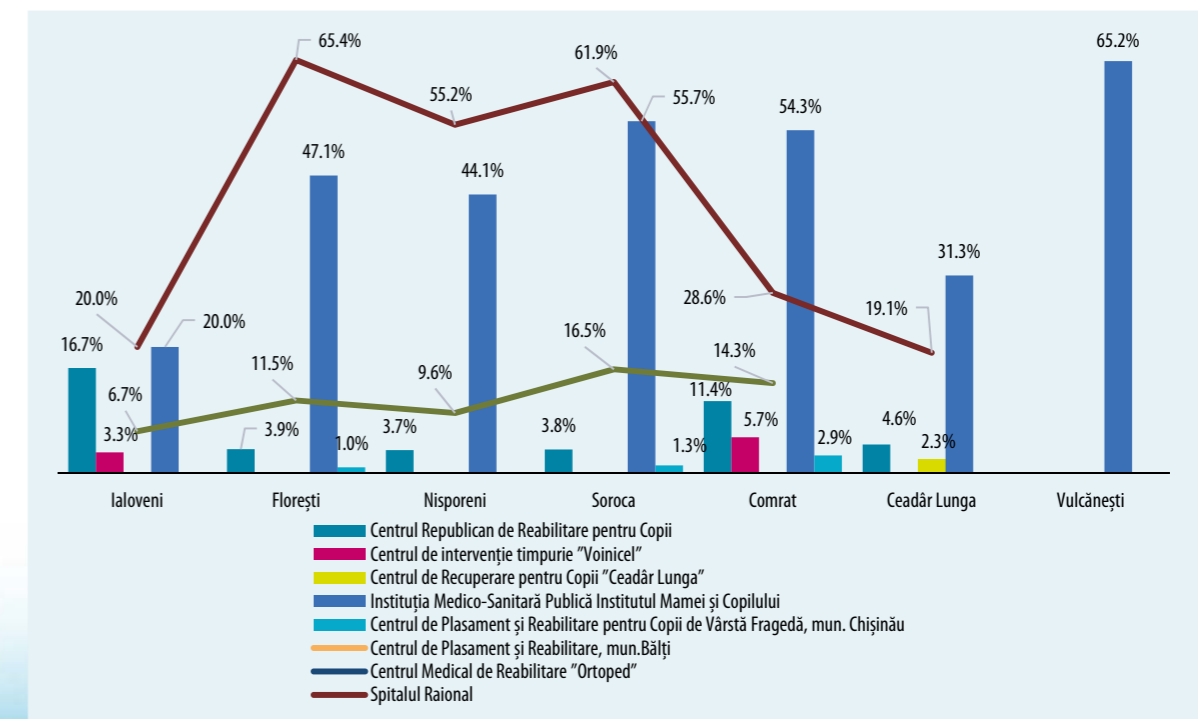
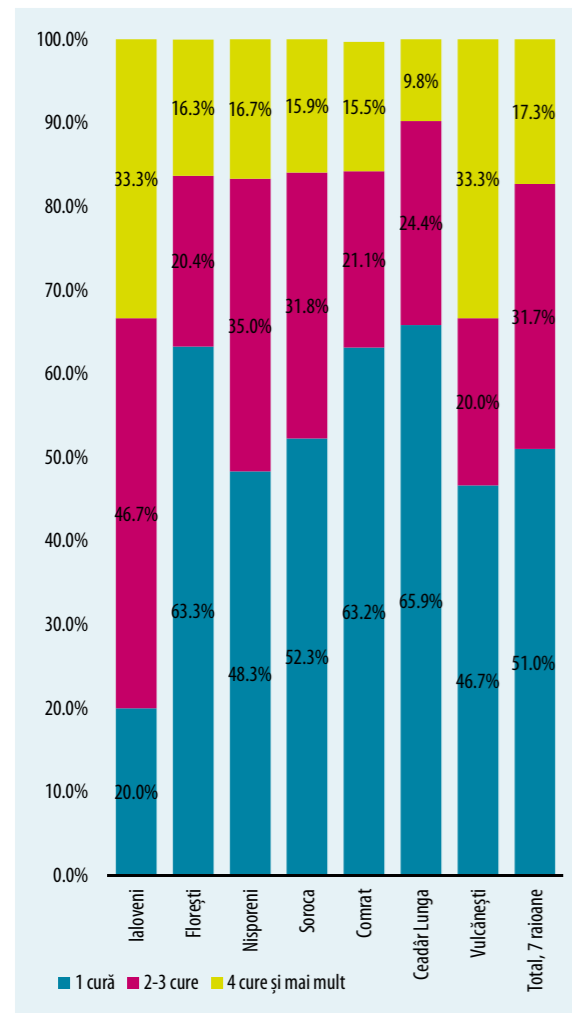


Figura 8.3.12 reprezintă numărul mediu al curelor de tratament de abilitare/ reabilitare de care au beneficiat copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu.

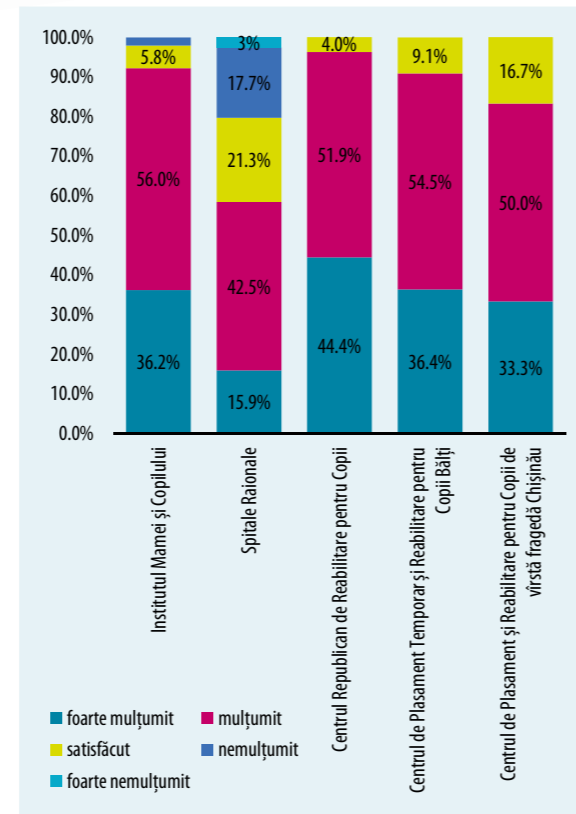
Astfel, jumătate din copii (51%) au beneficiat, de la naștere până la data evaluării, doar de o singură cură de tratament de abilitare/ reabilitare, cu excepția copiilor din raionul Ialoveni.

Figura 8.3.12. Frecvența accesării serviciilor de abilitare/ reabilitare (cure de tratament) în instituțiile medicale și specializate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu, pe fiecare teritoriu administrativ (%)



Gradul de satisfacție față de serviciile de abilitare/ reabilitare accesate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) a fost maxim (98,0% – 100,0%) pentru instituțiile de nivel republican și destul de scăzut (79,3%) pentru spitalele raionale (Figura 8.3.13).

Figura 8.3.13. Gradul de satisfacție a părinților/ îngrijitorilor de serviciile de abilitare/ reabilitare accesate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



8.3.4. ACCESAREA SERVICIILOR SOCIALE DE CĂTRE COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILITĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

Conform celor relatate de părinți/ îngrijitori, serviciile sociale au fost accesate de circa jumătate din copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) și familiile acestora, constituind 53,2% (286 copii din 538 copii). Cel mai accesibil a fost Serviciul Sprijin Familial, care a fost prestat tuturor persoanelor care au accesat serviciile sociale.

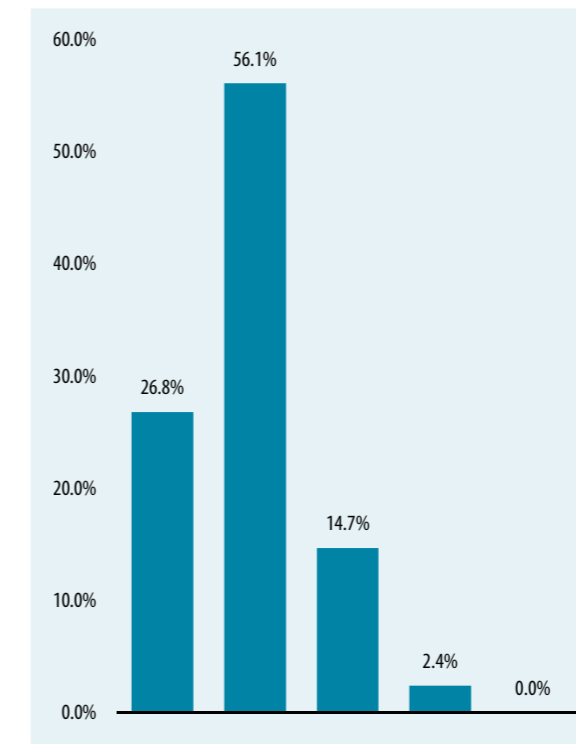
Totodată, familiile și copii din acest grup au beneficiat de alte servicii sociale într-o măsură mică:

doar 2 copii au beneficiat de serviciul Echipă mobilă, 3 copii – de serviciile Centrelor de Zi și 1 singur copil – de serviciile Centrului de zi pentru copii cu dizabilități.

În perioada colectării datelor în cadrul prezentului Studiu, Serviciul de Sprijin Familial nu era încă creat în raioanele din UTA Găgăuzia (Comrat, Ceadăr Lunga, Vulcănești).

Majoritatea respondenților (82,9%), beneficiari ai serviciilor sociale, au fost mulțumiți de calitatea serviciilor accesate. (Figura 8.3.14).

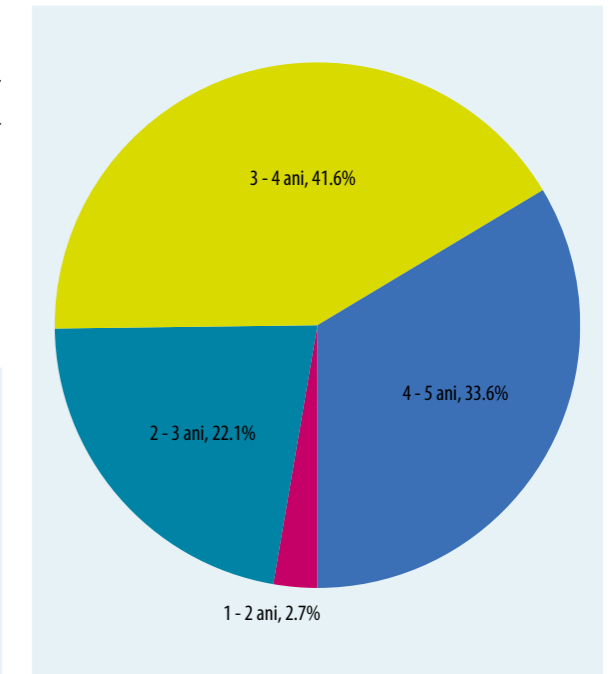
Figura 8.3.14. Gradul de satisfacție a părinților/ îngrijitorilor de serviciile sociale accesate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



8.3.5. ACCESAREA SERVICIILOR DE EDUCAȚIE TIMPURIE DE CĂTRE COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILITĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

Conform datelor Studiului, 27,7% din copiii (149 copii) cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) frecventau instituții de educație timpurie, dintre ei 2,7% – copii cu vârsta de la 1 până la 2 ani; 22,1% – copii cu vârsta de la 2 până la 3 ani; 41,6% – copii cu vârsta de la 3 până la 4 ani și 33,6% – cu vârsta de la 4 până la 5 ani (Figura 8.3.15).

Figura 8.3.15. Vârsta copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu, care frecventau instituții de educație timpurie (%)

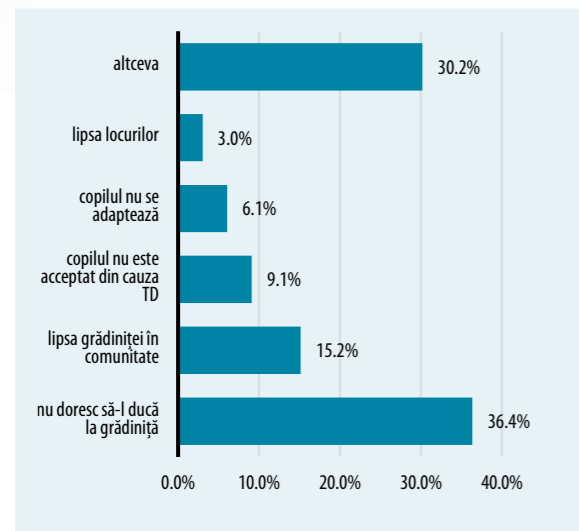


Cele mai frecvente motive invocate de către părinți/ îngrijitori privind nefrecventarea instituțiilor de educație timpurie de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) au fost: lipsa dorinței părinților de a duce/ înscrie copilul la grădiniță (36,4%), lipsa grădiniței în comunitate (15,2%), refuzul înscrierii copilului la grădiniță din cauza tulburării de dezvoltare (9,1%).

Lipsa dorinței de a înmatricula copilul la grădiniță este influențată de mai mulți factori: lipsa de informare/ informarea insuficientă a părinților despre incluziunea educațională/ socială a copiilor cu probleme de dezvoltare, caracterul încă rezilient al sistemelor/ instituțiilor educaționale din unele raioane la incluziunea copiilor cu cerințe educaționale speciale (CES), lipsa de informare/ informarea și pregătirea insuficientă a membrilor societății pentru acceptarea persoanelor cu probleme de dezvoltare, inclusiv cu dizabilități.

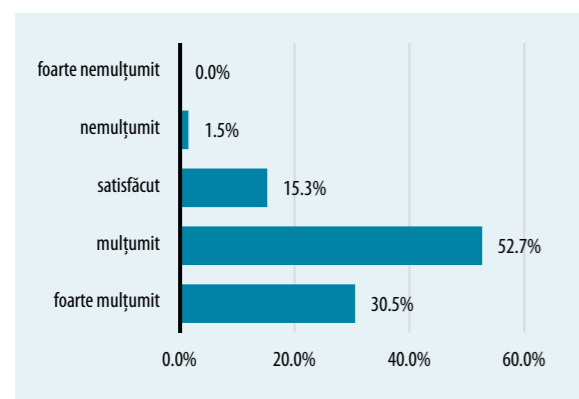
Totodată, 9,1% din respondenți au menționat că instituția preșcolară nu accepta copilul lor, iar 6,1% au remarcat că acesta nu se adaptează în instituție (Figura 8.3.16).

Figura 8.3.16. Motivele nefrecvențării instituțiilor de educație timpurie invocate de către părinții/îngrijitorii copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Marea majoritate a părinților/îngrijitorilor chestionați atestau un grad înalt de satisfacție față de serviciile de educație timpurie accesate de copiii lor. Astfel, 98,5% din respondenți au rămas foarte mulțumiți, mulțumiți și satisfăcuți de serviciile respective (Figura 8.3.18).

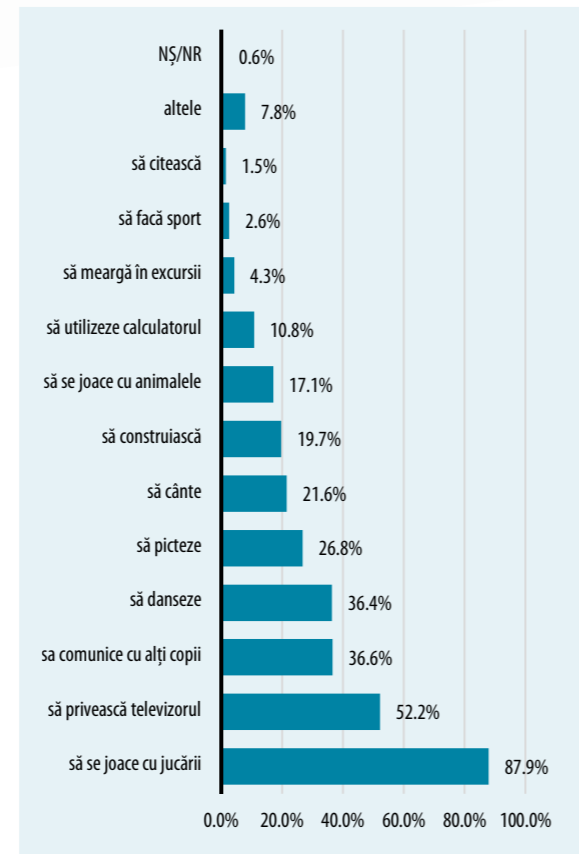
Figura 8.3.17. Gradul de satisfacție a părinților/îngrijitorilor de serviciile de educație timpurie accesate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



În cadrul Studiului, părinții/îngrijitorii au fost întrebați despre activitățile preferate ale copiilor.

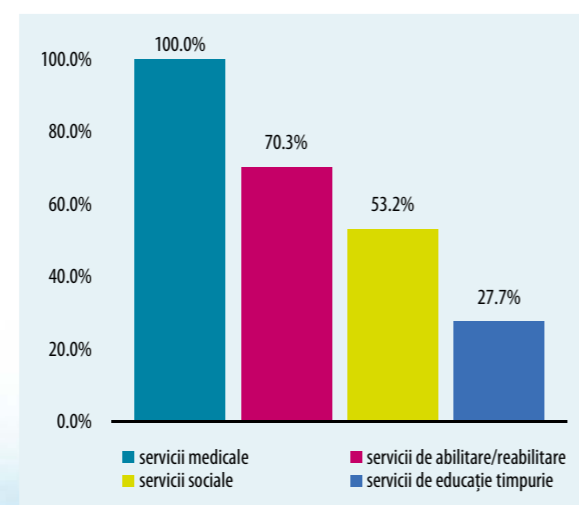
S-a constatat că cei mai mulți copii preferă să se joace cu jucării (87,9%), să privească televizorul (52,2%), să comunice cu alți copii (36,6%), să danseze (36,4%) (Figura 8.3.18).

Figura 8.3.18. Preferințele copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Concluzionând, cele mai accesate servicii de către copiii cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu au fost serviciile medicale, urmate de serviciile sociale și cele de educație timpurie (Figura 8.3.19).

Figura 8.3.19. Accesarea serviciilor de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)

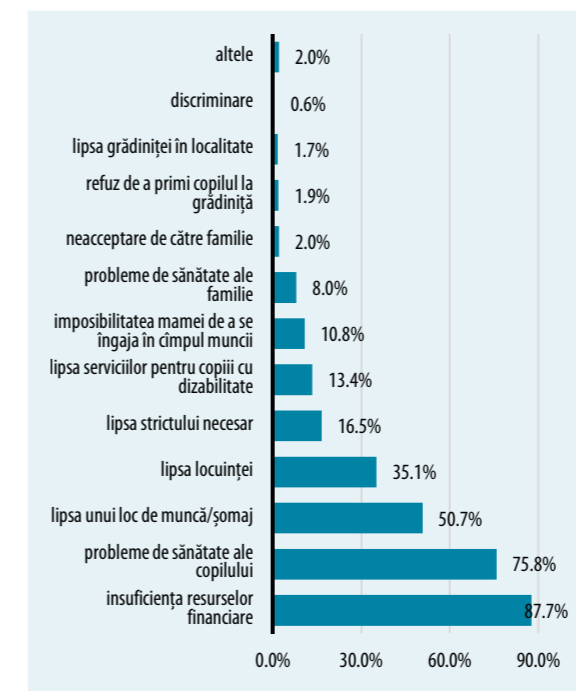


8.3.6. SITUAȚIA FAMILIILOR CARE AU ÎN ÎNGRIJIRE COPII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

Studiul a atestat un spectru larg de probleme cu care se confruntă familiile care îngrijesc copiii mici cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită).

În mod reprezentativ, au fost indicate cele mai importante 3 probleme pe care le întâmpină familiile copiilor, și anume: insuficiența resurselor financiare, aceasta reprezentând o rată de 87,7%. Pe locul 2 se clasează problemele de sănătate ale copilului – 75,8%, urmate de lipsa unui loc de muncă/șomaj al părinților/îngrijitorilor – 50,7% (Figura 8.3.20).

Figura 8.3.20. Principalele probleme cu care se confruntă familiile copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



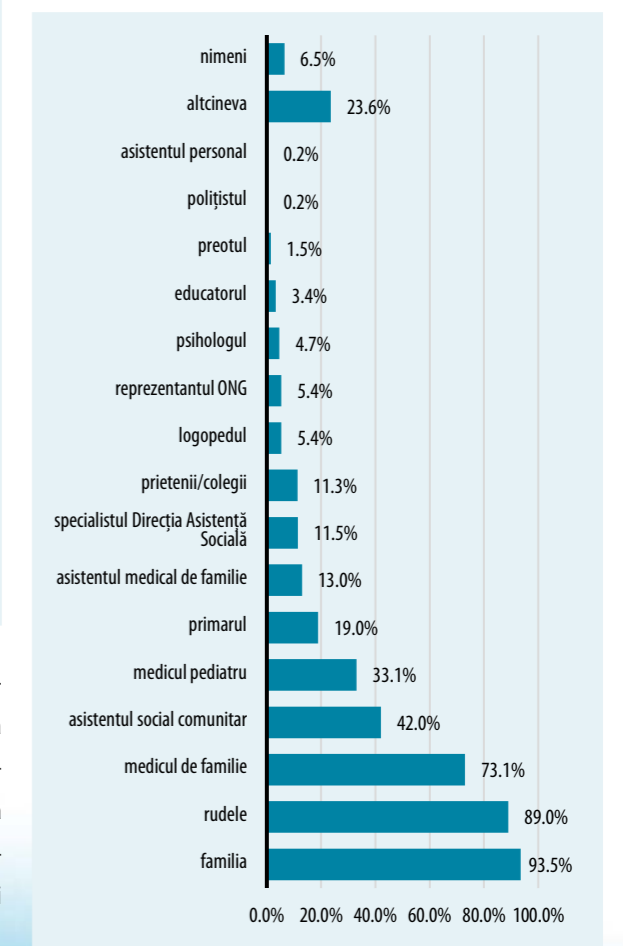
Este important să menționăm că, practic fiecare familie care avea în îngrijire un copil cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) a demonstrat responsabilitate în abordarea problemelor de sănătate cu care se confruntă copilul, solicitând sprijin din partea mai multor categorii de persoane/ instituții.

Rețeaua de sprijin a respondenților în procesul de îngrijire a copilului cu tulburări de dezvoltare este ilustrată în Figura 8.3.21.

De menționat că, prioritar, respondenții au discutat despre principala problemă cu familia și rudele (93,5% și 89,0%, respectiv), urmat de medicul de familie (73,1%) și asistentul social comunitar (42,0%).

Doar 1 din 5 respondenți au discutat cu primarul despre problemele principale în familie. Este îngrijorător că 6,5% din respondenți nu au discutat cu nimeni despre problema sa. Acest lucru indică, parțial, lipsa/insuficiența colaborării intersectoriale/ între reprezentanții serviciilor care oferă asistență copilului mic și familiei acestuia, precum și lipsa rețelelor de sprijin a familiilor respective, toate acestea favorizând creșterea riscului în rândul copiilor, exclușiunea comunitară/ socială a acestora.

Figura 8.3.21. Rețeaua de sprijin a părinților/îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)

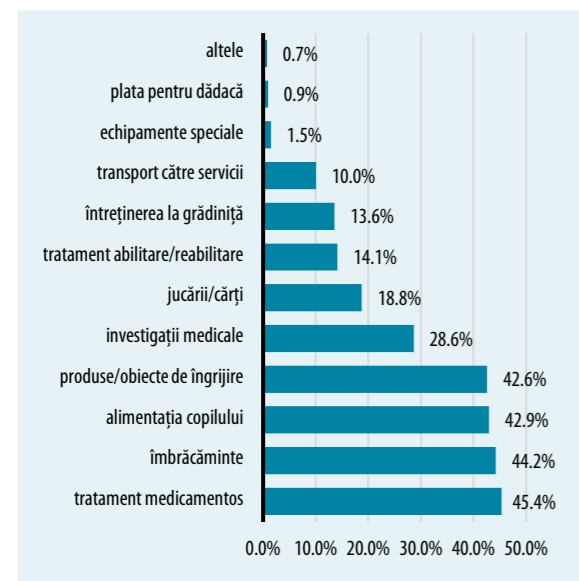


8.3.7. VENITURILE FAMILIILOR CARE AU ÎN ÎNGRIJIRE COPII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

Datele Studiului atestă venituri insuficiente/ lipsă de venituri în familiile în care sunt îngrijiți copiii mici cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită). Studiul a demonstrat că cheltuielile pentru îngrijirea copilului cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) depășeau, în mare parte, veniturile familiei.

Cei mai mulți respondenți au indicat că cea mai mare parte din venit o cheltuiau pe tratamentul medicamentos (45,4%), urmată de cheltuielile pentru îmbrăcăminte (44,2%), alimentație (42,9%), produse/ obiecte de îngrijire (42,6%) etc. (Figura 8.3.22).

Figura 8.3.22. Tipurile de cheltuieli suportate pentru întreținerea copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)

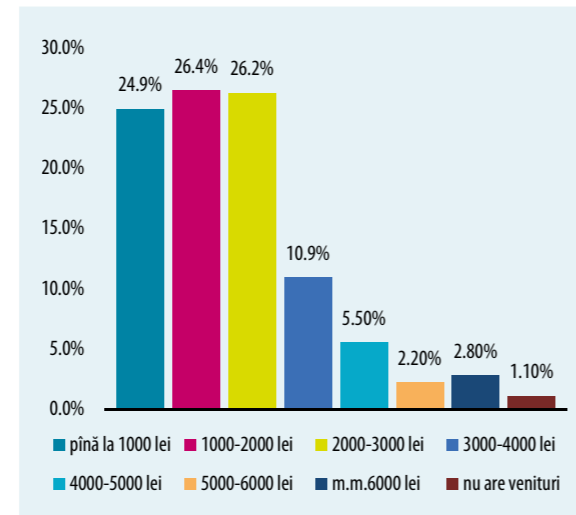


Cea mai mare parte a familiilor cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) aveau venituri lunare în mărime de până la 3000 lei (77,6%), dintre care: până la 1000 de lei (24,9%), 1000-2000 lei (26,4%) și 2000-3000 lei (26,2%) (Figura 8.3.23).

În anul 2016, valoarea minimului de existență a constituit în total pentru copii – 1703,8 lei, inclusiv 678,7

lei pentru copiii cu vârsta de până la 1 an, 1466,8 lei pentru copii în vârstă de 1-6 ani⁸².

Figura 8.3.23. Veniturile lunare ale familiilor care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



În ceea ce privește percepția părinților/ îngrijitorilor despre nivelul de bunăstare pe care veniturile realizate îl asigură, 12,3% consideră că veniturile pe care le au sunt suficiente pentru întreținerea copilului.

Circa 42% din respondenții care au răspuns „da” la întrebarea privind suficiența veniturilor sunt persoane cu studii colegiu/ universitare/ postuniversitare.

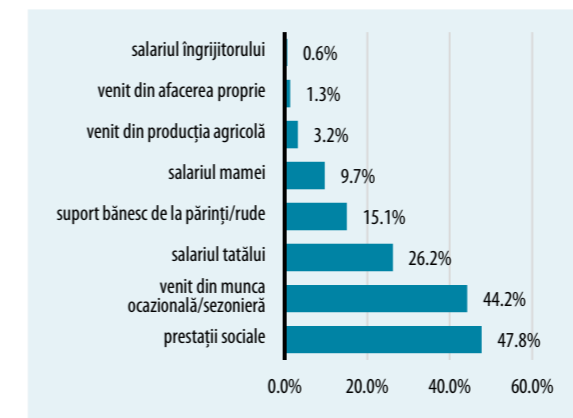
Sursele de venituri sunt distincte și multiple pentru aproape jumătate din familiile copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită). Predomină categoria de familii în care venitul provine dintr-o singură sursă (49,6%). Alte 42% dintre familiile care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare au 2 surse de venit și doar 6,1% din respondenți au menționat că veniturile lunare ale familiilor lor sunt acumulate din 3 surse și mai mult.

În structura veniturilor familiilor incluse în Studiu, predomină veniturile provenite din prestații sociale – 47,8%, munca ocazională – 44,2% și salariul unuia din părinți/ îngrijitori – 36,5% (Figura 8.3.24).

82 <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=5638>

Pentru comparație: datele Biroului Național de Statistică⁸³ pentru anul 2016 indică drept principala sursă de formare a veniturilor în familiile cu copii – activitatea salariată (46,6%), veniturile din prestații sociale (10,2%), activitatea individuală non-agricolă (9,2%) și activitatea individuală agricolă (8,6%).

Figura 8.3.24. Sursele de venit ale familiilor care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



8.3.8. PRESTAȚIILE SOCIALE/ AJUTOARELE, DE CARE BENEFICIAZĂ FAMILIILE CARE AU ÎN ÎNGRIJIRE COPII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

În prezent, în Republica Moldova există un șir de beneficii pentru familiile cu copii, acestea fiind axate, preponderent, pe copiii mici. Totodată, politicile existente sunt mai mult centrate pe categorii de beneficiari decât pe abordare țintită per copil, iar măsurile aplicate sunt mai mult efectuate postfactum confirmării sărăciei decât prevenirii acesteia pe criterii de risc.

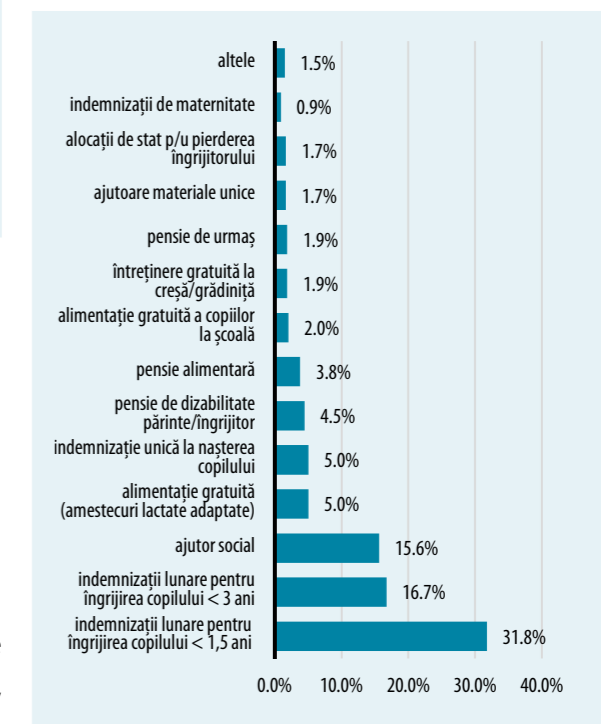
Familii eligibile ale copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare incluși în Studiu, beneficiau, la data colectării datelor, de un șir de prestații sociale/ ajutoare, dintre care: 31,8% – indemnizații

83 <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=5638&parent=0>

lunare pentru îngrijirea copilului până la atingerea vârstei de 1,5 ani (pentru persoane neasigurate) și 15,6% – indemnizații lunare pentru îngrijirea copilului până la atingerea vârstei de 3 ani (pentru persoane asigurate). De ajutor social beneficiau 15,6% de familii, de alimentație gratuită/ amestecuri lactate adaptate – 5,0% (Figura 8.3.25).

Totodată, un număr semnificativ de familii incluse în Studiu (40,5%) nu beneficiau de nici un tip de prestații/ ajutoare.

Figura 8.3.25. Prestații sociale/ ajutoare de care beneficiază familiile copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



8.3.9. CUNOȘTINȚELE ȘI NIVELUL DE IMPLICARE A PĂRINȚILOR/ ÎNGRIJITORILOR ÎN PROCESUL DE ÎNGRIJIRE A COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

În cadrul Studiului a fost evaluată cunoașterea de către respondenți a domeniilor de care are nevoie copilul pentru o dezvoltare echilibrată: să fie sănătos, să fie alimentat bine, să trăiască în siguranță/

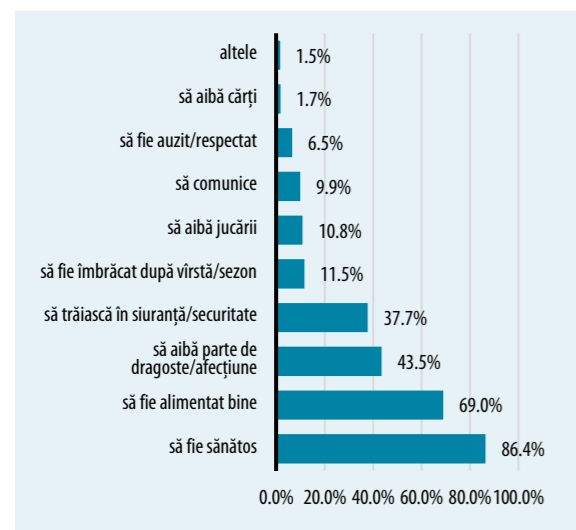
securitate, să aibă jucării, să fie auzit/ respectat, să aibă parte de dragoste/ afecțiune, să comunice etc.

Cei mai mulți părinți/ îngrijitori sunt de părere că, pentru ca copilul să se dezvolte, acesta are nevoie să fie sănătos (86,4%), să fie alimentat bine (69,0%), să aibă parte de dragoste/ afecțiune (43,5%), să trăiască în siguranță/ securitate (37,7%).

Mai puțin menționate de respondenți au fost necesitățile copilului de a comunica cu părinții, rudele, alți copii, alte persoane etc. (9,9%), precum și necesitatea copilului de a fi auzit/ respectat (6,5%) (Figura 8.3.26).

Așadar, părinții încă se concentrează pe acoperirea necesităților materiale, fiziologice ale copilului, mai mult decât pe stimularea dezvoltării acestuia. Răspunsurile înregistrate demonstrează un nivel redus de recunoaștere de către părinți/ îngrijitori a importanței dimensiunii psiho-emoționale și sociale a dezvoltării copilului.

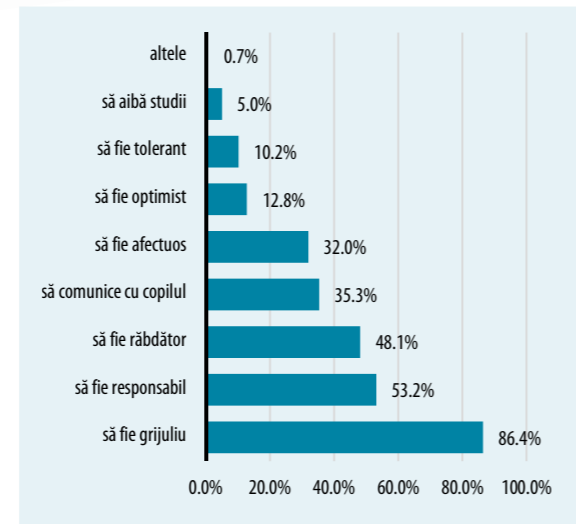
Figura 8.3.26. Opinia părinților/ îngrijitorilor cu privire la necesitățile copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Majoritatea respondenților au menționat că un părinte/ îngrijitor bun trebuie să fie grijuliu (86,4%), responsabil (53,2%) și răbdător (48,1%).

Mai mulți părinți/ îngrijitori recunosc importanța timpului petrecut cu copiii drept un factor important în procesul de îngrijire și educare a acestora (Figura 8.3.27).

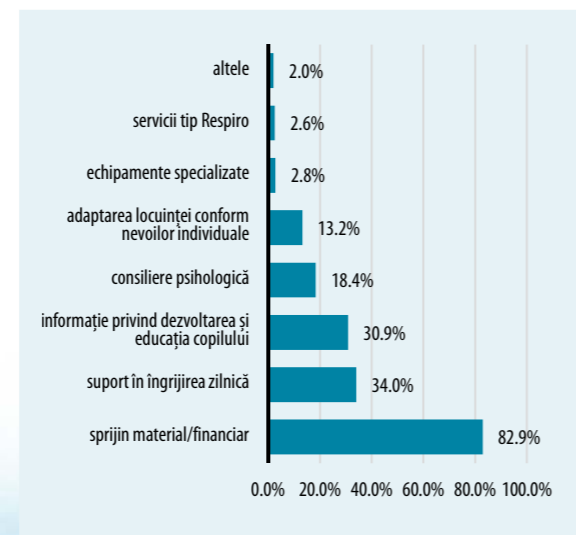
Figura 8.3.27. Opinia părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu despre „Cum trebuie să fii un părinte/ îngrijitor bun?” (%)



Majoritatea părinților/ îngrijitorilor au indicat că în procesul de îngrijire a copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) au nevoie de sprijin material/ financiar (82,9%) și suport în îngrijirea zilnică a copilului (34,0%).

Totodată, 30,9% din părinți/ îngrijitori au recunoscut că au nevoie de informație privind dezvoltarea și educația copilului, iar 18,4% – de consiliere psihologică, aceasta fiind mai puțin accesibilă pentru ei (Figura 8.3.28).

Figura 8.3.28. Sprijinul necesar părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



8.3.10. CAPACITĂȚILE PARENTALE ȘI NECESITĂȚILE DE INSTRUIRE ALE PĂRINȚILOR/ ÎNGRIJITORILOR COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

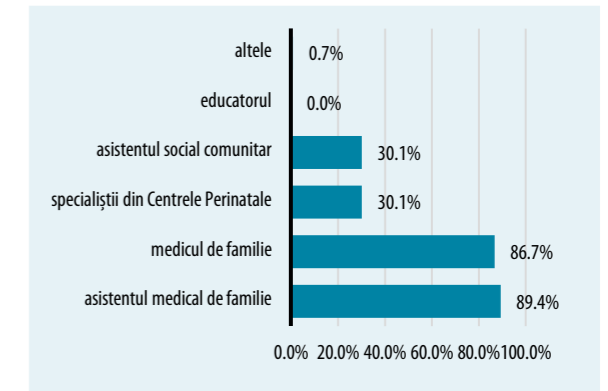
Studiile efectuate în domeniile sănătății, educației, protecției copilului au constatat lipsa sau existența unor cunoștințe, atitudini, practici lacunare și inadapitate condițiilor socio-culturale actuale în rândul familiilor, referitoare la aspecte ce țin de îngrijirea, educarea și dezvoltarea copilului.⁸⁴

Necesitatea de dezvoltare a abilităților, competențelor parentale, precum și a unor servicii specializate de educație parentală este confirmată și de rezultatele prezentului Studiu.

Astfel, 79,0% din părinții/ îngrijitorii intervievați au afirmat că nu au participat la instruiți pentru a deveni un părinte mai bun. Principala sursă de informare cu privire la **îngrijirea, dezvoltarea și educația** copilului în aceste cazuri era familia, rețeaua socială și mass-media, mai puțin – literatura specializată și specialiștii din domeniu.

Totodată, Studiul a constatat că 21,0% de părinți/ îngrijitori au beneficiat de instruiți. Acestea au fost organizate, preponderent, de lucrătorii medicali din asistența medicală primară (asistentul medical de familie – 89,4%, medicul de familie – 86,7%), iar fiecare al 3-lea părinte/ îngrijitor a beneficiat de instruiți și din partea asistentului social comunitar și a specialiștilor din Centrele Perinatale (30,1%) (Figura 8.3.29).

Figura 8.3.29. Specialiștii care au organizat instruiți pentru părinți/ îngrijitorii copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Referitor la sprijinul necesar în procesul de creștere și îngrijire a copilului, părinții/ îngrijitorii și-au exprimat votul de încredere pentru partenerul său (soț/ soție – 71,6%), familia extinsă (57,3%) și rude (20,5%).

Concomitent, părinții/ îngrijitorii copiilor consideră important rolul și sprijinul medicului de familie (23,4%) și a asistentului social comunitar (16,9%). Circa 1/3 din părinți/ îngrijitori au menționat că necesită să fie sprijiniți de către stat (31,4%).

Este de menționat că sprijinul din partea asistentului medicului de familie a fost indicat de părinți/ îngrijitori doar în 7,4%, iar din partea primarului – doar în 3,5%, ce denotă un grad scăzut de încredere față de aceștia.

8.3.11. CARACTERISTICI DEMOGRAFICE ALE PĂRINȚILOR/ ÎNGRIJITORILOR COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE (FĂRĂ DIZABILITATE STABILĂ), INCLUȘI ÎN STUDIU

În procesul elaborării Studiului au fost chestionați 538 respondenți, inclusiv 522 părinți (97,0%) și 16 îngrijitori (3,0%). În funcție de mediul de reședință au fost chestionați 70,8% părinți/ îngrijitori din mediul rural și 29,2% părinți/ îngrijitori din mediul urban. În funcție de sex, au fost chestionate 487 femei (90,5%) și 51 bărbați (9,5%).

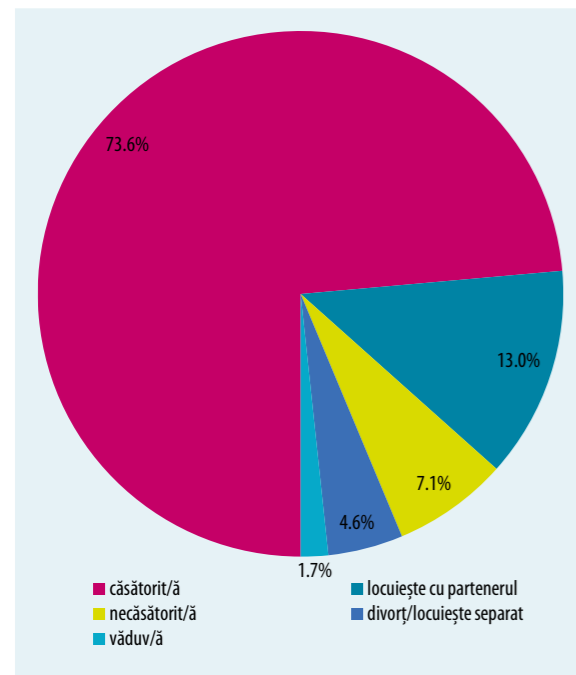
⁸⁴ Strategia intersectorială de dezvoltare a abilităților și competențelor parentale pentru anii 2016-2022 – <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=366978>

Cea mai mare rată a respondenților au constituit-o cei cu vârstele cuprinse între 26-30 ani (175 persoane), urmați de cei de 18-25 ani (160 persoane) (Tabelul nr. 3). Cea mai mare parte a respondenților (73,6%) erau căsătoriți, încă 13,0% erau familii complete prin concubinaj (Figura 8.3.30).

Tabelul nr. 3. Vârsta părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (cifre absolute, %)

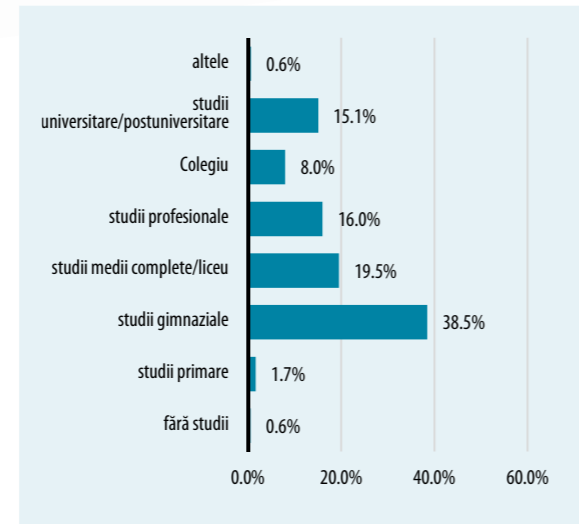
vârsta	18-25 ani	26-30 ani	31-35 ani	36-40 ani	> 40 ani
persoane (cifre absolute)	160	175	103	56	44
rata (%)	29,7%	32,5%	19,1%	10,4%	8,2%

Figura 8.3.30. Starea familială a părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Studiile respondenților reprezintă o altă variabilă importantă care scoate în evidență nivelul de pregătire/ formare a acestora. Evaluarea demonstrează că majoritatea respondenților (60,3%) nu au însușit nici o profesie. Cea mai mare parte dintre părinți/ îngrijitori aveau studii gimnaziale (38,5%), urmați de cei cu studii medii complete/ liceale (19,5%), studii profesionale (16,0%), studii universitare (15,1%) (Figura 8.3.31).

Figura 8.3.31. Nivelul de studii al părinților/ îngrijitorilor, care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



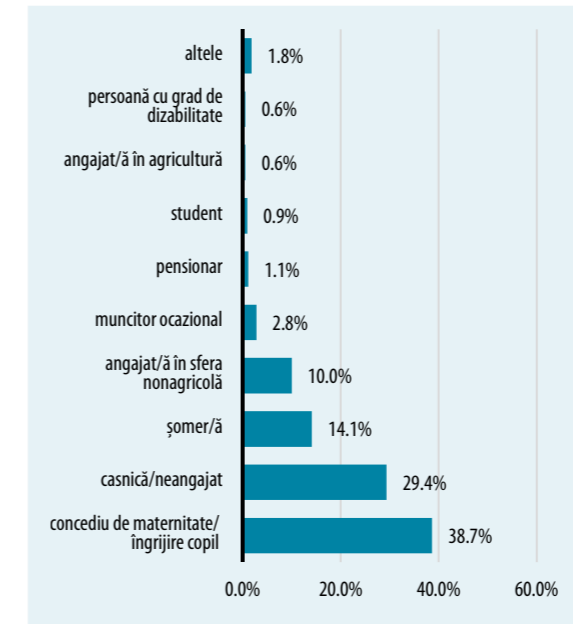
Statutul ocupațional al părinților/ îngrijitorilor este unul din factorii principali care determină nivelul de bunăstare a copilului. Încadrarea părinților în câmpul muncii diminuează esențial probabilitatea de a intra în categoria săracilor.

Lipsa serviciilor de suport obligă renunțarea temporară a femeilor la activitatea profesională odată cu apariția copiilor, mai cu seamă a celor cu tulburări de dezvoltare și dizabilități. Realitatea vizată este valabilă și pentru bărbați, astfel întreaga familie resimte impactul economic cauzat de părăsirea locului de muncă, în special până la școlarizarea copiilor.

Studiul atestă că, din numărul total de chestionați, casnicele și șomerii reprezentau 43,5% cumulativ, urmați de mamele aflate în concediu de maternitate/ îngrijire a copilului cu 38,7% din totalul de respondenți (Figura 8.3.32).

Imposibilitatea de a găsi un loc de muncă adecvat pregătirii și a condițiilor specifice este o problemă pentru părinții/ îngrijitorii copiilor sub 5 ani, mai cu seamă în mediul rural. De regulă, angajatorii nu sunt dispuși să încadreze pe o perioadă nedeterminată persoanele din categoria celor din grupul de risc (femeile care au copii mici/ copii cu dizabilități și care, din această cauză, lipsesc frecvent de la serviciu, în scopul oferirii de îngrijire copilului bolnav).

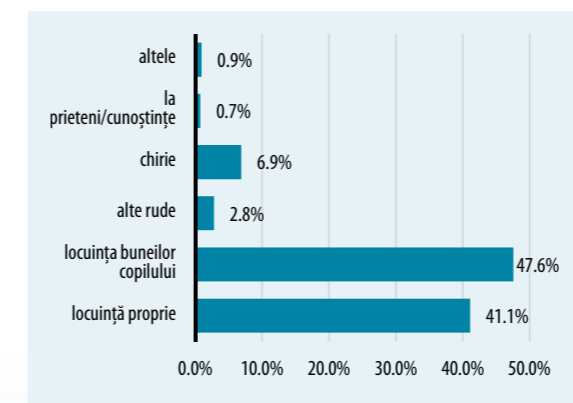
Figura 8.3.32. Statutul ocupațional al părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



Locuința reprezintă, la fel, un factor foarte important în asigurarea bunăstării copilului mic, inclusiv cu tulburări de dezvoltare.

Studiul a dovedit că doar 41,1% dintre familiile aveau locuință proprie, celelalte 58,9% locuiau în spații care aparțin altor persoane. Aproape jumătate dintre familiile intervievaților (47,6%) locuiau la bunicii copilului, alte 2,8% – la alte rude (Figura 8.3.33).

Figura 8.3.33. Locuința familiilor care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), incluși în Studiu (%)



O altă variabilă evaluată în cadrul Studiului a fost dotarea locuințelor și accesul acestora la utilitățile publice.

Astfel, un număr substanțial de familii care aveau în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) nu dispuneau de apă caldă (66,7%), de apă rece curgătoare (35,7%), baie/ duș (60,6%) și canalizare (60,4%).

Totodată, conform datelor Biroului Național de Statistică⁸⁵, în anul 2016 circa 79,9% din gospodăriile cu copii dispuneau de apeduct, circa 71,2% gospodăriile erau conectate la sistemul de canalizare, aproximativ 61,3% dispuneau de baie sau duș, 58,4% aveau acces la apă caldă.

Analizând datele evaluării, precum și datele statisticilor naționale, conchidem că familiile cu copii sub 5 ani cu tulburări de dezvoltare din cele 7 regiuni cuprinse în Studiu prezintă o situație sub media pe țară la capitolul dotarea locuințelor cu utilități publice.

Concluzii

- Primele semne de tulburare de dezvoltare, în majoritatea cazurilor, au fost identificate primar până la atingerea vârstei de 1 an a copilului. Medicul de familie și medicul pediatru au fost specialiștii care cel mai frecvent au fost implicați în identificarea și confirmarea tulburării de dezvoltare la copil.
- Serviciile medicale au fost accesate de toți copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită). Preponderent au fost accesate serviciile medicale universale, prestate în cadrul Asistenței Medicale Primare (100,0%).
- Deși intervenții chirurgicale au suportat un număr nesemnificativ de copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), acestea au fost efectuate nu doar în Republica Moldova, dar și peste hotarele ei, la unii copii repetat.
- Circa jumătate din copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) au beneficiat de servicii de abilitare/

⁸⁵ <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=5638&parent=0>

reabilitare prestate în cadrul instituțiilor medicale de nivel terțiar, cu nivel de satisfacție maxim (98% – 100%), comparativ cu cele prestate în cadrul Spitalelor Raionale, unde gradul de satisfacție este mult mai jos (79,3%). Aceasta indică spectrul îngust de servicii dezvoltate la nivel teritorial, acesta fiind necorespunzător necesităților.

5. Jumătate din copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) au beneficiat de la naștere până momentul evaluării de o singură cură de tratament de abilitare/ reabilitare (51,0%), din cauza accesibilității reduse (sub aspect geografic, insuficiența resurselor financiare pentru deplasare către servicii etc.).
6. De serviciile de abilitare/ reabilitare prestate în cadrul instituțiilor specializate de intervenție timpurie (Centrul de Intervenție Precoce, „Voinicel”, Centrul Tony Howks) au beneficiat un număr extrem de mic de copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare incluși în Studiu (3 copii din 538). Accesul limitat la aceste servicii este legat de amplasarea, în exclusivitate, a Centrelor de reabilitare în mun. Chișinău, insuficiența resurselor financiare pentru deplasare către aceste servicii etc.
7. Serviciile sociale au fost accesate de circa jumătate din copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) incluși în Studiu (53,2%), cel mai accesibil fiind Serviciul de Sprijin Familial. Această se explică prin gama îngustă a serviciilor sociale disponibile, aflate în proces de dezvoltare la etapa actuală.
8. Circa 1/ 3 din copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) frecventau instituții de educație timpurie. Cele mai frecvente motive privind nefrecventarea acestora sunt: lipsa dorinței părinților de a duce/ înscrie copilul la grădiniță (36,4%), lipsa grădiniței în comunitate (15,2%), refuzul înmatriculării copilului din cauza tulburării de dezvoltare (9,1%).
9. Insuficiența resurselor financiare este principala problemă cu care se confruntă 87,7% din familiile cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită). Cheltuielile cele mai mari pe care le suportă acestea, sunt

legate de asigurarea tratamentului medicamentos, îmbrăcăminte și alimentației copilului.

10. Majoritatea familiilor cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) au venituri insuficiente. În 77,6% cazuri, acestea nu asigurau copiilor minimumul de existență. Cele mai frecvente surse de venit erau prestațiile sociale (47,8%), munca ocazională (44,2%), salariul unuia din părinți/ îngrijitori (36,5%). Pentru 11,9% familii, prestațiile sociale constituiau unica sursă, exclusivă, de venituri.
11. Familia, rudele, medicul de familie și asistentul social comunitar oferă sprijinul principal părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), rămânând și în continuare o rețea de sprijin solicitată. Doar o familie din cinci a discutat despre problemele întâmpinate cu primarul, iar 6,5% dintre familii nu au discutat cu nimeni despre acestea. Prin urmare, este insuficientă implicarea intersectorială a specialiștilor/ structurilor în soluționarea problemelor acestor copii și familii.
12. Majoritatea familiilor au indicat că, în procesul de îngrijire a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), au nevoie de sprijin material/ financiar (82,9%), urmat de suportul în îngrijirea zilnică, informațiile privind dezvoltarea și educația copilului, consilierea psihologică etc.
13. Participarea părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) în activități de educație parentală este foarte scăzută (21,0%). Cu toate acestea, fiecare al 3-lea părinte/ îngrijitor a menționat necesitatea în instruire/ informare privind îngrijirea și dezvoltarea copilului.
14. În procesul de îngrijire a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) părinții/ îngrijitorii încă se concentrează pe acoperirea necesităților de bază, mai mult decât pe stimularea dezvoltării copiilor. Faptul că 52,2% din copii preferă să privească televizorul, denotă implicarea insuficientă a părinților/ îngrijitorilor în procesul de stimulare a dezvoltării acestora.

15. Practic fiecare al 2-lea părinte/ îngrijitor al copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) nu era încadrat în câmpul muncii, statutul ocupațional fiind unul din factorii principali care determină nivelul de bunăstare a copilului. „Stresul financiar” rezultat din lipsa locurilor de muncă, precum și locurile de muncă cu venituri mici afectează în mod direct calitatea vieții oferită copilului.
16. Condițiile de trai (locuința și utilitățile de bază), la o bună parte din familiile cu copii, erau sub nivelul necesităților. Circa 2/ 3 din familii nu dispuneau de apă caldă, baie și canalizare, 1/ 3 – nu dispuneau de apă rece curgătoare, fapt ce influențează direct la calitatea îngrijirii copilului.

8.4. ACCESAREA SERVICIILOR MEDICALE DE ABILITARE/ REABILITARE, SOCIALE ȘI DE EDUCAȚIE TIMPURIE DE CĂTRE FAMILIILE CARE AU ÎN ÎNGRIJIRE COPII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ (ÎN BAZA DATELOR, COLECTATE DE LA PĂRINȚII/ ÎNGRIJITORII COPIILOR)

În Studiu au fost incluși 266 de copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită și părinții/ îngrijitorii acestora. În procesul evaluării au fost intervievate două categorii de persoane: părinții copilului și îngrijitorii copilului – în cazurile în care copiii locuiau în familia acestora.

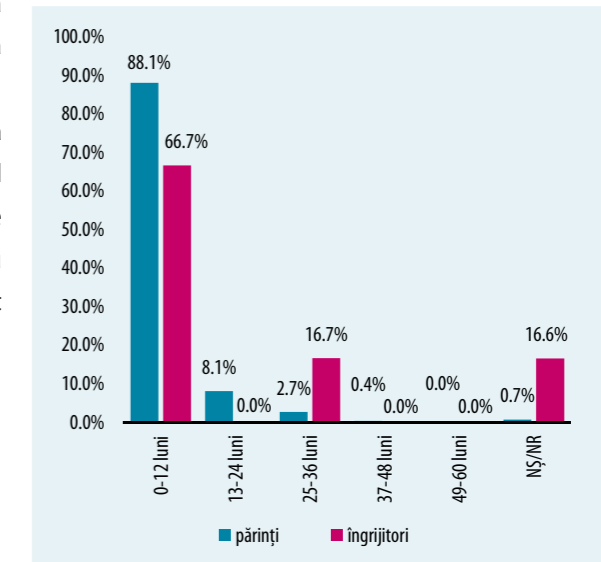
În total, au fost intervievate 266 persoane, dintre care 260 părinți și 6 îngrijitori.

8.4.1. DEPISTAREA DIZABILITĂȚII LA COPII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI INCLUȘI ÎN STUDIU

Studiul a arătat că primele semne de dizabilitate au fost identificate primar, preponderent, până la atingerea de către copil a vârstei de 1 an, în 88,1% cazuri – de către părinți și 66,7% cazuri – de către îngrijitori

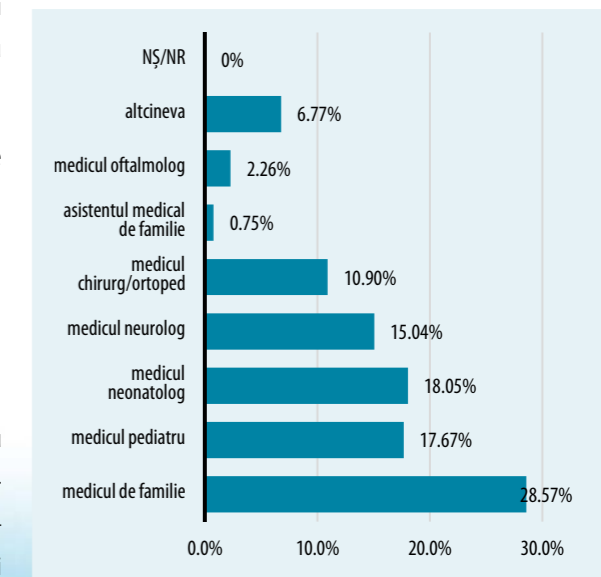
(Figura 8.4.1). Astfel, conform datelor Studiului, părinții copilului au observat mai precoce primele semne de dizabilitate la copil.

Figura 8.4.1. Vârsta la care au fost observate primele semne de dizabilitate la copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



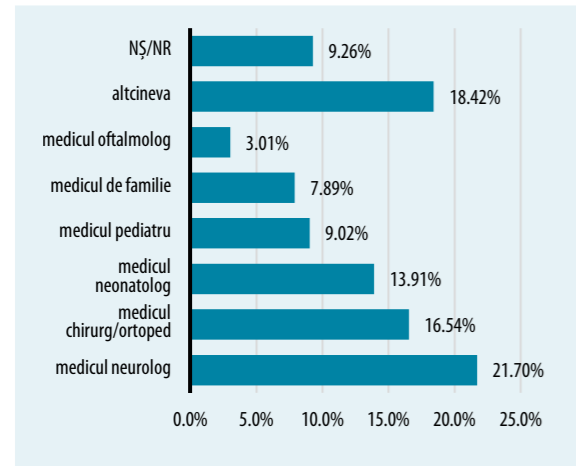
Ca și în cazul copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), cel mai frecvent, părinții/ îngrijitorii s-au adresat primar pentru confirmarea/ infirmarea dizabilității copilului la medicul de familie (28,6%), la medicul neonatolog (18,1%), medicul pediatru (17,7%) (Figura 8.4.2).

Figura 8.4.2. Specialiștii la care s-a adresat părinții/ îngrijitorii pentru prima dată pentru a confirma/ infirma dizabilitatea la copiii cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu (%)



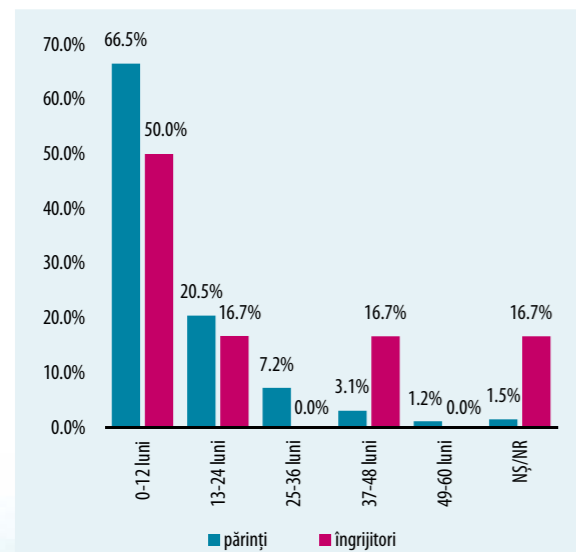
Din spusele părinților/ îngrijitorilor, în cele mai multe cazuri, dizabilitatea la copil a fost confirmată de către medicul neurolog (21,7%), urmat de către chirurg/ ortoped (16,5%), neonatolog (13,9%). În 18,4% cazuri, dizabilitatea copilului a fost confirmată de către alți specialiști (Figura 8.4.3).

Figura 8.4.3. Specialistul care a confirmat dizabilitatea la copiii cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu (%)



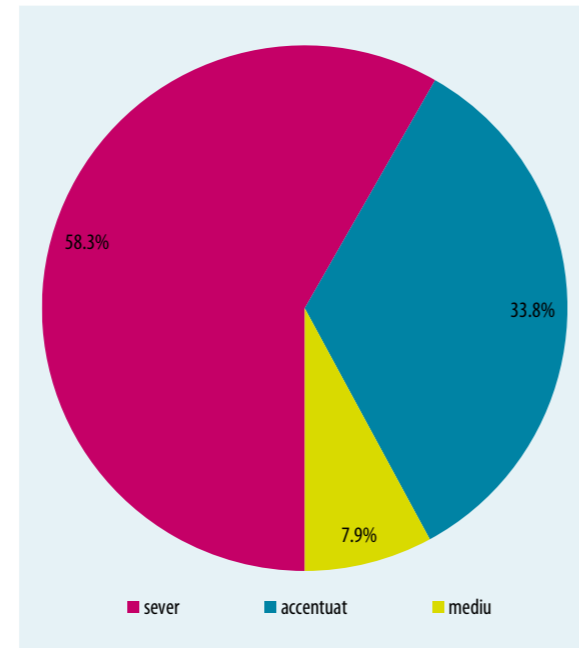
Studiul a scos în evidență că, cel mai frecvent, dizabilitatea la copii a fost confirmată în intervalul de vârstă de la 0 până la 12 luni a copilului, fapt confirmat atât de către părinți (66,5%), cât și de către îngrijitori (50,0%). 16,7% din îngrijitori au spus că nu cunosc vârsta la care a fost depistată dizabilitatea copilului (Figura 8.4.4).

Figura 8.4.4. Vârsta la care a fost confirmată dizabilitatea la copiii cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu (%)



De menționat că mai mult de jumătate din copiii incluși în Studiu aveau dizabilitate severă (58,3%), urmați de copiii cu dizabilitate accentuată (33,8%) și cu grad mediu de dizabilitate (7,9%), ceea ce coincide cu structura dizabilității la copiii din același grup de vârstă la nivel național (Figura 8.4.5).

Figura 8.4.5. Gradul de dizabilitate al copiilor cu vârsta de până la 5 ani incluși în Studiu (%)



Menționăm că Studiul a demonstrat o corelare, cu mici devieri, între răspunsurile date de lucrătorii medicali din asistența medicală primară (AMP) și cele ale părinților/ îngrijitorilor, la mai multe aspecte ce țin de dizabilitatea în rândul copiilor.

Identificarea primară a patologiei care ulterior a cauzat dizabilitatea este efectuată în primul an de viață: 82,7% – date relatate de lucrătorii medicali din asistența medicală primară (Figura 8.2.31), 88,1% – date relatate de părinți (Figura 8.4.1).

Atât părinții/ îngrijitorii, cât și lucrătorii medicali din AMP, au evidențiat că, în peste 50% cazuri, dizabilitatea a fost stabilită la vârsta de până la 1 an: 55,3% – date relatate de lucrătorii medicali din AMP (Figura 8.2.31), 66,5% – părinți, 50,0% – îngrijitori (Figura 8.4.4).

Mai mult de jumătate din copiii cu vârsta de până la 5 ani aveau grad sever de dizabilitate: 52,6% – date

relatate de către lucrătorii medicali din AMP (Figura 8.2.4), 58,3% – date relatate de părinți/ îngrijitori (Figura 8.4.5).

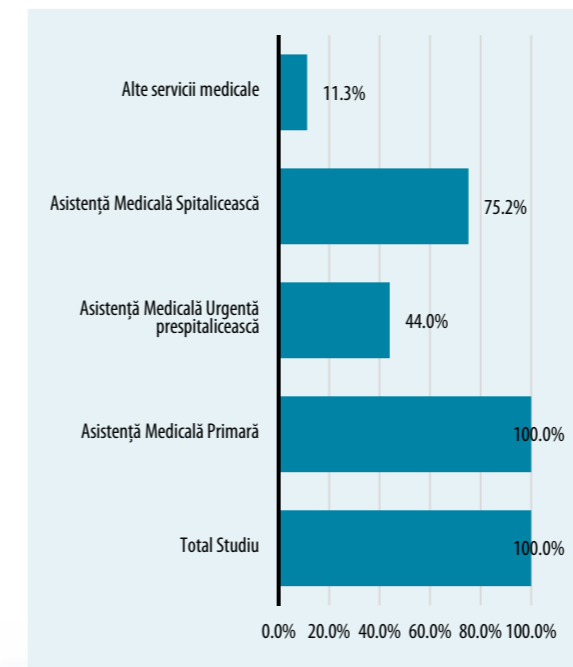
8.4.2. ACCESAREA SERVICIILOR MEDICALE DE CĂTRE COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIU

Ca și categoria de copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), toți copiii cu dizabilitate stabilită au beneficiat servicii medicale (100,0%).

Spectrul de servicii de care au beneficiat copiii cu dizabilități incluși în Studiu este reprezentat în Figura 8.4.6.

Cel mai frecvent au fost accesate serviciile de Asistență Medicală Primară, urmate de serviciile de Asistență Medicală Spitalicească și Urgentă prespitalicească (Figura 8.4.6).

Figura 8.4.6. Serviciile medicale, accesate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)

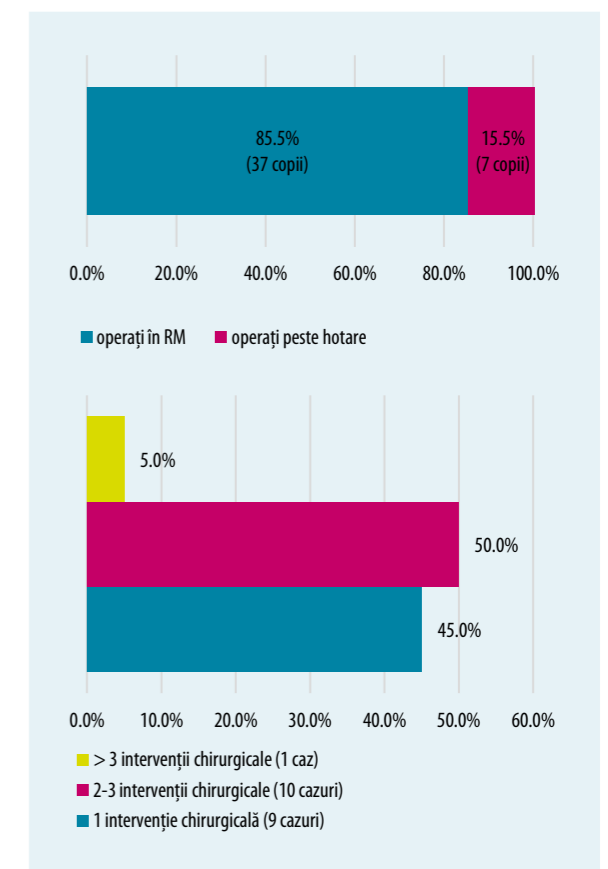


Datele Studiului demonstrează că fiecare al 2-lea copil cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită a fost supus intervenției chirurgicale (48,5% sau 129 copii).

Din numărul total de copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, în legătură cu patologia care a cauzat dizabilitatea, 109 copii (85,5%) au suportat intervenții chirurgicale în Republica Moldova, iar 20 copii (15,5%) au suportat intervenții chirurgicale peste hotarele țării.

Din cei 20 copii operați peste hotare: 9 copii au suportat câte 1 intervenție chirurgicală, 10 copii – câte 2-3 intervenții chirurgicale și 1 copil a suportat mai mult de 3 intervenții chirurgicale (Figura 8.4.7).

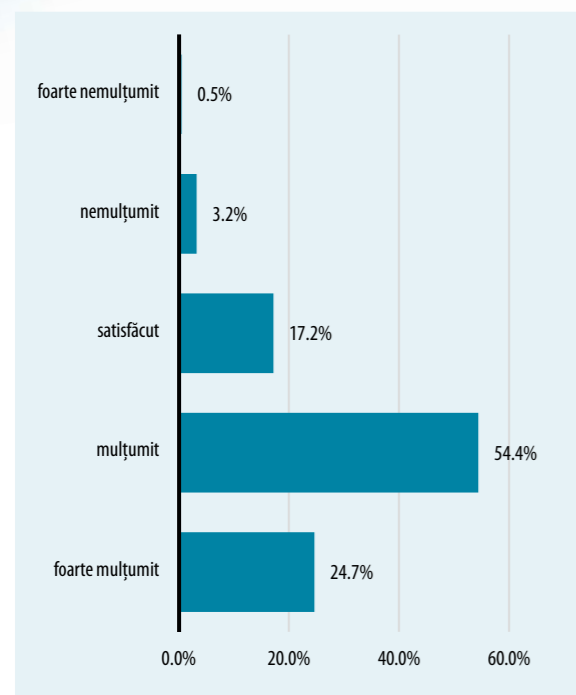
Figura 8.4.7. Intervențiile chirurgicale suportate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, realizate în Republica Moldova și peste hotare (%)



Datele colectate au arătat că cea mai mare rată de copii cu dizabilitate stabilită supuși intervențiilor chirurgicale se atestă în raioanele: Ialoveni (51,9%), Soroca (51,7%), Ceadâr Lunga (50,9%), Florești (10,58%), Soroca (10,13%).

Marea majoritate a părinților/ îngrijitorilor au fost mulțumiți de calitatea serviciilor medicale primite (96,3%) (Figura 8.4.8).

Figura 8.4.8. Gradul de satisfacție a părinților/îngrijitorilor de serviciile medicale, accesate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



8.4.3. ACCESAREA SERVICIILOR DE ABILITARE/ REABILITARE ÎN INSTITUȚII MEDICALE ȘI SPECIALIZATE DE CĂTRE COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIUL

Serviciile de abilitare/ reabilitare din cadrul instituțiilor medicale și specializate au fost accesate de către 85,3% dintre copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită.

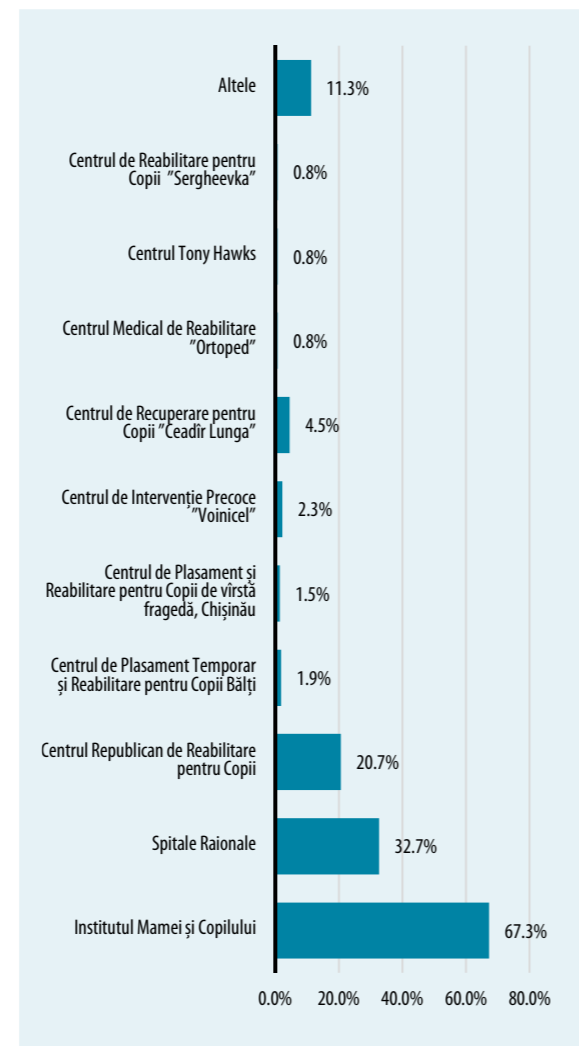
Cel mai frecvent aceștia au accesat servicii de abilitare/ reabilitare în cadrul Institutului Mamei și Copilului (67,3%) și Centrului Republican de Reabilitare pentru Copii (20,7%).

De servicii de abilitare/ reabilitare, prestate în cadrul spitalelor raionale, la locul de trai a copilului, au beneficiat doar 32,7% copii, fapt ce indică un spectru îngust/ insuficient a acestora la nivel de teritoriu.

Totodată, Studiul a constatat că copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită nu sunt, în mare

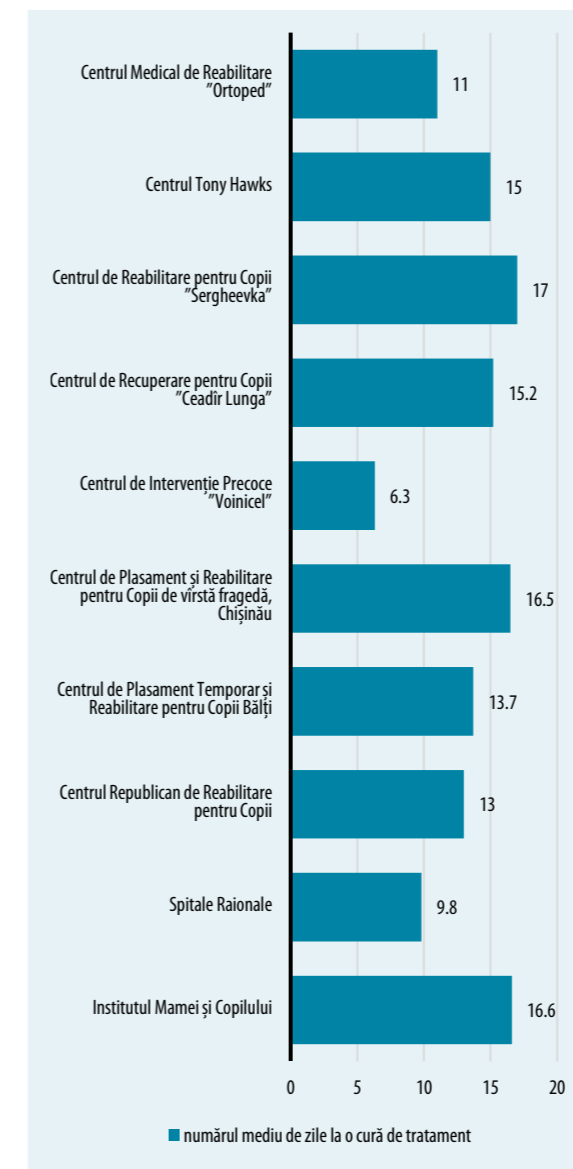
parte, referiți către instituțiile de reabilitate/ recuperare specializate. Astfel, de tratament specializat în Centrului de Recuperare pentru Copii „Ceadr Lunga” au beneficiat numai 12 copii (4,5%), iar în Centrul de Reabilitare pentru Copii „Sergheevka” – doar 2 copii (0,7%) (Figura 8.4.9).

Figura 8.4.9. Accesarea serviciilor de abilitare/ reabilitare în instituțiile medicale și specializate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Durata unei cure de tratament oferite în cadrul instituțiilor medicale și cele specializate, care prestează servicii de abilitare și reabilitare copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, variază de la 6,3 zile (Centrul de Intervenție Precoce „Voinicel”) până la 17 zile (Centrul de Reabilitare pentru Copii „Sergheevka”), perioadă destul de scurtă pentru reabilitarea unui copil cu dizabilitate stabilită (Figura 8.4.10).

Figura 8.4.10. Durata unei cure de tratament de abilitare/ reabilitare în instituțiile medicale și specializate (zile, abs.)



Majoritatea părinților/ îngrijitorilor s-au arătat foarte mulțumiți/ mulțumiți/ satisfăcuți de serviciile prestate în cadrul instituțiilor medicale.

Totodată, 29,1% de respondenți s-au arătat nemulțumiți/ foarte nemulțumiți de serviciile de abilitare/ reabilitare din cadrul Spitalelor Raionale, ceea ce sugerează insuficiența/ spectrul îngust de servicii de abilitare/ reabilitare pentru copiii mici cu dizabilități, la nivel teritorial (Figura 8.4.11).

Figura 8.4.11. Gradul de satisfacție a părinților/îngrijitorilor de serviciile de abilitare/ reabilitare, accesate în cadrul instituțiilor medicale de către copiii vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



8.4.4. UTILIZAREA ECHIPAMENTELOR SPECIALE DE CĂTRE COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIUL

Necesitatea echipamentelor speciale este determinată de tipul patologiei care a cauzat dizabilitatea, gradul de severitate al acesteia, dar și de particularitățile individuale ale copilului. Cel mai frecvent necesită echipamente copii cu dizabilitate motorie, care nu se deplasează de sine stătător. Ponderea acestora în rândul copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, constituie 32,0% (85 copii).

Din cei 266 copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, 129 sau 48,5% utilizau

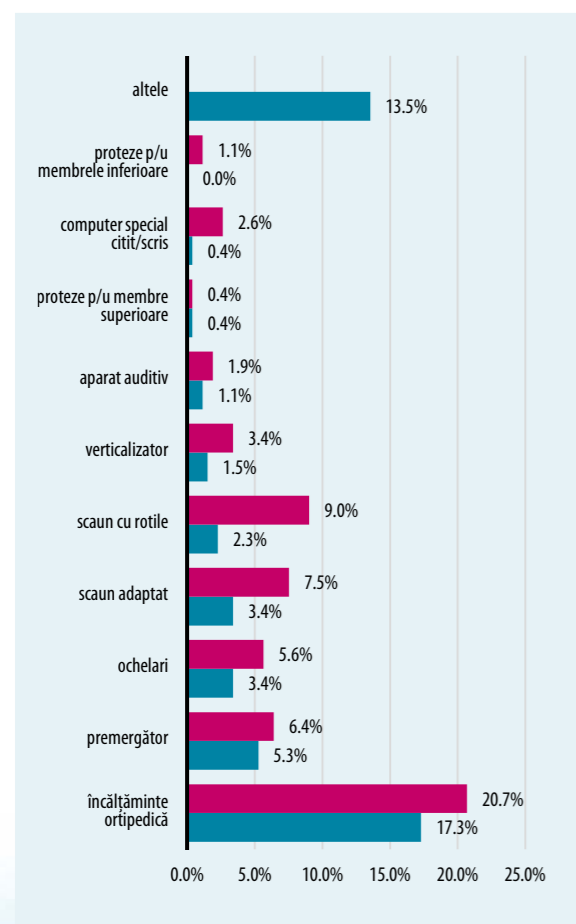
echipamente speciale. Cu toate acestea, în opinia părinților/îngrijitorilor, necesitatea în utilizarea echipamentelor speciale o aveau 179 copii sau 67,3%.

Studiul a inclus și evaluarea spectrului de echipamente speciale utilizate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu (Figura 8.4.12).

Astfel, 17,3% din copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită utilizau încălțăminte ortopedică, pe când, de fapt, 20,7% din copiii din grupa respectivă aveau această necesitate.

Cel mai mare decalaj între echipamentul special utilizat de facto de către copii, și necesitatea acestuia s-a dovedit a fi, în opinia părinților/îngrijitorilor, scaunul cu roțile (2,9% utilizatori versus 9,0% care necesitau) și scaunul adaptat (3,4% utilizatori versus 7,5% care necesitau).

Figura 8.4.12. Echipamentele speciale utilizate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu și necesitatea acestora (%)



Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități prevede dreptul persoanelor cu dizabilități, inclusiv a copiilor, la asigurarea gratuită sau cu plată parțială cu mijloace ajutoare tehnice, în baza prescripțiilor medicale, acestea fiind furnizate de către Centrul Republican Experimental Protezare, Ortopedie și Reabilitare și de alte instituții specializate.⁸⁶

Totodată, în cadrul chestionării părinții/îngrijitorii au menționat că, deseori, copiii cu dizabilitate stabilită li se oferă echipamente de mână a doua, învechite, uzate (provenite din donații) și care nu întotdeauna corespund necesităților individuale ale copiilor.

8.4.5. ACCESAREA SERVICIILOR SOCIALE DE CĂTRE COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIU

Conform informațiilor primite de la părinți/îngrijitori serviciile sociale au fost accesate de 61,0% copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu.

Ca și în cazul copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), cel mai accesibil a fost Serviciul Sprijin Familial, prestat tuturor copiilor care au accesat serviciile sociale.

Totodată, un număr foarte mic de copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită au beneficiat de servicii specializate pentru copii cu dizabilități: Serviciul Echipa mobilă (7,9%), Serviciul Asistență Personală (4,1%) și Serviciul Centrul de zi pentru copii cu dizabilități (4,1%). Nici o familie cu copii cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, nu a beneficiat de Serviciul „Respiro”.

Astfel, Studiul demonstrează că serviciile sociale destinate copiilor cu dizabilități sunt insuficient dezvoltate și nu acoperă necesitățile reale ale acestei categorii de copii.

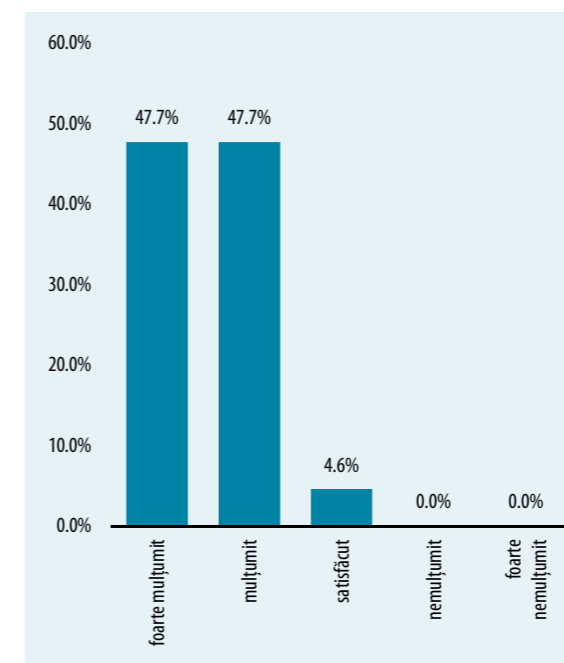
⁸⁶ <http://lex.justice.md/md/344149/>

Accesarea joasă a serviciilor sociale existente poate fi explicată și prin lipsa de informare/ informarea insuficientă a părinților despre spectrul de servicii existent și misiunea acestora.

De menționat că, la data colectării informațiilor, Serviciul Sprijin Familial încă nu era creat în teritoriul administrativ UTA Găgăuzia (raioanele Comrat, Ceadîr Lunga, Vulcănești).

Totodată, Studiul a demonstrat că, în general, respondenții au fost mulțumiți de serviciile sociale primite (Figura 8.4.13).

Figura 8.4.13. Gradul de satisfacție a părinților/îngrijitorilor de serviciile sociale accesate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)

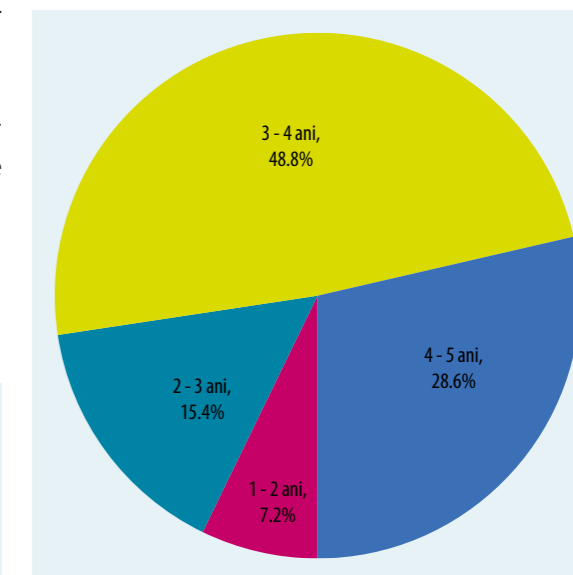


8.4.6. ACCESAREA SERVICIILOR DE EDUCAȚIE TIMPURIE DE CĂTRE COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIU

Conform datelor Studiului, doar 84 copii din cei 266 copii (31,6%) cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, frecventau, la data evaluării, o instituție de educație timpurie, din ei 48,8% – copiii cu vârsta de la 3-4 ani, 28,6% – copiii cu vârsta de la 4-5 ani (Figura 8.4.14).

Astfel, numai 1 copil din 3 cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită frecventează o instituție de educație timpurie, fapt ce denotă lipsa serviciilor specializate de suport pentru această categorie copii.

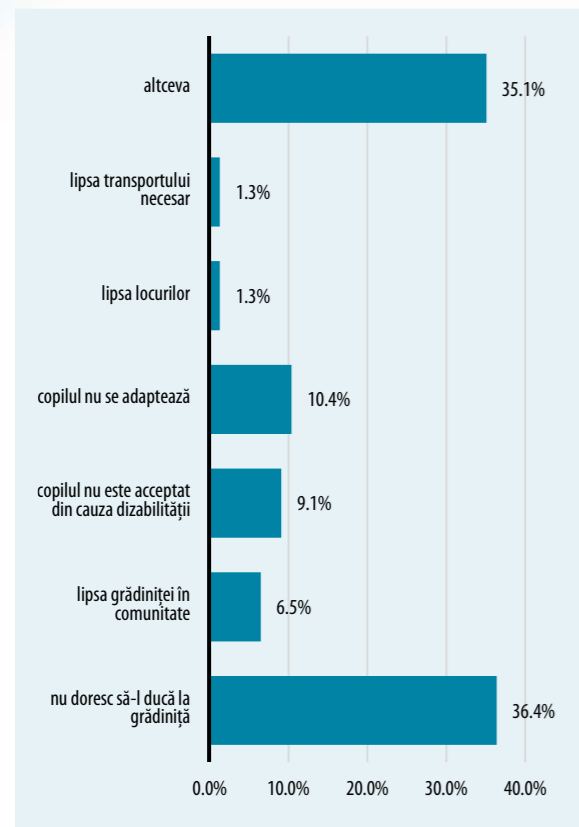
Figura 8.4.14. Vârsta copiilor cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, care frecventează instituții de educație timpurie (%)



Cele mai frecvente motive invocate de către părinți/îngrijitori, privind nefrecventarea instituțiilor de educație timpurie de către copiii cu dizabilitate stabilită au fost: lipsa dorinței părinților a-l duce/ înscrie la grădiniță (36,4%), lipsa grădiniței în comunitate (6,5%), refuzul înmatriculării copilului în grădiniță din cauza dizabilității (9,1%) și alte cauze (35,1%) (Figura 8.4.15).

Ca și în cazul copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), fiecare al 3-lea părinte/îngrijitor (36,4%) nu dorește să înmatriculeze copilul în grădiniță. Acest fapt poate fi influențat, parțial, de lipsa de informare/ informarea insuficientă a părinților despre incluziunea educațională/ socială a copiilor cu dizabilități, lipsa de informare/ informarea și pregătirea insuficientă a membrilor societății pentru acceptarea copiilor cu dizabilități, dar și lipsa de servicii de educație incluzivă.

Figura 8.4.15. Motivele nefrecventării instituțiilor de educație timpurie invocate de către părinții/îngrijitorii copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)

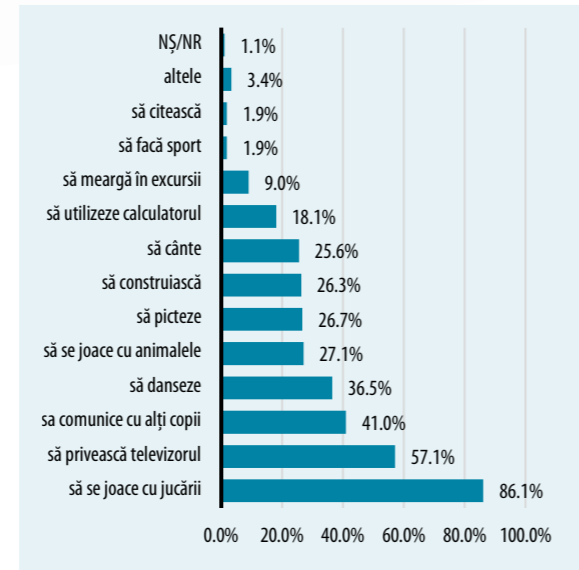


Rolul familiei în îngrijirea, abilitarea/ reabilitarea și stimularea dezvoltării copilului, mai cu seamă celui cu dizabilitate este foarte important.

În acest context, Studiul a analizat date cu referire la ocupațiile și preferințele copiilor, constatând următoarele: copiii cu dizabilitate stabilită preferă să se joace cu jucăriile (86,1%), să privească televizorul (57,1%), să comunice cu alți copii (41,0%) și să danseze (36,5%) (Figura 8.4.16).

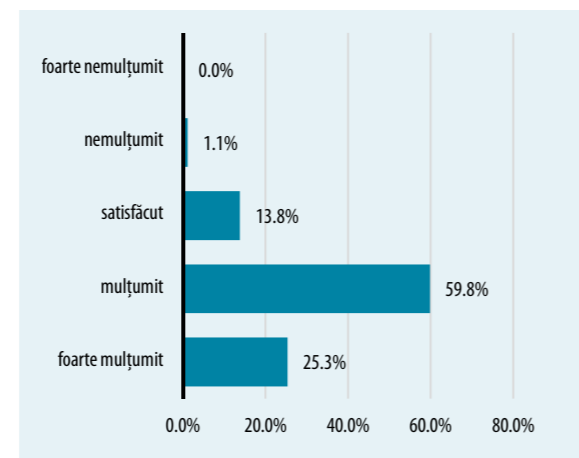
Preferințele listate sugerează că copiii nu au multe activități comune cu părinții/îngrijitorii, acestea acordând puțin timp activităților stimulante cu copiii.

Figura 8.4.16. Preferințele copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Totodată, majoritatea părinților/îngrijitorilor din cei care beneficiază de servicii de educație timpurie au atestat un grad înalt de satisfacție de la serviciile de educație timpurie. Astfel, 98,9% din respondenți au rămas foarte mulțumiți, mulțumiți și satisfăcuți de serviciile accesate (Figura 8.4.17).

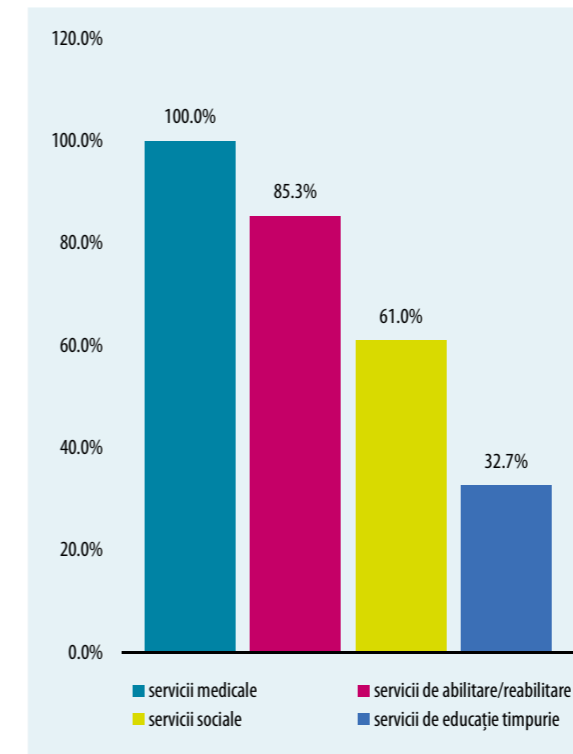
Figura 8.4.17. Gradul de satisfacție a părinților/îngrijitorilor de serviciile de educație timpurie accesate de către copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



În concluzie, Studiul demonstrează că, la fel ca și în cazul copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), copiii cu dizabilitate stabilită au accesat preponderent serviciile medicale, urmate de cele de abilitare/ reabilitare, sociale și de educație timpurie (Figura 8.4.18).

Accesarea joasă a serviciilor de educație timpurie și sociale (atât în structura copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare fără dizabilitate și a celor cu dizabilitate stabilită) indică insuficiența dezvoltării acestora atât la nivel național, cât și teritoriile administrative evaluate.

Figura 8.4.18. Accesarea serviciilor de către copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)

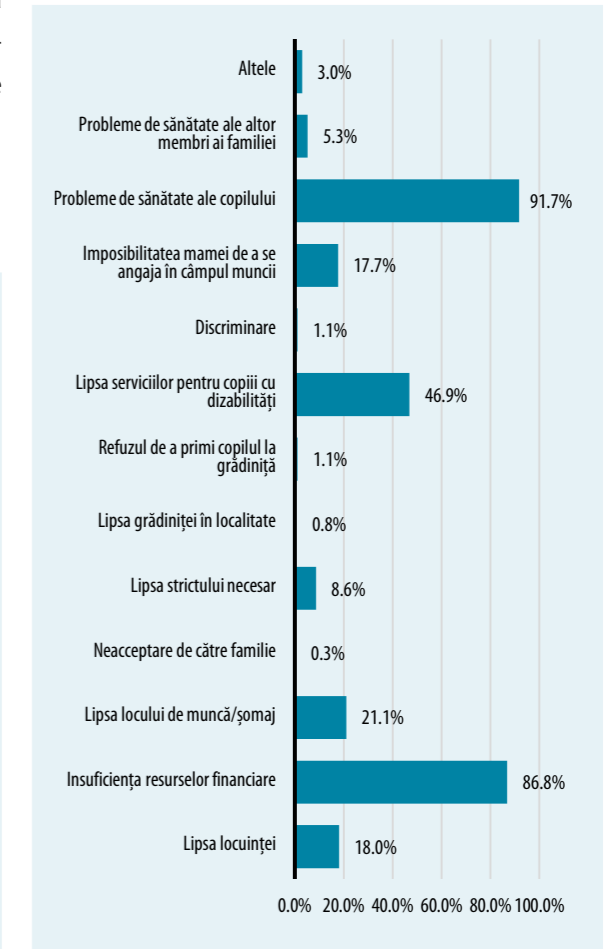


8.4.7. SITUAȚIA FAMILIILOR CARE AU ÎN ÎNGRIJIRE COPII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIUL

Studiul a atestat un spectru larg de probleme cu care se confruntă familiile care au în îngrijire copii mici cu dizabilitate stabilită.

Cele mai majore probleme menționate de către părinți/îngrijitori au fost: problemele de sănătate ale copilului (91,7%), insuficiența resurselor financiare (86,8%) și lipsa serviciilor pentru copiii cu dizabilități (46,9%) (Figura 8.4.19). Astfel, practic fiecare a 2 familii care are în îngrijire un copil cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate a menționat lipsa serviciilor pentru copii cu dizabilități la nivel de teritoriu.

Figura 8.4.19. Principalele probleme cu care se confruntă familiile copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)

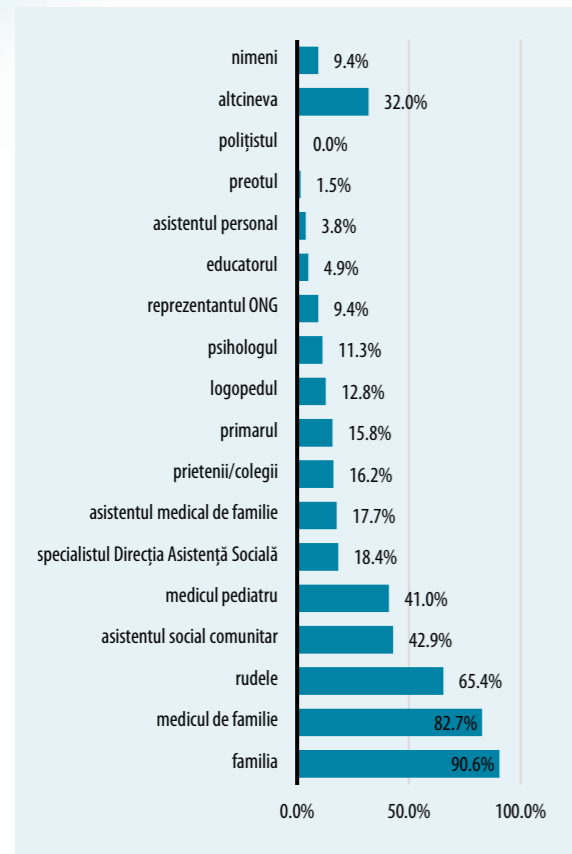


Este important că părinții/îngrijitorii copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită au manifestat responsabilitate în abordarea problemelor de sănătate, cu care se confruntă copilul, solicitând sprijin și suport în procesul de îngrijire a acestora, din partea mai multor categorii de persoane/ instituții. În acest context, Figura 8.4.20 ilustrează rețeaua de sprijin a familiilor în procesul de îngrijire a copilului cu dizabilități.

Astfel, marea majoritate a respondenților au indicat că au discutat despre principalele probleme cu familia (90,6%), medicul de familie (82,7%), rudele (65,4%) și asistentul social comunitar (42,9%).

Doar 1 din 6 părinți/îngrijitori a apelat după sprijin la primar, iar 1 din 10 familii nu a discutat/ apelat la nimeni pentru suport în soluționarea problemelor existente în familie.

Figura 8.4.20. Rețeaua de sprijin a familiilor care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)

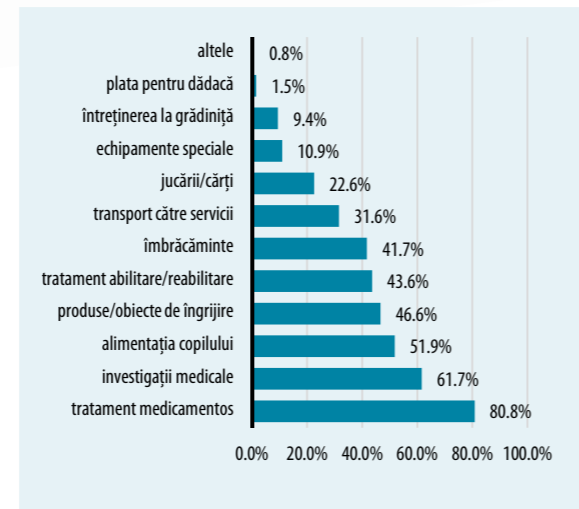


8.4.8. VENITURILE FAMILIILOR CARE AU ÎN ÎNGRIJIRE COPII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIU

Ca și în cazul copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), în familiile în care sunt îngrijiți copiii cu dizabilități se atestau venituri insuficiente/ lipsă de venituri.

Majoritatea părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită au indicat că cheltuielile cele mai mari pe care le suportă sunt legate de tratamentul medicamentos (80,8%), urmate de cele pentru investigații medicale (61,7%), alimentația copilului (51,9%), produse/ obiecte de îngrijire (46,6%), tratament de abilitare/ reabilitare (43,6%), îmbrăcăminte (41,7%). Circa o treime din respondenți (31,6%) suportă cheltuieli semnificative pentru transportarea copilului cu dizabilități spre serviciile de abilitare/ reabilitare (Figura 8.4.21).

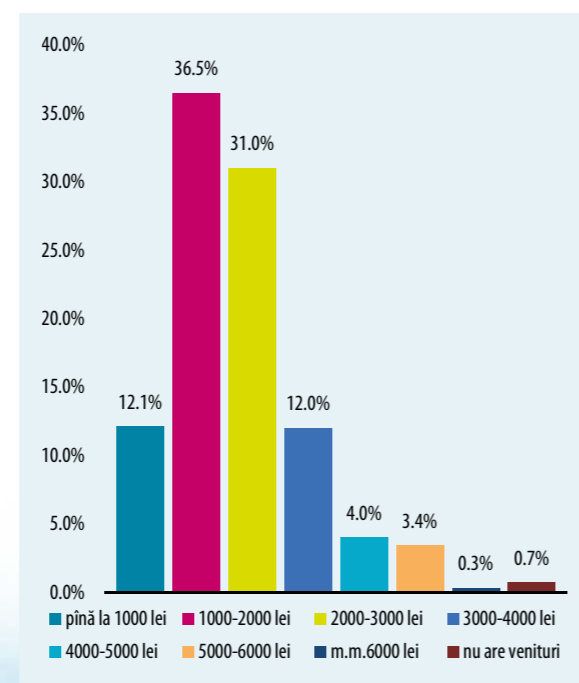
Figura 8.4.21. Tipurile de cheltuieli suportate pentru întreținerea copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Astfel, Studiul a constatat că cheltuielile pentru îngrijirea copilului cu dizabilități sunt semnificative pentru familie și depășesc, în mare parte, veniturile familiei.

Cel mai numeros grup de familii cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită este reprezentat de familiile care au venituri lunare în mărime de până la 3000 lei pentru întreaga familie (79,6%), dintre care: până la 1000 de lei (12,1%), 1000-2000 lei (36,5%), 2000-3000 lei (31,0%) (Figura 8.4.22).

Figura 8.4.22. Veniturile lunare ale familiilor care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)

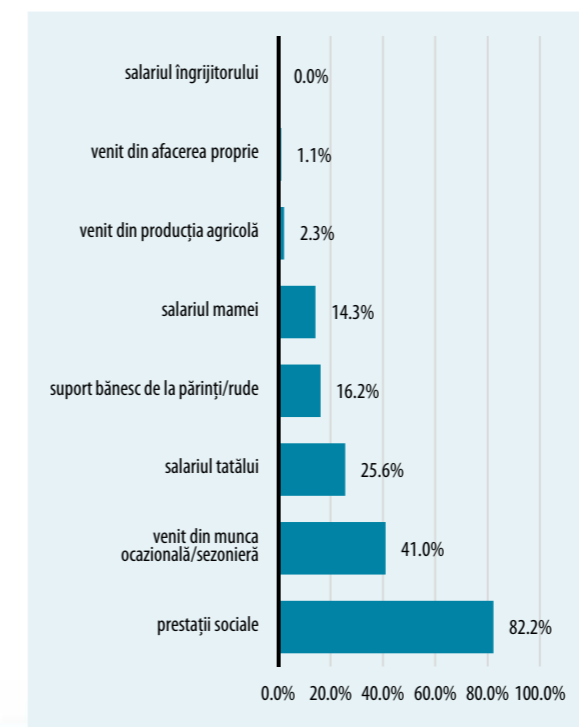


Analiza relevă că doar 5,6% din părinți/ îngrijitori consideră că veniturile pe care le au sunt suficiente pentru întreținerea și îngrijirea copilului cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, rata acestora fiind de 2,5 ori mai joasă decât în rândul părinților/ îngrijitorilor care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) (12,3%).

De menționat că circa 66% din respondenții care au răspuns „da” la întrebarea privind suficiența veniturilor sunt persoane care au studii, dețin o profesie și un loc de muncă.

Sursele de venituri pentru circa 2/ 3 din respondenți au fost multiple. În structura veniturilor familiilor cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluse în Studiu, predomină cele provenite din prestațiile sociale (82,2%), munca ocazională/ sezonieră (41,0%) și salariul unuia din părinți (39,9%) (Figura 8.4.23).

Figura 8.4.23. Sursele de venit ale familiilor care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Este îngrijorătoare situația pentru 13,2% părinți/ îngrijitori care au menționat prestațiile sociale drept unica sursă de venit a familiilor.

8.4.9. PRESTAȚIILE SOCIALE/ AJUTOARELE, DE CARE BENEFICIAZĂ FAMILIILE CARE AU ÎN ÎNGRIJIRE COPII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ

După cum am menționat anterior, pentru circa 13,2% din familiile care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, prestațiile sociale constituiau unica sursă de venit.

Valoarea prestațiilor sociale oferite familiilor care au în îngrijire copii cu dizabilități, nu acoperă coșul minim de consum. Această situație este condiționată și de faptul că, la nivel de stat, nu există date care să reflecte minimumul de existență pentru un copil cu dizabilități. În Republica Moldova nu există cercetări care să fi cuantificat necesitățile reale ale copiilor cu dizabilități, inclusiv pe categorii de vârste și probleme existente. Biroul Național de Statistică stabilește coșul minim de consum pentru un copil sănătos, dar nu și pentru un copil cu dizabilități. Este recunoscut faptul că necesitățile acestor copii sunt mult mai mari, din punct de vedere financiar, decât ale copiilor fără probleme de sănătate. Mai mult ca atât, adesea, părinții copiilor cu dizabilități sunt nevoiți să abandoneze serviciul, pentru a le asigura copiilor îngrijire și asistență permanentă, 24 din 24 de ore. Aceste situații complexe legate de cheltuieli crescute și venituri reduse generează sărăcia în familiile respective.

Evaluarea a constatat că familiile copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu, beneficiau, la data colectării datelor, de un șir de prestații sociale/ ajutoare.

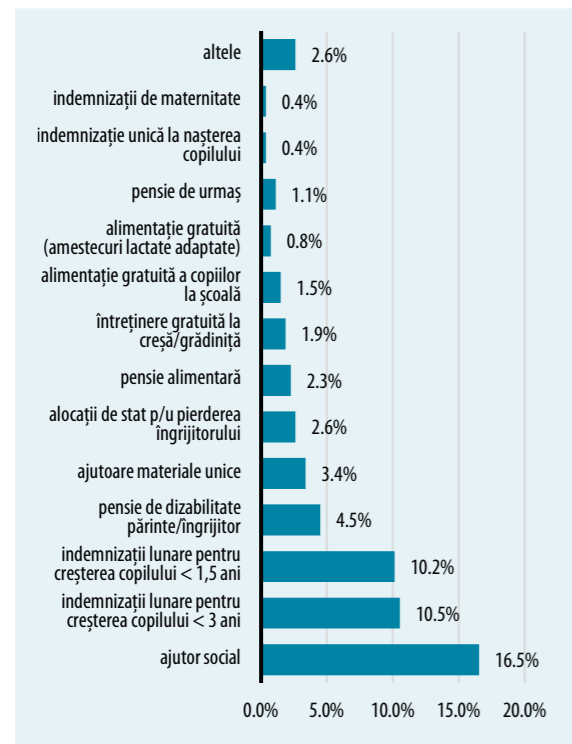
Astfel, fiecare a 6-a familie (16,5%), care avea în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, beneficia de ajutor social, dar ajutorul oferit era foarte mic și nu acoperea cheltuielile necesare pentru întreținerea unui copil cu dizabilități.

Conform datelor prezentate de părinții/ îngrijitorii copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu, 10,5% – beneficiau de indemnizații lunare pentru îngrijirea copilului

până la atingerea de către acesta a vârstei de 3 ani, iar 10,2% – de indemnizații lunare pentru îngrijirea copilului până la atingerea vârstei de 1,5 ani (pentru persoane neasigurate).

Totodată, 4,5% familii beneficiau de pensie de dizabilitate a părintelui/ îngrijitorului copilului, 2,6% – de alocații sociale de stat pentru pierderea întreținătorului, 2,3% – de pensie alimentară, 1,9% – de întreținere gratuită la creșă/ grădiniță. (Figura 8.4.24).

Figura 8.4.24. Prestațiile sociale/ ajutoarele de care beneficiau familiile copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



8.4.10. CUNOȘTINȚELE ȘI NIVELUL DE IMPLICARE A PĂRINȚILOR/ ÎNGRIJITORILOR ÎN PROCESUL DE ÎNGRIJIRE A COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIU

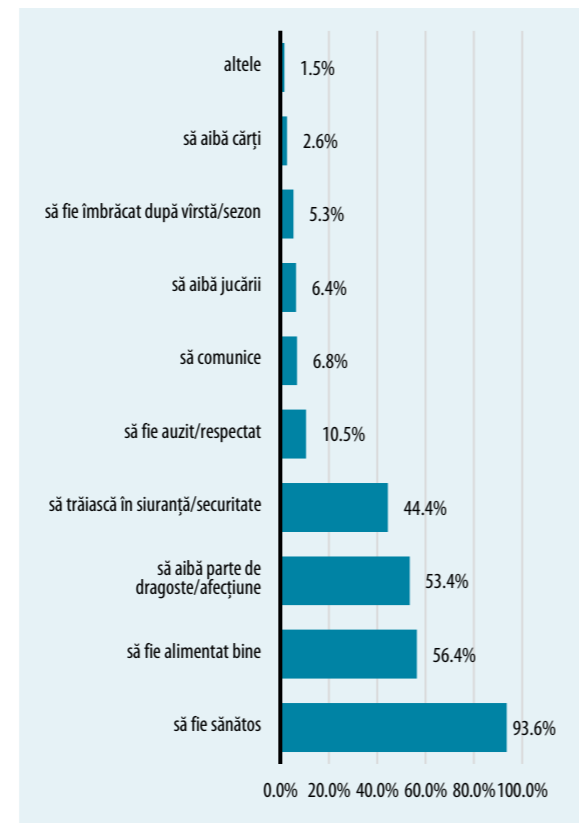
Studiul a inclus cercetarea datelor privind cunoașterea de către părinți/ îngrijitori a necesităților copilului pentru a-i asigura o dezvoltare adecvată.

Cea mai mare rată a intervievaților consideră că, pentru ca copilul să se dezvolte adecvat, acesta are nevoie

să fie sănătos (93,6%), să fie alimentat bine (56,4%), să aibă parte de dragoste/ afecțiune (53,4%) și să trăiască în siguranță/ securitate (44,4%) (Figura 8.4.25).

Ca și în cazul copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), mai puțin menționate de respondenți au fost necesitățile copiilor de a fi auzit/ respectat (10,5%), de a comunica cu părinții, rudele, alți copii (6,8%). Acest fapt sugerează că părinții se centreză prioritar pe acoperirea necesităților de bază ale copilului și mai puțin pe comunicarea cu copilul și stimularea dezvoltării acestuia.

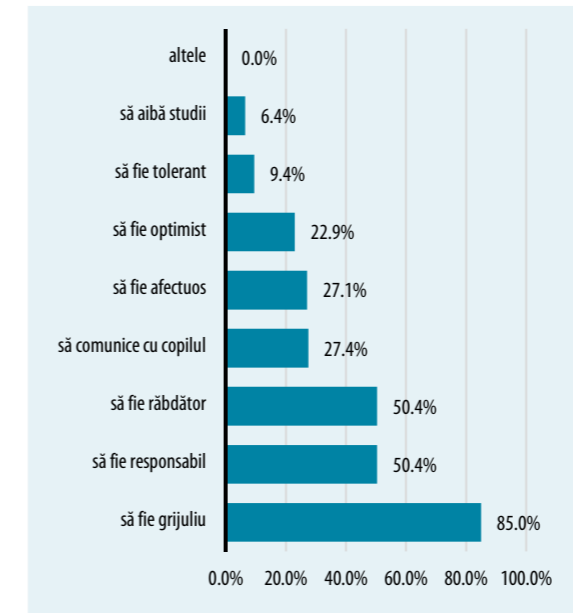
Figura 8.4.25. Opinia părinților/ îngrijitorilor cu privire la necesitățile copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Ca și în cazul copiilor de aceeași vîrstă cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), majoritatea părinților/ îngrijitorilor au menționat că un părinte/ îngrijitor bun trebuie să fie grijuliu (85,0%), responsabil (50,4%) și răbdător (50,4%).

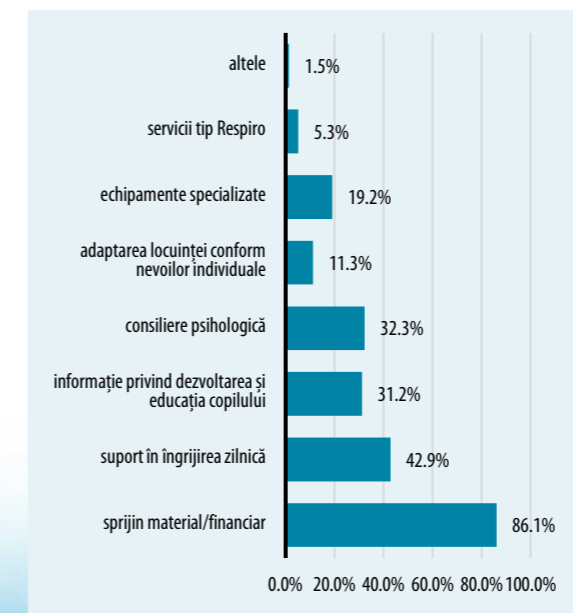
Totodată, mai puțin de 1/ 3 din părinți recunosc importanța timpului petrecut cu copiii drept un factor important în procesul de îngrijire și educare a acestora (Figura 8.4.26).

Figura 8.4.26. Opinia părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, despre „Cum trebuie să fii un părinte/ îngrijitor bun?”, (%)



Majoritatea părinților/ îngrijitorilor au menționat că în procesul de îngrijire și creștere a copiilor, ar avea nevoie de sprijin material/ financiar (86,1%), suport în îngrijirea zilnică a copilului (42,9%), informații privind dezvoltarea și educația copilului (31,2%) și asigurarea cu echipamente speciale (19,2%) etc. Totodată, 1 din 3 părinți/ îngrijitori au indicat că au nevoie de consiliere psihologică (Figura 8.4.27).

Figura 8.4.27. Sprijinul necesar părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)

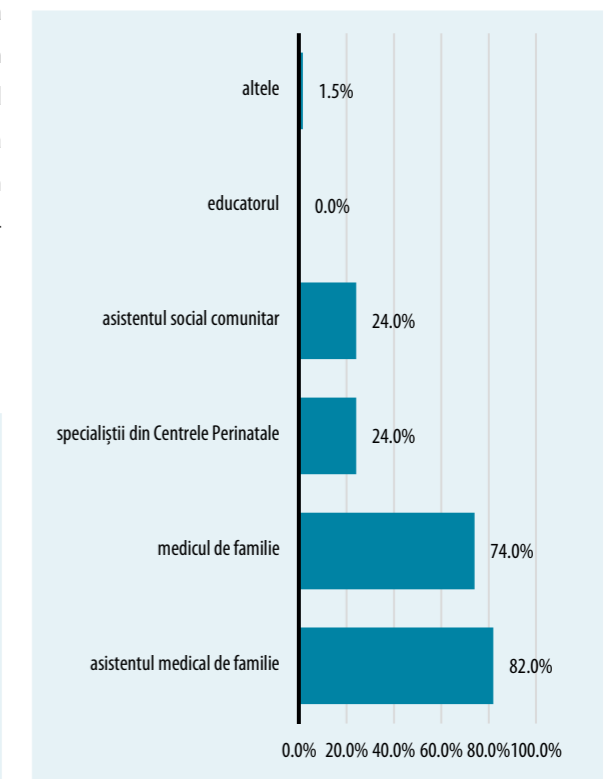


8.4.11. CAPACITĂȚILE PARENTALE ȘI NECESITĂȚILE DE INSTRUIRE ALE PĂRINȚILOR/ ÎNGRIJITORILOR COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ

Studiul a scos în evidență că majoritatea părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită nu au participat la instruirii de educație parentală (77,1%).

Cele mai frecvente instruirii au fost organizate de către lucrătorii medicali din asistența medicală primară (asistentul medical de familie – 82,0%, medicul de familie – 74,0%), specialiștii Centrelor Perinatale și asistenții sociali comunitari (a câte 24,0%) (Figura 8.4.28).

Figura 8.4.28. Specialiștii care au organizat instruirii pentru părinții/ îngrijitorii copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu (%)



Ca și în cazul copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), votul de încredere privind sprijinul necesar oferit a fost exprimat pentru partener (soț/ soție – 72,2%), urmat de familia extinsă (57,5%) și rude (18,8%).

Totodată, a fost menționată necesitatea sprijinului din partea medicului de familie (36,8%) și a asistentului social comunitar (13,9%), fapt ce indică diversitatea problemelor cu care se confruntă această categorie de familii.

Fiecare a 3-a familie consideră necesar suportul și sprijinul din partea statului (35,3%) pentru creșterea și îngrijirea copilului.

Sprijinul din partea asistentului medical de familie a fost menționat de părinți/ îngrijitori doar în 4,1%, iar din partea primarului – doar în 2,6%, fapt ce denotă un grad scăzut de implicare a acestora în sprijinul familiilor și, respectiv, de încredere față de aceștia.

8.4.12. CARACTERISTICI DEMOGRAFICE ALE PĂRINȚILOR/ ÎNGRIJITORILOR COPIILOR CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 5 ANI CU DIZABILITATE STABILĂ, INCLUȘI ÎN STUDIU (%)

După cum a fost prezentat anterior, în Studiu au participat 266 respondenți, inclusiv 260 părinți (97,7%) și 6 îngrijitori (2,3%). În funcție de mediul de reședință, au fost chestionați 69,6% părinți/ îngrijitori din mediul rural și 30,4% părinți/ îngrijitori din mediul urban. În funcție de sex, au fost chestionate 185 femei (94,7%) și 14 bărbați (5,3%).

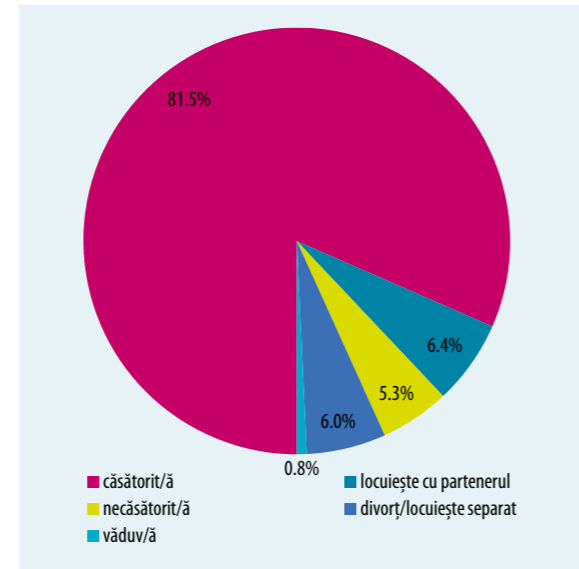
Cei mai mulți părinți/ îngrijitori aveau vârstele cuprinse între 26 și 30 de ani (34,9%), urmați de cei cu vârstele între 31-35 de ani (22,9%) și de cei cu vârstele de 18-25 ani (21,0%) (Tabelul nr. 4).

Tabelul nr. 4. Vârsta părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă, incluși în Studiu (cifre absolute, %)

vârsta	18-25 ani	26-30 ani	31-35 ani	36-40 ani	> 40 ani
persoane (cifre absolute)	56	93	61	35	21
rata (%)	21,05%	34,96%	22,93%	13,16%	7,9%

Dintre aceștia, 81,5% erau căsătoriți, 6,4% – constituiau familiile complete prin concubinaj și 5,3% – nu erau căsătoriți/ nu fuseseră niciodată căsătoriți (Figura 8.4.29).

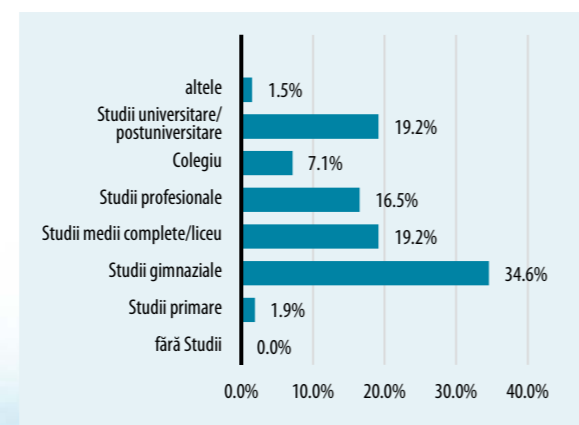
Figura 8.4.29. Starea familială actuală a părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă, incluși în Studiu (%)



Analiza informației prezentate de către părinții/ îngrijitorii copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă, în funcție de studiile acestora, a constatat că majoritatea respondenților au studii gimnaziale (34,6%) și studii liceale (19,2%).

Totodată, Studiul stabilit că mai mult de jumătate dintre respondenți (55,7%) nu au însușit/ obținut nici o profesie și doar 19,2%/ 16,5%/ 7,1% aveau studii universitare/ profesionale/ colegiale (Figura 8.4.30).

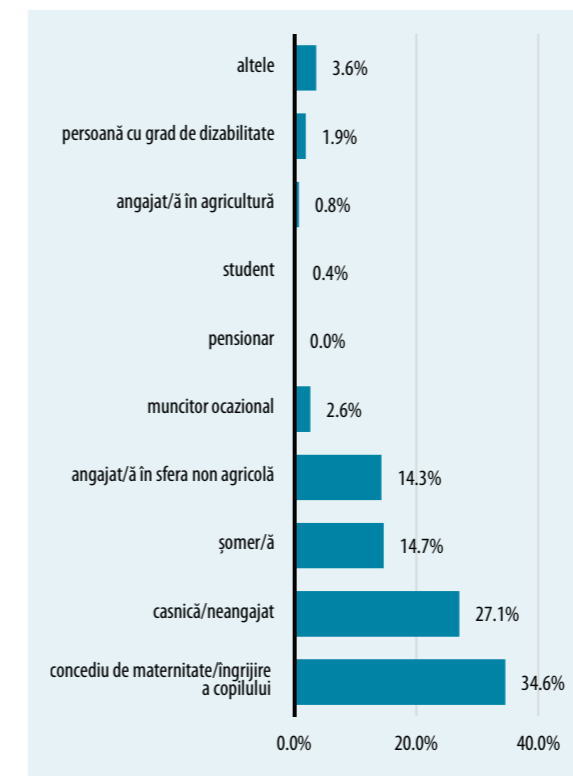
Figura 8.4.30. Nivelul de studii al părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă, incluși în Studiu (%)



Ca și în cazul copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită), cea mai numeroasă categorie dintre persoanele intervievate o reprezentau casnicele și șomerii, aceștia constituind 41,8% cumulativ, urmată de mamele aflate în concediu de maternitate/ îngrijire a copilului (34,6%) (Figura 8.4.31).

Această situație este explicată prin necesitatea copiilor cu dizabilități de a fi îngrijiți permanent, de lipsa serviciilor inclusive pentru acești copii (grădinițe, Centre de Zi/ creșe pentru copii mici etc.).

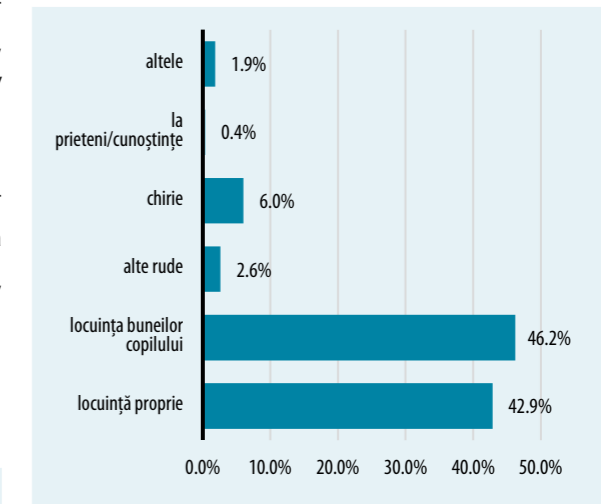
Figura 8.4.31. Statutul ocupațional al părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă, incluși în Studiu (%)



Referitor la locul de trai al familiilor cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, Studiul a atestat că doar 42,9% din familii aveau locuință proprie, iar 46,2% – locuiau la bune (Figura 8.4.32).

De menționat că, Codul cu privire la locuințe⁸⁷ prevede dreptul prioritar de a primi locuință socială pentru familiile cu copii cu dizabilități severe, familiile tinere, familiile în care s-au născut tripleți, cvadrupleți sau mai mulți copii născuți simultan.

Figura 8.4.32. Date privind locuința familiilor care au în îngrijire copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă, incluși în Studiu (%)



Datele privind condițiile de îngrijire a copiilor și dotarea locuințelor cu principalele utilități publice indică lipsa: apei calde în 59,4%, apei reci curgătoare în 24,4%, camerei de baie în 53,4% și a canalizării în 50,0%.

Informațiile obținute privind principalele utilități publice de care dispun familiile copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă confirm, încă o dată, vulnerabilitatea sporită a acestora sub aspect socio-economic.

Concluzii:

1. Primele semne de dizabilitate la copii, în majoritatea cazurilor, au fost identificate până la atingerea vârstei de 1 an a copilului. Medicul de familie, medicul pediatru, medicul neonatolog, medicul neurolog și medicul chirurg/ ortoped au fost specialiștii care cel mai frecvent au fost implicați în identificarea și confirmarea dizabilității la copii.
2. Necesitatea în echipamente speciale a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilă depășește simțitor nivelul de disponibilitate și asigurare cu acestea (67,3% față de 48%). Copiii cu dizabilitate motorie sunt cei care necesită cel mai frecvent echipamente speciale. Totodată, deseori, echipamentele disponibile sunt necorespunzătoare vârstei, patologiei și particularităților individuale ale copilului.

⁸⁷ <http://lex.justice.md/md/358764/>

3. Intervențiile chirurgicale în legătură cu dizabilitatea au fost suportate de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită de 10 ori mai frecvent decât în grupul copiilor cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită) (85,5% față de 8,1%). În același timp, raportul intervențiilor chirurgicale efectuate în țară și peste hotare, în ambele grupuri, rămâne același (15,5% și 15,9%).
4. Toți copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită au beneficiat de servicii medicale (100,0%), de regulă, din cadrul Asistenței Medicale Primare (100,0%) și Asistenței Medicale Spitalicești (75,2%), acestea fiind servicii medicale universale.
5. 2/3 din copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită au accesat servicii de abilitare/reabilitare din cadrul instituțiilor medicale de nivel terțiar (Institutul Mamei și Copilului, Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii) și doar 1/3 din copii au primit servicii medicale în cadrul Spitalelor Raionale, fapt ce indică la gradul scăzut de dezvoltare, ca spectru și calitate, a acestor servicii în raioane sau la lipsa lor în unele teritorii administrative.
6. Copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu rareori au accesat serviciile de abilitare/reabilitare din cadrul instituțiilor republicane specializate în acest domeniu (Centrele de Recuperare/ Reabilitare pentru Copii „Ceadir Lunga”/ „Sergheevka”), doar 14 copii din 266. Un număr și mai mic de copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită incluși în Studiu (doar 8 copii din 266) au accesat serviciile de abilitare/reabilitare, prestate în cadrul instituțiilor private specializate de intervenție timpurie (Centrul de Intervenție Precoce „Voinicel”, Centrul Tony Howks). Accesul limitat la aceste servicii este cauzat de amplasarea geografică a acestora, referirea scăzută din teritorii, dificultățile financiare ale familiilor pentru deplasarea către aceste servicii și cazare.
7. Serviciile sociale au fost accesate de 61,0% familii cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită. Cel mai frecvent prestat serviciu social pentru acest grup de copii și familii a fost Serviciul Sprijin Familial.
8. Doar 1/3 din copiii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, incluși în Studiu, frecventau instituții de educație timpurie. Cel mai frecvent, cauzele invocate privind neaccesarea acestora au fost lipsa dorinței de a înscrie copilul la grădiniță (36,4%), lipsa grădiniței în comunitate (6,5%) și neacceptarea copilului în grădiniță din cauza dizabilității (9,1%).
9. În lista problemelor cu care se confruntă familiile copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită primează probleme de sănătate a copiilor (91,7%), urmate de insuficiența resurselor financiare (86,8%) și lipsa serviciilor integrate pentru copii cu dizabilități (46,9%). Cheltuielile cele mai mari pe care le suportă familiile acestor copii sunt legate de asigurarea tratamentului medicamentos (80,8%) și a investigațiilor medicale (61,7%).
10. Vulnerabilitatea financiară în rândul familiilor cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită este mai mare decât în familiile cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită). Doar 5,6% din părinți/îngrijitori consideră că veniturile pe care le au sunt suficiente pentru întreținerea și îngrijirea copiilor. De menționat că, la 13,2% din familii prestațiile sociale constituiau unica sursă de venituri. Majoritatea familiilor au indicat că în procesul de îngrijire a copiilor au nevoie de sprijin material/ financiar (86,2%), suport în îngrijirea zilnică (42,9%), consiliere psihologică (32,3%), informații privind dezvoltarea și educația copilului (31,2%) etc.
11. Familia, rudele și medicul de familie oferă sprijinul principal părinților/îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită, rămânând și în continuare ca o rețea de sprijin importantă. Fiecare a 3-a familie a menționat că necesită să fie sprijinită de către stat. Importanța sprijinului din partea asistentului social comunitar, indicat în 13,9% cazuri, și a asistentului medicului de familie – în 4,1%, denotă implicarea insuficientă intersectorială în soluționarea problemelor acestor copii și familii.
12. Doar 1 din 4 părinți/îngrijitori ai copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită a participat la activități de educație parentală. Totodată, fiecare al 3-lea părinte/îngrijitor a menționat despre necesitatea în instruire/informare privind dezvoltarea și educația copilului.
13. Părinții/îngrijitorii copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită consideră acoperirea necesităților de bază ale copiilor prioritară, pe când stimularea dezvoltării copiilor nu este cunoscută de către părinți. Vizionarea televizorului (57,1%) și jocul cu jucăriile (86,1%) sunt o modalitate de a ocupa copilul atât timp cât părințele nu-i poate acorda atenție. Rezultă că, părinții/îngrijitorii nu conștientizează importanța realizării activităților comune cu copiii pentru stimularea dezvoltării acestora.
14. Fiecare al 2-a părinte/îngrijitor a copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită nu era încadrat în câmpul muncii, fapt determinat de necesitatea asigurării îngrijirii continue a copilului cu dizabilitate. Doar 11 din 266 părinți/îngrijitori erau angajați în calitate de Asistent Personal.
15. Condițiile de trai (locuința și utilitățile de bază), la o bună parte din familiile cu copii, erau sub nivelul necesităților, mai mult de jumătate nu aveau locuință proprie, jumătate din familii nu dispuneau de apă caldă, baie și canalizare, iar 1 din 4 familii – de apă rece curgătoare.

IX. CONSTATĂRI ȘI CONCLUZII GENERALE

Studiul „Situția copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare, inclusiv cu dizabilitate stabilită, în Republica Moldova”, a permis să conturăm următoarele concluzii și constatări:

- Dizabilitatea este o provocare tot mai serioasă la nivel mondial, inclusiv și în Republica Moldova. Persoanele cu dizabilități reprezintă 5,2% din populația totală a țării, iar copiii cu dizabilități constituie 2% din numărul total al copiilor din Republica Moldova. În medie, la 10 mii locuitori revin 518 persoane cu dizabilități; la 10 mii copii revin 199 copii cu dizabilități cu vârsta 0-17 ani. Rata persoanelor cu dizabilități, inclusiv în rândul copiilor, în Republica Moldova este mai mică decât media la nivel mondial și european, această situație fiind determinată de unele diferențe de abordare a dizabilității în rândul copiilor.
- La nivel național nu există un sistem unic de date cu privire la copiii în situații de risc, copii cu tulburări de dezvoltare, inclusiv copii cu dizabilități, beneficiari ai serviciilor de sănătate, sociale și de educație. Această situație stă la baza discrepanțelor privind evidențele acestor copii și generează probleme în asistența intersectorială a acestora.
- Cele mai accesate servicii de către copiii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare, inclusiv copii cu dizabilități, sunt serviciile medicale, urmate de serviciile de abilitare/ reabilitare, sociale și cele de educație timpurie. Accesarea redusă a serviciilor de educație timpurie și sociale indică la insuficiența dezvoltării acestora atât la nivel național, cât și în teritoriile administrative evaluate.
- Sistemul de sănătate prestează servicii la diverse nivele de asistență medicală (primar, specializat de ambulator, staționar), dar acestea, de regulă, sunt axate pe identificarea și diagnosticul tulburărilor de dezvoltare și a dizabilităților la copii, pe aplicarea programelor medicale de tratament și

mai puțin pe programe de abilitare/ reabilitare și asistență interdisciplinară.

- Studiul a scos în evidență existența deficiențelor/ abaterilor ce țin de identificarea precoce a tulburărilor de dezvoltare în perioada antenatală și postnatală, precum și a curențelor privind supravegherea copiilor, fapt ce deplasează în timp intervențiile necesare pentru prevenirea riscurilor și asistența adecvată.
- Managementul situațiilor de risc, inclusiv a tulburărilor de dezvoltare și a patologiilor, care cauzează dizabilitatea, deseori, este realizat neuniform, fragmentat, intervenția fiind medicalizată, fără implicare intersectorială, minimalizându-se șansele de abilitare/ reabilitare și incluziune socio-educatională a copiilor.
- Nivelul scăzut de dezvoltare, ca spectru și calitate a serviciilor de abilitare/ reabilitare, lipsa acestora în proximitatea familiei, diminuează accesul copiilor cu tulburări de dezvoltare și a copiilor cu dizabilități la serviciile de abilitare/ reabilitare integrate, bazate pe necesitățile copiilor.
- Programele de abilitare/ reabilitare și asistența interdisciplinară, la nivelul standardelor internaționale, sunt dezvoltate și se aplică doar în unele instituții medicale specializate de nivel terțiar. Accesul copiilor la aceste Programe fiind extrem de limitat, situație determinată de amplasarea geografică a serviciilor, referirea scăzută a copiilor din teritorii către servicii, precum și de dificultățile financiare, legate de deplasarea familiei cu copii cu dizabilități la serviciile respective.
- Accesarea de către copiii mici cu dizabilități a serviciilor de educație timpurie rămâne o problemă. Grădinițele sunt în mare parte inaccesibile copiilor din această categorie din mai multe motive: accesibilitate fizică a clădirilor, lipsa serviciilor de suport, lipsa cadrelor specializate, precum și a resurselor insuficiente.

- Datele evaluării demonstrează că serviciile sociale adresate copiilor mici în situație de risc, inclusiv copiilor cu dizabilități, sunt insuficient dezvoltate. Serviciul social de Sprijin Familial este cel mai accesibil și cel mai accesat serviciu de către familiile acestor copii. Totodată, servicii sociale specializate pentru copiii cu dizabilități și familiile acestora în mare parte lipsesc (Serviciul Asistență personală, Serviciul Echipa Mobilă, Centre de Zi etc.) sau lipsesc în totalitate (ex.: Serviciul Respiro).
- Problemele majore cu care se confruntă familiile copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare, inclusiv familiile copiilor cu dizabilități, sunt: problemele de sănătate ale copiilor, insuficiența resurselor financiare și lipsa serviciilor integrate. Cheltuielile cele mai mari, suportate de familiile acestor copii sunt legate de asigurarea tratamentului medicamentos, accesarea serviciilor de abilitare/ reabilitare, procurarea îmbrăcăminte și a alimentației pentru copil, precum și cheltuielile de transport a copilului cu dizabilități spre serviciile necesare.
- Vulnerabilitatea financiară în rândul familiilor cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită este mai mare decât în familiile cu copii cu vârsta de până la 5 ani cu tulburări de dezvoltare (fără dizabilitate stabilită). Majoritatea familiilor consideră că în procesul de îngrijire a copiilor au nevoie de sprijin material/ financiar, suport în îngrijirea zilnică, consiliere psihologică, informații privind dezvoltarea și educația copilului etc.
- Cheltuielile familiilor pentru tratamentul și îngrijirea copiilor cu tulburări de dezvoltare, inclusiv a copiilor cu dizabilități sunt semnificative și depășesc, în mare parte, veniturile acestora, aflate în majoritatea cazurilor sub nivelul coșului minim de consum. Prestațiile sociale constituie una din principalele surse de venituri ale familiilor, iar în unele cazuri – unica sursă de venit a acestora.
- Condițiile nefavorabile de trai, inclusiv absența/ accesul redus la utilități publice, contextul familial afectat (interacțiunile deficiente părinte-copil,

nivelul redus de studii, statutul ocupațional, gradul scăzut de implicare parentală etc.) influențează calitatea îngrijirii având impact negativ asupra dezvoltării copiilor.

- Familia, rudele și medicul de familie oferă sprijinul principal părinților/ îngrijitorilor copiilor cu vârsta de până la 5 ani cu dizabilitate stabilită. Totodată, fiecare a 3-a familie menționează, că necesită să fie sprijinită de către stat, prin dezvoltarea serviciilor în proximitatea familiei, majorarea prestațiilor sociale etc. Este diminuat rolul asistentului social comunitar și a asistentului medical de familie, ceea ce subliniază implicarea și colaborarea intersectorială insuficientă a acestora, ca rețea de sprijin, în procesul de asistență a familiei.
- Cunoștințele, atitudinile și practicile părinților joacă un rol cheie în dezvoltarea timpurie și educația copiilor. Fiecare al 3-lea părinte/ îngrijitor are nevoie de instruire/ informare privind dezvoltarea și educația copilului.

Deși, în Republica Moldova există un cadru legal național pentru organizarea, funcționarea și finanțarea serviciilor de intervenție timpurie la copii, racordat la standardele internaționale, totuși, un Sistem integrat de Servicii de Intervenție Timpurie la Copii încă nu este dezvoltat.

Unele elemente de intervenție timpurie, oferite, în mod special, de către sistemul de sănătate, sunt realizate fragmentat, neuniform, cu discrepanțe semnificative în diferite teritorii administrative, fără implicare interdisciplinară și colaborare între specialiști/ servicii/ instituții/ structuri.

X. RECOMANDĂRI

I. Perfecționarea/ dezvoltarea cadrului normativ

- Reconsiderarea abordării dizabilității în rândul copiilor la nivel de politici a statului, cu ajustarea la standardele și practicile internaționale.
- Dezvoltarea unui sistem unic/ integrat automatizat de evidență a datelor în domeniul intervenției timpurii, în cadrul sistemelor de sănătate, social și de educație cu privire la: copiii în situații de risc, inclusiv copiii cu dizabilități; serviciile sociale, medicale și educaționale, oferite acestora; prestațiile sociale, în vederea evidenței și monitorizării eficiente, generării rapoartelor statistice, analizei și planificării argumentate a intervențiilor în acest domeniu.
- Dezvoltarea pachetului de acte normative pentru implementarea unui Sistem de Intervenție Timpurie la Copii, care să integreze serviciile și sistemele de resurse existente, prin abordare inter- și transdisciplinară, să determine etapele de intervenție, parcursul/ traseul beneficiarilor în cadrul acestui sistem, să asigure accesibilitate la serviciile de intervenție timpurie tuturor beneficiarilor.
- Dezvoltarea unui mecanism de identificare a necesităților și de asigurare a copiilor cu dizabilități cu echipamente speciale corespunzătoare cerințelor individuale.
- Stabilirea unor parteneriate durabile între instituțiile de stat și organizațiile neguvernamentale, în vederea promovării și aplicării bunelor practici în domeniul intervenției timpurii.

II. Dezvoltarea și consolidarea cadrului instituțional privind Intervenția Timpurie la Copii

- Crearea unui Sistem de Servicii Integrate de Intervenție Timpurie la Copii, care ar asigura accesibilitate echitabilă tuturor copiilor la identificare precoce, referire, diagnosticare, asistență, abilitare și reabilitare, în corespundere cu necesitățile individuale ale fiecărui copil.

- Dezvoltarea Serviciilor Integrate de Intervenție Timpurie la Copii, la nivel republican, raional și comunitar, în toate teritoriile administrative ale țării.
- Valorificarea resurselor instituționale disponibile din sistemul de sănătate (Cabinetul Copilului Sănătos, Cabinetul de Sănătate a Reproducerii, Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor etc.) în procesul de dezvoltare a Sistemului de Intervenție Timpurie și de prestare a serviciilor în acest domeniu.
- Fortificarea serviciilor de screening și Follow-up neonatal, inclusiv a mecanismelor instituționale, pentru identificarea, referirea și asistența timpurie a copiilor cu patologii, care duc la tulburări de dezvoltare sau la apariția dizabilităților la copii.
- Promovarea și aplicarea programelor de planificare a familiei, în mod special pentru familiile care prezintă risc sporit de eșec parental.
- Dezvoltarea serviciilor sociale și de educație timpurie, accesibile copiilor cu tulburări de dezvoltare, inclusiv copiilor cu dizabilități, în proximitatea copilului și a familiei acestuia.
- Consolidarea colaborării intersectoriale între sistemele de sănătate, asistență/ protecție socială și de educație în procesul de identificare, referire și asistență a copiilor mici din familii în situație de risc, inclusiv a copiilor cu tulburări de dezvoltare/ dizabilități.
- Eficientizarea supravegherii copiilor în primii 5 ani de viață în condiții de ambulator pentru identificarea precoce a tulburărilor de dezvoltare și a riscului pentru dezvoltarea acestora, prin fortificarea componentei vizitelor asistentului medical de familie la domiciliul copilului.

III. Consolidarea capacităților profesioniștilor în prestarea serviciilor de Intervenție Timpurie la Copii

- Dezvoltarea și implementarea Programelor de formare inițială și continuă a specialiștilor încadrați în Serviciile de Intervenție Timpurie la Copii.
 - Asigurarea procesului de formare profesională inițială, în domeniul Intervenției Timpurii la Copii, la toate nivelurile și ciclurile de învățământ profesional a specialiștilor din sistemele de sănătate, asistență socială și educație, prin includerea acestei componente în Curriculum de instruire.
 - Formarea continuă, în domeniul Intervenției Timpurii la Copii, a specialiștilor din sistemele de sănătate, asistență socială și de educație, în conformitate cu rolurile profesionale și necesitățile diferitor grupuri de beneficiari.
- ### IV. Consolidarea abilităților și competențelor parentale ale părinților/ îngrijitorilor
- Dezvoltarea și promovarea implementării Programelor de educație parentală pentru părinții și îngrijitorii copiilor cu tulburări de dezvoltare, copiilor cu dizabilități și copiilor în situații de risc pentru dezvoltare.

- Dezvoltarea mecanismelor de informare, consultare, implicare și participare a părinților/ îngrijitorilor copiilor cu tulburări de dezvoltare/ dizabilități și risc de apariție a acestora, în procesul de asistență timpurie a copiilor, promovând modelul transdisciplinar de abordare a problematicii copiilor.
- Instruirea părinților, bazată pe formarea abilităților acestora de a crește, educa și participa la procesul de abilitare/ reabilitare a copilului cu tulburări de dezvoltare, inclusiv cu dizabilități.
- Dezvoltarea și implementarea Programelor multi-sectoriale de educație parentală, de lungă durată, care ar asigura schimbarea comportamentelor parentale și creșterea calității îngrijirii copilului mic, inclusiv a copiilor cu dizabilități.

XI. BIBLIOGRAFIE

1. Raport Mondial privind Dizabilitatea, OMS, Banca Mondială, 2011.
2. Raportul „Starea Copiilor Lumii 2013 – Copiii cu dizabilități”, UNICEF, 2013.
3. Raportul „Situția persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova”, Biroul Național de Statistică, 2014.
4. Anuar statistic al sistemului de sănătate din Moldova. Centrul Național de Management în Sănătate, 2015.
5. Raport statistic „Privind asistența medicală acordată copiilor”. Centrul Național de Management în Sănătate, 2016.
6. Raportul cu privire la rezultatele activității Consiliului Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă pentru anul 2016, Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei/ Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă, 2016.
7. Raportul alternativ privind implementarea Convenției cu privire la drepturile copilului în Republica Moldova. Chișinău, 2017.
8. Raportul „Situția copiilor în Republica Moldova”, Biroul Național de Statistică, 2016.
9. Report about answers to an EURLY AID Questionnaire. The Implementation of Early Childhood Intervention (ECI) in 15 European Countries, The European Association on Early Childhood Intervention, 2015.
10. Studiul Global privind Intervenția Timpurie la Copii. Hollie Hix-Small, Michael Guralnick & EVB, 2015.
11. Evaluare și Recomandări privind Sistemul de Prevenire și Îngrijire a Dizabilităților la Copii din Republica Moldova, UNICEF Moldova, Alfredas Zabieta, 2009.
12. Intervenția timpurie în copilărie. Actualități. I. Puiu, Chișinău, 2017.
13. Раннее вмешательство: Ключевые аспекты и международный опыт, Международный детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Доброва-Крол Наталия.
14. Repere fundamentale în învățare și dezvoltare timpurie a copilului de la naștere la 7 ani. UNICEF, 2010.
15. Аналитический обзор по теме: Раннее вмешательство в системе реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Москва: Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Баранова, Н., Довбня, С., Клочкова, Е., Кожевникова, Е., Морозова, Т., 2011.
16. Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства. Санкт-Петербург. Аксенова О. Ж., Баранова Н. Ю., Емец М. М., Самарина Л. В., 2012.
17. Из истории развития ранней помощи. Благотворительный фонд „Даунсайд Ап”, Журнал „Синдром Дауна. XXI век”, №27. Грозная Н. С.

EDITAT CU SUPORTUL



Protecting Children. Providing Solutions.