



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul XIV — Nr. 781

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Luni, 28 octombrie 2002

SUMAR

Nr.	Pagina
HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI	
1.115. — Hotărâre privind accesul liber la informația privind mediul.....	1-3
ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE	
725/12.709. — Ordin al ministrului sănătății și familiei și al secretarului de stat al Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru copii și se aplică măsurile de protecție specială a acestora.....	4-16

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind accesul liber la informația privind mediul

În temeiul art. 107 din Constituție și al art. 4 lit. f), art. 5 lit. a) și al art. 14 alin. 1 din Legea protecției mediului nr. 137/1995, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

Art. 1. — Prezenta hotărâre stabilește condițiile în care informațiile privind mediul, deținute de către autoritățile publice, se pun la dispoziția publicului cu scopul de a asigura liberul acces și diseminarea acestor informații.

Art. 2. — În înțelesul prezentei hotărâri, termenii și noțiunile sunt definite după cum urmează:

1. *informația privind mediul* — orice informație scrisă, vizuală, audio, electronică sau sub orice formă materială privind:

a) starea elementelor de mediu, cum ar fi: aerul și atmosfera, apa, solul, suprafața terestră, peisajul și ariile naturale, diversitatea biologică și componentele sale,

inclusiv organismele modificate genetic și interacțiunea dintre aceste elemente;

b) factori, cum ar fi: substanțele, energia, zgomotul, radiația, deșeurile și activitățile ori măsurile, inclusiv măsurile administrative, acordurile de mediu, politicile, legislația, planurile și programele care afectează sau pot afecta elementele de mediu prevăzute la lit. a), analizele cost-beneficiu sau alte analize și prognoze economice folosite în luarea deciziei de mediu;

c) starea sănătății și siguranței populației, condițiile de viață, zonele culturale și construcțiile, modul în care acestea sunt sau pot fi afectate de starea elementelor de mediu și/sau de factorii, activitățile ori măsurile cuprinse la lit. a) și b);

2. *autorității publice* — Guvernul sau orice alt organ al administrației publice, orice instituție publică de interes național și local, precum și orice regie autonomă care utilizează resurse financiare publice și își desfășoară activitatea pe teritoriul României și care au responsabilități sau dețin informații privind mediul;

3. *solicitant* — orice persoană fizică sau juridică care solicită informații privind mediul.

CAPITOLUL II

Accesul la informația de mediu

Art. 3. — (1) Solicitarea și furnizarea informației privind mediul se fac cu respectarea prevederilor Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public.

(2) Primirea cererilor de informații privind mediul și furnizarea răspunsurilor se realizează de către compartimentele specializate de informare și relații publice organizate în cadrul autorităților publice.

(3) Autoritățile publice pun la dispoziție informațiile privind mediul pe care le dețin, din oficiu sau la cererea solicitantului, fără justificarea scopului în care au fost cerute.

(4) Toate autoritățile publice întocmesc registre publice cu tipurile de informații privind mediul pe care le dețin. Lista autorităților publice, tipul și domeniul informațiilor privind mediul, precum și datele de identificare a compartimentelor specializate de informații și relații publice cărora li se poate solicita informația se centralizează de către autoritatea publică centrală pentru protecția mediului și se distribuie, la cerere și periodic, prin mijloacele de informare în masă.

Art. 4. — (1) Autoritățile publice pot refuza accesul publicului la informația privind mediul, în cazul în care furnizarea acesteia afectează:

- a) confidențialitatea procedurilor autorităților publice, dacă este prevăzută de legislația în vigoare;
- b) relațiile internaționale;
- c) apărarea, ordinea publică și siguranța națională;
- d) subiecte care fac ori au făcut obiectul unei acțiuni judecătorești sau anchete penale ori disciplinare sau care fac obiectul unor proceduri de investigații preliminare;
- e) activități comerciale sau industriale pentru care sunt prevăzute clauze de confidențialitate, care asigură protejarea unui interes economic legitim, inclusiv proprietatea intelectuală;
- f) confidențialitatea unor date personale;
- g) interesele unei terțe părți care a oferit informația cerută, fără ca acea parte să aibă obligația legală de a furniza informația și fără să fi consimțit la publicarea informației;
- h) mediul înconjurător, dacă informația solicitată se referă la documente a căror răspândire ar putea duce la creșterea posibilității de risc asupra mediului;
- i) informațiile clasificate ca secrete de serviciu.

(2) Autoritățile publice nu pot refuza o cerere de informații care se referă la emisii, descărcări sau alte evacuări de poluanți, invocând clauza de confidențialitate prevăzută de alin. (1) lit. e).

(3) Informațiile privind mediul, deținute de autoritățile publice, pot fi furnizate parțial, când este posibilă separarea acestora de cele prevăzute la alin. (1).

(4) O solicitare de informații privind mediul poate fi respinsă motivat, dacă aceasta implică furnizarea unor materiale neterminale sau dacă cererea este evident nerezolvabilă în forma ori formatul solicitat, este neclară sau nu permite identificarea informației solicitate.

Art. 5. — (1) Autoritatea publică are obligația de a răspunde în scris în termen de 10 zile de la înregistrarea cererii de furnizare a informației privind mediul.

(2) În cazul în care volumul și complexitatea informației necesită o perioadă mai îndelungată de pregătire, răspunsul la o cerere de informații privind mediul poate fi dat în termen de 30 de zile de la data înregistrării acesteia. În astfel de cazuri solicitantul este informat înaintea expirării perioadei de 10 zile despre prelungirea termenului de răspuns.

(3) Respingerea cererii de furnizare a informațiilor privind mediul se motivează și se comunică solicitantului în termen de 5 zile de la înregistrarea cererii.

Art. 6. — (1) Orice solicitant care consideră că cererea sa pentru furnizarea unor informații privind mediul a fost respinsă nejustificat, nerezolvată sau rezolvată cu un răspuns necorespunzător din partea unei autorități publice, se poate adresa cu reclamație administrativă conducătorului respectivei autorități publice, potrivit prevederilor art. 32—34 din Normele metodologice de aplicare a Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 123/2002.

(2) Solicitantul care, ca urmare a aplicării prevederilor alin. (1), se consideră lezat în drepturile sale prevăzute de lege sau care nu a primit răspuns în termenul legal stabilit poate depune o plângere la secția de contencios administrativ a tribunalului, conform prevederilor art. 36 din Normele metodologice de aplicare a Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 123/2002.

Art. 7. — (1) Pentru a facilita accesul oricărei persoane la informația privind mediul, autoritățile publice asigură informarea publicului despre: tipul și domeniul informației de mediu deținute, termenii de bază și condițiile în care o asemenea informație este disponibilă și accesibilă și cum poate fi obținută.

(2) Pentru ca informația privind mediul să fie efectiv accesibilă publicului, autoritățile publice aplică unele măsuri practice, cum ar fi:

- a) sprijină publicul în exercitarea dreptului de acces la informația privind mediul în conformitate cu prevederile prezentei hotărâri;
- b) înființează și/sau mențin liste, registre sau dosare accesibile publicului;
- c) organizează compartimente specializate de informare și relații publice și/sau desemnează persoane pentru primirea solicitării și furnizarea informației privind mediul.

(3) Autoritățile publice asigură accesul publicului la informațiile privind mediul, conținute în listele, registrele sau dosarele prevăzute la alin. (2) lit. b), și examinarea acestora pe loc în mod gratuit.

(4) Autoritățile publice sunt obligate să asigure în mod gratuit mediatizarea imediată și fără întârziere a informației privind mediul, în cazul unor amenințări iminente asupra sănătății populației și mediului, datorate unor activități umane sau unor cauze naturale, astfel încât să permită

luarea unor măsuri de prevenire și/sau ameliorare a daunelor provocate.

Art. 8. — Autoritatea publică centrală pentru protecția mediului asigură punerea la dispoziția publicului a informației privind mediul, conform prevederilor art. 7, și prin intermediul unor baze electronice de date care sunt ușor accesibile prin rețele de telecomunicații publice. Informația accesibilă în această formă include:

- a) rapoarte asupra stării mediului;
- b) extrase din legislația internă privind mediul sau în legătură cu mediul ori din tratatele internaționale la care România este parte, acorduri internaționale bilaterale sau multilaterale privind protecția mediului;
- c) politici, planuri și programe privind mediul sau în legătură cu mediul;
- d) alte informații care facilitează aplicarea legislației privind mediul, cu condiția ca aceste informații să fie deja disponibile sub formă electronică;
- e) registrul poluanților eliberați și transferați în mediu.

Art. 9. — (1) Cererile pentru furnizarea informațiilor privind mediul și modalitatea/termenul de rezolvare a acestora se înscriu într-un registru de evidență la nivelul fiecărei autorități publice.

(2) Autoritățile publice raportează lunar evidența cererilor prevăzute la alin. (1), până la data de 10 a lunii ulterioare celei pentru care se face raportarea, la autoritatea publică centrală în a cărei subordine, coordonare sau autoritate se află, precum și la autoritatea publică teritorială pentru protecția mediului în a cărei rază ființează.

(3) Autoritățile publice teritoriale pentru protecția mediului centralizează rapoartele prevăzute la alin. (2) și transmit autorității publice centrale pentru protecția mediului situația centralizată a rapoartelor, până la data de 20 a lunii ulterioare celei pentru care se face raportarea.

(4) Autoritățile publice centrale controlează și răspund de furnizarea informațiilor privind mediul, deținute de unitățile aflate în subordinea, sub autoritatea sau în coordonarea acestora, la termenele și în condițiile prevăzute de prezenta hotărâre.

(5) Informația privind mediul aflată în posesia autorităților publice este furnizată de către autoritatea publică centrală respectivă sau, după caz, de către unitățile sale menționate la alin. (4).

Art. 10. — Autoritățile publice pentru protecția mediului furnizează publicului informații generale privind starea

mediului, prin anunțuri, publicații periodice și rapoarte descriptive. Frecvența anunțurilor de maximă importanță pentru populație este zilnică, iar a rapoartelor, anuală.

CAPITOLUL III

Dispoziții finale

Art. 11. — (1) În termen de 60 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei hotărâri toate autoritățile publice care dețin și gestionează informații privind mediul întocmesc și transmit, prin compartimentele proprii de informare și relații publice, lista informațiilor de mediu deținute și datele proprii de identificare prevăzute la art. 5 alin. (1) din Legea nr. 544/2001. Listele care conțin date privind tipurile, domeniile, modalitățile de acces al publicului și furnizare a informației privind mediul se transmit autorității publice centrale în a cărei subordine, coordonare sau autoritate se află, precum și autorității publice teritoriale pentru protecția mediului în a cărei rază ființează.

(2) În termen de 30 de zile de la primirea listelor autoritățile publice centrale care au în subordine, în coordonare sau sub autoritate alte autorități publice, precum și autoritățile publice teritoriale pentru protecția mediului sunt obligate să centralizeze listele primite și să transmită autorității publice centrale pentru protecția mediului listele centralizate.

(3) În termen de 30 de zile de la primirea listelor centralizate prevăzute la alin. (2) autoritatea publică centrală pentru protecția mediului, prin Direcția relații publice, aduce la cunoștință publicului lista autorităților publice cu tipurile și domeniile de informații privind mediul, deținute de acestea.

Art. 12. — În cazul în care solicitarea de informații implică realizarea de copii de pe documentele deținute de autoritatea sau instituția publică, costul serviciilor de copiere este suportat de solicitant.

Art. 13. — În termen de 45 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei hotărâri se aprobă prin ordin al conducătorului autorității publice centrale pentru protecția mediului metodologia de colectare și punere la dispoziția publicului a informației privind mediul pentru autoritățile publice aflate în subordinea, în coordonarea sau sub autoritatea sa.

Art. 14. — Prezenta hotărâre intră în vigoare la 30 de zile de la publicarea ei în Monitorul Oficial al României, Partea I.

PRIM-MINISTRU
ADRIAN NĂSTASE

Contrasemnează:

Ministrul apelor și protecției mediului,
Petru Lificiu

Ministrul informațiilor publice,
Vasile Dîncu

Ministrul industriei și resurselor,
Dan Ioan Popescu

Ministrul integrării europene,
Hildegard Carola Puwak

Ministrul finanțelor publice,
Mihai Nicolae Tănăsescu

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂȚĂII ȘI FAMILIEI
Nr. 725 din 1 octombrie 2002

AUTORITATEA NAȚIONALĂ
PENTRU PROTECȚIA COPILULUI ȘI ADOPTIE
Nr. 12.709 din 1 octombrie 2002

ORDIN

privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru copii și se aplică măsurile de protecție specială a acestora

În temeiul prevederilor art. 1 alin. (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 102/1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap, aprobată și modificată prin Legea nr. 519/2002, ale art. 4 alin. (6) din Hotărârea Guvernului nr. 22/2001 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății și Familiei, cu modificările și completările ulterioare, ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 12/2001 privind înființarea Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție, aprobată și modificată prin Legea nr. 252/2001, și ale art. 9 alin. (3) din Hotărârea Guvernului nr. 216/2001 privind organizarea și funcționarea Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție,

ministrul sănătății și familiei și secretarul de stat al Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție emit următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru copii și se aplică măsurile de protecție specială a acestora, prevăzute în anexele nr. 1—4 care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Comisiile pentru protecția copilului din cadrul consiliilor județene și locale ale sectoarelor municipiului

Ministrul sănătății și familiei,
Daniela Bartoș

București, precum și serviciile de evaluare complexă din cadrul serviciilor publice specializate pentru protecția copilului din subordinea consiliilor județene și locale ale sectoarelor municipiului București vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 3. — Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului și Adopție
Gabriela Coman,
secretar de stat

ANEXA Nr. 1

CRITERII GENERALE

medico-psihosociale de identificare și încadrare a copiilor (0—18 ani) cu deficiențe și handicap (dizabilități)

Convenția cu privire la drepturile copilului și Regulile standard privind egalizarea șanselor pentru persoanele cu handicap (Rezoluția ONU din 1993), precum și alte documente internaționale menționează cu claritate nevoia de participare socială și de egalizare a șanselor pentru copiii și persoanele cu handicap, ca mijloace de promovare a drepturilor umane. O condiție importantă în acest sens, pentru care militează comunitatea internațională, este depășirea modelului predominant medical în concepția și practica cu privire la acești copii și acceptarea complementară a modelului social.

În prezentul ordin al ministrului sănătății și familiei și al secretarului de stat al Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție se determină criteriile medico-psihosociale de identificare și de încadrare într-o categorie de handicap, pentru copii, pe baza cărora se stabilesc măsurile de protecție specială, serviciile de intervenție (reabilitare-recuperare) și sprijin necesare, pentru asigurarea condițiilor de dezvoltare optimă (bio-psihosocială) în raport cu nevoile individuale și particularitățile contextuale, pentru fiecare copil.

Identificarea și aprecierea gradului de handicap se fac prin raportare la Clasificarea internațională a funcționării, dizabilităților și sănătății, ICF 2001, adoptată de Organizația Mondială a Sănătății. Aceasta ia în considerare deficiența (afectarea), limitarea activității și restricțiile de participare socială ale persoanei respective.

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

Atât în procesul evaluării medico-psihosociale, cât și în luarea deciziilor privitoare la copil trebuie să se respecte

principiile parteneriatului cu familia și cu copilul, în raport cu vârsta și gradul său de dezvoltare.

Evaluarea și încadrarea într-un grad de handicap nu este un scop în sine, ele trebuie să ducă la creșterea calității vieții copilului, prin îmbunătățirea îngrijirii și intervenții personalizate cu scop recuperator și de facilitare a integrării sociale.

Ele se vor concretiza în planul de servicii personalizat, elaborat pe baza raportului de evaluare complexă, validat pe baze contractuale ferme, ceea ce va asigura o conduită activă, pozitivă a comunității față de persoana cu handicap sau dizabilitate. Planul de servicii personalizat va fi pus în practică de familie și de instituțiile competente, furnizoare de servicii, cu implicarea activă a copilului. Serviciile sunt asigurate sau facilitate de autoritățile locale, iar planul personalizat va fi monitorizat de instituția abilitată.

Pentru realizarea obiectivelor propuse, dosarul copilului cu handicap sau dizabilități este unic și cuprinde următoarele secțiuni: fișa personală, fișa medicală, ancheta socială, fișa psihologică, fișa educațională, raportul de evaluare complexă, certificatul de încadrare într-un grad de handicap, certificatul de orientare școlară, hotărârea privind măsurile de protecție a copilului, planul de servicii personalizat, contractele cu familia și cu instituțiile furnizoare de servicii și documente privind monitorizarea evoluției cazului.

Pentru aplicarea instrumentelor precizate în acest ordin, în termen de 60 de zile de la publicarea acestuia în Monitorul Oficial al României, Partea I, va fi pus la dispoziție un ghid metodologic aprobat prin ordin comun al ministrului sănătății și familiei, al secretarului de stat al Secretariatului de Stat pentru Persoanele cu Handicap, al secretarului de stat al Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție și al ministrului educației și cercetării.

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

- a) supraviețuirea copilului;
- b) reducerea sau minimalizarea unor consecințe invalidante ale afecțiunilor sau bolilor;
- c) ameliorarea condițiilor de viață individuală și socială pentru a asigura și a sprijini dezvoltarea maximală a potențialului copilului.

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

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

Aplicarea combinată a criteriilor medicale și psihosociale se face diferențiat și adaptat particularităților de vârstă ale copiilor în cauză.

Copiii din grupa de vârstă 0—3 ani ridică probleme speciale și necesită o atenție specială în identificarea și deter-

minarea gradului de handicap. Acești copii sunt, pe de o parte, dependenți de îngrijirea și supravegherea permanentă din partea adultului. Pentru aprecierea severității handicapului trebuie avute în vedere nu numai efectul tulburărilor structurale și funcționale, ci și implicarea și condițiile asigurate de mediul familial apropiat. Pe de altă parte, la această vârstă dezvoltarea bio-psihosocială a copiilor este foarte complexă, ceea ce impune o analiză foarte serioasă și circumspecție în decizia de încadrare.

Grade de handicap (dizabilitate)

Încadrarea în grade de handicap se face în raport cu intensitatea deficitului funcțional individual și prin corelarea cu funcționarea psihosocială corespunzătoare vârstei.

Pentru a se realiza asimilarea pe grade de handicap în cazul diverselor entități nozologice se va ține seama că nu boala în sine determină severitatea handicapului, ci gradul tulburărilor funcționale determinate de acestea, în raport cu stadiul de evoluție, de complicații în activitatea și participarea socială, de factori personali etc. Deci, pentru aceeași boală — ca premisă a identificării și încadrării — încadrarea în grade de handicap poate merge de la gradul ușor la gradul grav.

Măsurile de protecție specială și serviciile de intervenție și sprijin sunt, în cadrul legal existent, foarte variate; pentru viitor, în funcție de nevoile individuale și disponibilitățile comunității, ele vor fi dezvoltate în mod corespunzător.

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

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

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

Gradul ușor de handicap se poate acorda pentru cazurile în care impactul afectării asupra organismului este minim, cu limitare nesemnificativă a activității, și nu necesită măsuri de protecție specială, participarea socială fiind în limite rezonabile. Aceste cazuri vor fi raportate și înregistrate statistic.

CATEGORII DE AFECTĂRI (DEFICIENȚE)

structurale și funcționale ale organismului, care pot determina starea de handicap (dizabilitate)

I. Afectări (deficiențe) ale sistemului nervos și funcțiilor mentale globale

Afecțiuni neurologice:

— malformații congenitale invalidante (de exemplu: mielomeningocel, porencefalia, hidrocefalia, microcefalia vera, craniostenoză);

— facomatoze (Bourneville, Sturge-Weber-Krabe);

— boli demielinizante (de exemplu: leuconevraxită cu tulburări motorii și senzoriale în evoluție sau cu recăderi frecvente);

— boli heredo-degenerative (ataxiile, coreea cronică);

— leziuni traumatice ale sistemului nervos central și/sau periferic cu sechele tip pareză sau plegie mono-, hemi-, para-, tetra- paralizii de plex, leziuni radiculare, de nervi periferici în stadiu sechelar, producând tulburări de tonus și motricitate, afectând deplasarea și gestualitatea, tulburări de tip epileptic sau alte tulburări de focar;

— sechele după un sindrom ischemic medular sau accident vascular cerebral cu consecințe invalidante;

— sechele postencefalitice, meningitice și mielitice (de exemplu: poliomielită anterioară cu tulburări de gestualitate cronice severe, tulburări piramidale);

— tumori cerebrale benigne — cu leziuni sechelare postoperatorii;

— paralizii cerebrale congenitale și dobândite (de exemplu: Boala Little, ataxia congenitală coreo-atetozică etc.).

a) Deficiențe funcționale medii: se apreciază în funcție de prezența obligatorie a uneia sau mai multor categorii (1, 2, 3, 5) și facultativă (4, 6):

1. deficiențe posturale, de statică și coordonare unilaterale, în care forța, precizia, viteza mișcărilor de statică și mers sunt în permanență scăzute;

2. deficiență de manipulație unilaterală permanentă sau bilaterală ușoară ori intermitentă, cu realizarea dificilă a gestualității ca forță, precizie, viteză;

3. deficiență de fonație, deglutiție, masticatie, asociate cu deficiențe ușoare ale altor funcții neurologice;

4. deficiențe cronice ale controlului sfincterian de tipul micțiunilor imperioase, incontinență de efort, asociate cu alte semne neurologice;

5. crize epileptice generalizate convulsive tonico-clonice și de alte tipuri cu frecvență mai mare de 1 până la 3 pe lună, cu/fără tulburări psihice intercritice sub tratament anti-epileptic;

6. dureri continue sau crize, cu frecvență medie, hiperkinezia, cauzalgia, dureri fulgurante, dureri talamice, rezistente la tratament.

Copiii cu aceste deficiențe se pot încadra în gradul mediu de handicap, dar corelat și cu evaluarea psihosocială.

b) Deficiențe funcționale accentuate:

7. deficiențe în statică și mers care fac ca bolnavul să se poată deplasa cu mare dificultate prin forță proprie, neprijinit sau cu baston ori cârje;

8. deficiențe de manipulație bilaterală, cu imposibilitatea efectuării eficiente a gestualității;

9. deficiențe de masticatie, deglutiție, fonație și/sau respirație, cu realizarea cu mare dificultate a alimentației, vorbirii sau respirației în context neurologic;

10. deficiențe cronice ale controlului sfincterian care împiedică încadrarea într-un mediu social;

11. deficiențe ale limbajului care fac imposibilă stabilirea relațiilor interumane;

12. tulburări trofice cronice sau recidivante musculare cutanate sau/și osteoarticulare, asociate cu deficite motorii medii;

13. crize epileptice convulsive generalizate tonico-clonice și alte tipuri de crize epileptice grave, ca sindromul West, sindromul Lennox-Gastaut, de cel puțin una pe săptămână sub tratament, cu/fără tulburări psihice intercritice.

Aceste deficiențe sunt asimilabile gradului accentuat de handicap, dar prin corelare cu evaluarea psihosocială.

c) Deficiențe funcționale grave:

14. deficiență locomotorie de statică și mers care face bolnavul nedeplasabil prin forță proprie, mobilizarea fiind posibilă numai cu ajutorul altei persoane;

15. deficiențe de manipulație bilaterală totală;

16. deficiențe de limbaj cu/fără tulburări expresive, care fac imposibilă stabilirea relațiilor cu mediul înconjurător, în context neurologic, obiectivate clinic și paraclinic;

17. deficiențe de deglutiție și respirație care necesită asistență din partea altei persoane.

Copiii care prezintă asemenea deficiențe au nevoie, de regulă, de îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane, ca atare se recomandă încadrarea în gradul grav de handicap.

Tulburări psihice:

a) întârzierile (dizabilitățile) mintale, certificate prin încadrarea în criteriile clasificărilor internaționale (ICD 10):

1. întârziere mintală ușoară cu QI — 50—65 dacă este asociată cu o altă deficiență: senzorială, somatică, psihică (de limbaj și comunicare, hiperactivitate, emoțional, conduită); poate fi asimilată gradului mediu de handicap;

2. întârziere mintală cu QI — 35—49 fără altă asociere — se poate asimila gradului accentuat de handicap;

3. întârziere mintală severă și profundă (QI sub 35) — poate fi asimilată cu gradul grav de handicap;

b) tulburările pervazive de dezvoltare: autism, sindromul Rett, sindromul Asperger, în raport cu gradul de afectare a intelectului, afectivității și activității, pot fi încadrate în diferite grade de handicap;

c) stările dementiale de diferite etiologii, în raport cu severitatea afectării, pot fi încadrate în diferite grade de handicap;

d) psihozele cu evoluție cronică defectuală (schizofrenia, boala afectivă primară) sunt încadrabile în gradul grav de handicap.

II. Afectări ale structurilor și funcțiilor senzoriale

a) **Afectări ale structurii ochiului și ale funcțiilor vizuale și funcțiilor anexelor ochiului**

Afecțiuni oculare

I. Conform orientărilor E.M.R.C.M. în vigoare, prin noțiunea de *nevăzător* se înțelege acea categorie de deficienți vizuali care au capacitatea de autoservire pierdută și dreptul la însoțitor permanent.

În cadrul acestei categorii se disting:

A. cecitate absolută, în care valorile acuității vizuale la AO sunt cuprinse între următoarele limite:

1. VAO = zero = p.m.m. (percepe mișcarea mâinii) — n.c. (nu corectează);

2. VAO = zero = p.l. (percepe lumina);

3. VAO = zero = f.p.l. (fără percepție luminoasă);

4. anoftalmie bilaterală congenitală; operatorie;

B. cecitate relativă (practică sau socială) în care valorile acuității vizuale la AO sunt cuprinse între limitele următoare: VAO = 1/200 (n.d. la 25 cm — numără degetele) și la 1/25 (n.d. la 2 m — numără degetele).

II. Deficienții vizuali care au valorile acuității vizuale la AO cuprinse între 0,04 (n.d. 1/25 la 2 m — numără degetele) — 0,1 (1/10 n.d. la 5 m — numără degetele) se încadrează în grupa ambliopilor (ambliopii mari sau forte) și nu sunt încadrabili în gradul grav de handicap.

III. Aceste categorii se pot încadra în gradul accentuat de handicap, cu valori ale acuității vizuale între 0,04—0,1 la AO.

IV. Pentru gradul mediu de handicap se pot lua în discuție valorile:

a) VAO = 1/3—1/8 inclusiv;

b) vedere la un ochi = 1;

vedere la celălalt ochi 1/2 — zero f.p.

b) **Afectări ale structurii și funcțiilor auzului**

Afecțiuni ORL:

— hipoacuzie congenitală sau dobândită precoce cu demutizare slabă sau nulă (poate fi asimilată gradului mediu de handicap);

— tulburări de auz bilateral cu pierdere peste 70 db, calculată pe audiogramă, ce se protezează greu, sau aso-

ciate cu tulburări psihice și de limbaj (se poate acorda gradul mediu de handicap).

III. Afectări ale structurii laringelui și funcțiilor sale:

— laringectomizare parțială, cu tulburări de fonație și deglutiție sau cu gastrostomă permanentă, care reprezintă o infirmitate mare ce marchează psihicul bolnavului (se poate asimila cu gradul accentuat de handicap);

— laringectomizare totală sau cu traheostomă permanentă (se va aprecia în funcție de recomandarea medicului de specialitate).

La această categorie de afectare se iau în considerare și malformațiile congenitale ale gurii (keilo-palato-skizis etc.).

IV. a) Afectări ale structurii sistemului cardiovascular și ale funcțiilor sale

Afecțiuni cardiovasculare:

— cardiopatii cu insuficiență cardiacă cronică clinic manifestă (de exemplu: tetrada Fallot, transpoziția de vase mari, stenoza de arteră pulmonară asociată cu DSV, atrezia de tricuspidadă, maladia Ebstein, defect septal ventricular, persistența canalului arterial, coarctare de aortă);

— miocardiopatii primitive (de exemplu: fibroelastoză endomiocardică);

— HTA stadiul II, III cu complicații;

— pericardite cronice cu semne de insuficiență cardiacă;

— cordul pulmonar cronic cu semne importante de hipertensiune în mica circulație;

— tulburările de ritm și conducere severe (de exemplu: extrasistole ventriculare, fibrilație, flutter atrial, tahicardia paroxistică repetitivă, bloc major de ramură stângă, blocurile AV — gradele II și III și blocurile bi- și trifasciculare);

— polimalformații cardiovasculare sau/și ale altor organe;

— afecțiuni vasculare periferice (arteriale, venoase, limfatice) care determină impotența funcțională a segmentelor subiacente, tulburări trofice marcate la două sau mai multe membre;

— purtători de pacemaker și protezați valvulari;

— valvulopatii reumatismale cu insuficiență cardiacă.

Pentru asimilarea pe grade de handicap se vor lua în considerare:

— natura afecțiunii și stadiul ei evolutiv;

— răspunsurile la demersurile terapeutice;

— răsunetul afecțiunii cardiovasculare asupra altor organe și sisteme;

— asocieri patologice;

— existența insuficienței cardiace exprimate în grade NYHA.

Pot fi încadrați în categoria de persoane cu handicap prin afecțiuni cardiovasculare exprimate în grade NYHA după cum urmează:

a) gradul II (bolnavi care nu prezintă tulburări funcționale la eforturi mici, dar prezintă astfel de tulburări la eforturi de o intensitate sau durată mare, apărând, de asemenea, o limitare a capacității de efort) — este asimilat cu gradul mediu de handicap;

b) gradul III (bolnavi fără simptome în repaus, dar cu tulburări funcționale chiar la eforturi mici; de asemenea, apare și o limitare a capacității de efort) — poate fi asimilat cu gradul accentuat de handicap;

c) gradul IV (bolnavi cu dispnee chiar în repaus, tulburările funcționale accentuându-se la orice efort). Se pot lua în considerare, după caz, și valorile gazometriei sanguine, și anume:

- hipoxemie ușoară PaO₂ 60—70 mmHg;
- hipoxemie medie PaO₂ 50—60 mmHg;
- hipoxemie accentuată PaO₂ sub 50 mmHg.

Pentru grupele de vârstă pentru care nu se pot evalua gradele NYHA se va lua în considerare gradul de deficiență funcțională.

În cazul intervențiilor chirurgicale din sfera cardiacă gradul de handicap se apreciază în funcție de amploarea intervenției și de rezultatul postoperator. Gradul grav se acordă pe o perioadă de 6—12 luni. Ulterior aprecierea se face în funcție de evoluție și de recomandările medicale.

b) **Afectări ale structurii aparatului respirator și ale funcțiilor sale**

Afecțiuni respiratorii:

a) afecțiuni pulmonare cronice evolutive:

- tuberculoză bronhopulmonară și pleurală activă sau activ regresivă;
- supurație bronhopulmonară permanentă sau cu pusee frecvente (bronșectazii cu pusee supurative și tulburări de nutriție, pleurezie purulentă).

În aceste cazuri se apreciază o deficiență funcțională respiratorie ce afectează semnificativ activitatea și participarea, care poate fi asimilată cu gradul accentuat de handicap.

Formele severe cu cașexie, deperdiție proteică, cord pulmonar cronic decompensat se apreciază ca fiind o deficiență funcțională respiratorie gravă, care poate fi asimilată cu gradul grav de handicap, necesitând îngrijire din partea altei persoane;

b) afecțiuni bronhopulmonare cronice, cu tulburări funcționale intermitente sau permanente (astm bronșic infantil, bronșită obstructivă cronică):

— forma clinică moderată (o criză de astm/săptămână sau fenomene bronșitice relativ rare, cu pusee la 2—3 luni) se apreciază că este o deficiență funcțională medie (disfuncție ventilatorie decelată spirometric, cu intensitate medie) și poate fi asimilată cu încadrarea în gradul mediu de handicap;

— forma clinică severă (o criză de astm/zi sau mai frecvente, rebelă la tratament bronhodilatator și/sau

corticodependentă sau forme de bronșită cronică cu acutizări frecvente, semne clinice severe, cu disfuncție ventilatorie accentuată și/sau semne de insuficiență pulmonară manifestă și/sau cord pulmonar cronic compensat) se apreciază ca deficiență funcțională accentuată și poate fi asimilată cu gradul accentuat de handicap;

— formele clinico-funcționale grave, cu insuficiență cardiorespiratorie severă ireductibilă — cașexie, deperdiție proteică — se apreciază că au deficiență funcțională gravă și pot fi asimilate cu gradul grav de handicap, necesitând îngrijire din partea altei persoane;

c) sechelele după tuberculoză pulmonară sau după intervenții chirurgicale ori traumatism toracic; la acești bolnavi handicapul, deci deficiența funcțională respiratorie, se apreciază în funcție de aspectul funcțional detectat prin teste spirometrice sau gazometrie sanguină;

d) anomalii congenitale (agenezie pulmonară, fibroză pulmonară idiopatică) cu tulburări funcționale și/sau insuficiență respiratorie cronică și efectele lor asupra activității și participării pot conduce la un handicap ce este apreciat în baza testelor spirometrice sau gazometriei sanguine.

c) **Afectări ale structurii sistemului imunitar și ale funcțiilor sale:**

— boli cu deficit imunitar cronic: boala SIDA, hipogamaglobulinemia, agranulocitoza — asimilabile cu gradul grav de handicap.

Pentru aprecierea severității afectării HIV—SIDA se vor avea în vedere stadiile clinico-imunologice, conform clasificării infecției HIV pediatrice CDC — Atlanta 1994, după cum urmează:

- handicap accentuat — stadiile clinico-imunologice N₂, A₁, A₂, B₁;
- handicap grav — stadiile clinico-imunologice N₃, A₃, B₂, B₃, C₁, C₂, C₃;
- anemii hemolitice cronice necompensate;
- afecțiuni hematologice:
 - anemii cronice (de exemplu: talasemie majoră, sferomicrocitoza necompensată, poliglobulia cronică, siclemia, methemoglobinemia cronică);
 - afecțiuni hematologice (de exemplu: leucemiile, limfom malign ne Hodgkinian stadiile I și II, boala Hodgkin, mielom multiplu);
 - macroglobulinemia Waldstrom cu alterarea progresivă a stării generale, hepatosplenomegalie și tumori micro- sau macronodulare în amigdale, plămâni, tub digestiv.

Pentru asimilare și evaluare se vor avea în vedere:

- caracterul evolutiv, progresiv al afecțiunii;
- alterarea progresivă a stării generale;
- semne de hipogenezie sau agenezie medulară;
- prezența și frecvența fenomenelor hemoragipare;
- prezența complicațiilor (hepato-splenice, neurologice, renale, cardiovasculare etc.);
- prezența sindromului de imunodeficiență;

— hemofilia cu manifestări hemoragice frecvente, tulburări articulare posthemoragice, paralizii nervoase periferice;

— anemiile persistente, sub 8 gr%.

Prezintă deficiență funcțională medie:

— leucemia acută în remisiune completă menținută cel puțin un an de la încheierea tratamentului;

— leucemia cronică cu numărul de leucocite sub 50.000/mm³, cu adenomegalie sau/și splenomegalie;

— trombocitemiile persistente peste 500.000/mm³, fără complicații tromboembolice sau hemoragice;

— anemiile între 7—8 gr%, rezistente la tratament;

— hemofilia cu manifestări hemoragice fără gravitate și fără modificări de dinamică articulară;

— boala Hodgkin în stadiile I și II.

Deficiența funcțională accentuată se manifestă în:

— leucemia acută;

— leucemiile cronice cu leucocitoza marcată peste 100.000/mm³, rezistentă la tratament, cu insuficiență medulară (anemie, granulopenie sau/și trombopenie), adenomegalii și splenomegalii tumorale și infecții cronice;

— leucemiile cronice trecute în stadiul de metamorfozare blastică;

— policitemiile complicate cu hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă, mieloscleroză, tromboembolii, transformare în leucemie acută;

— trombocitemiile hemoragice însoțite de complicații tromboembolice;

— anemiile sub 7 gr%, rezistente la tratament, care necesită perfuzii de sânge, precum și cele cu complicații, respectiv: tromboze, hemoragii repetate, semne de insuficiență medulară, hemocromatoză, transformare în leucemii acute;

— boala Hodgkin în stadiile III și IV;

— mielomul multiplu cu fracturi multiple, cu anemie moderată sau severă, sindrom hemoragic, insuficiență renală;

— trombocitopeniile cu hemoragii frecvente și severe, cu anemie hipocromă medie sau severă.

Deficiența funcțională gravă apare în:

— formele cu deficiențe motorii importante, sechele ale unor complicații neurologice ca urmare a afecțiunilor hemoragice;

— anemiile severe rebele la tratament;

— boala Hodgkin în stadiul IV, cu complicații severe.

V. Afecțiuni ale structurii și funcțiilor sistemelor digestiv, metabolic și endocrin

a) Afecțiuni ale structurii sistemului digestiv și ale funcțiilor sale

Afecțiuni digestive:

— afecțiuni de diverse tipuri, cu tulburări importante de nutriție (deficit ponderal peste 20% la adolescenți și 25% la

sugari) (de exemplu: diaree cronică cu sindrom de malabsorbție, celiakie etc.);

— insuficiență hepatică cronică medie și severă (probată prin teste de laborator);

— hepatită cronică activă (hepatită agresivă);

— ciroză hepatică;

— insuficiență pancreatică cronică exocrină; fibroză chistică de pancreas.

Pentru asimilare se vor avea în vedere: afectarea stării de nutriție și a funcțiilor vitale, precum și testele de laborator.

Pentru insuficiența hepatică cronică forma medie se poate acorda gradul mediu de handicap. Pentru forma severă se poate aprecia gradul accentuat de handicap.

Pentru ciroză se poate aprecia gradul grav de handicap.

b) Afecțiuni ale structurii glandelor endocrine și ale funcțiilor specifice

Afecțiuni endocrine:

— insuficiență hipofizară accentuată gravă, tulburări grave de nutriție, insuficiență corticosuprarenală și tulburări psihice;

— diabet insipid rezistent la tratament;

— hipertiroidism cu visceralizări (cardiace) și tulburări de nutriție;

— hiperparatiroidismul și hipoparatiroidismul documentate;

— mixedemul;

— hiperaldosteronismul primar de evoluție, cu sechele cardiovasculare și renale relativ echilibrate sub tratament.

Pentru asimilare pe grade se vor avea în vedere: stadiul afecțiunii și eventuale complicații, răspunsul terapeutic, eventuale asocieri posibile.

Pentru insuficiență hipofizară accentuată sau gravă se poate asimila gradul grav de handicap.

Pentru mixedem cu răspuns terapeutic se poate asimila gradul accentuat de handicap.

Intoleranța la lactoză — gluten se poate asimila cu gradul accentuat de handicap.

c) Afecțiuni ale structurii și funcțiilor sistemului metabolic

Tulburări cronice de metabolism și nutriție:

a) acidoză metabolică cronică, fenilcetonurie, glicogenoză, porfirie cu tulburări polinevritice și tulburări psihice severe și semne importante de hepatită cronică (se poate acorda gradul accentuat de handicap);

b) degenerescența hepatolenticulară (Wilson) — se poate acorda gradul accentuat de handicap;

c) diabet zaharat juvenil cu formele următoare:

— diabet zaharat insulinodependent echilibrat, compensat, necomplicat; se apreciază ca deficiență funcțională de nutriție medie și poate fi încadrat în gradul mediu de handicap;

— diabet zaharat insulinodependent dezechilibrat, necomplicat, care necesită tratament strict supravegheat ca

și formele insulinoresistente; se apreciază că prezintă o deficiență funcțională și de nutriție accentuată și poate fi încadrat în gradul accentuat de handicap;

— diabet zaharat decompensat cu comă acidocetozică, hiperosmotică repetată și complicat cu polineuropatie, retinopatie și metropatie; se apreciază că determină o deficiență funcțională de nutriție accentuată și poate fi asimilată cu încadrarea în gradul accentuat de handicap;

— formele grave de diabet zaharat cu cașexie gravă, cu complicații de tip cecitate și polineuropatii grave, se apreciază că determină o deficiență funcțională de nutriție gravă și pot fi asimilate cu încadrarea în gradul grav de handicap, necesitând îngrijire din partea altei persoane. Copiii cu diabet din grupa de vârstă 0—7 ani care prezintă probleme deosebite de alimentație și administrare a tratamentului se pot încadra în gradul de handicap grav în baza recomandării medicale;

d) intoleranță la gluten, lactoză (documentate clinic, plus biopsie intestinală) — se poate încadra în gradul accentuat de handicap;

e) formele de rahitism vitaminorezistent confirmate prin repetate internări în spital se apreciază că determină o deficiență de nutriție accentuată care poate fi asimilată cu încadrarea în gradul accentuat de handicap;

f) stările de cașexie gravă și deperdiție proteică de diverse etiologii se apreciază că determină o deficiență de nutriție gravă când depășesc un deficit ponderal de 25% și pot fi asimilate cu încadrarea în gradul grav de handicap, necesitând îngrijiri din partea altei persoane.

VI. **Afectări ale structurii funcțiilor aparatului urinar**

Afecțiuni renale cu insuficiență renală cronică documentată, indiferent de cauză:

— cauze malformative (de exemplu: agenezia renală unilaterală, hipoplazia renală, rinichi polichistic, rinichi în potcoavă, duplicare ureterală, reflux vezico-ureteral, displazie reno-facială Potter 1);

— cauze tumorale (de exemplu: tumora Wilms);

— hidronefroză de gradul III;

— hipertensiune reno-vasculară severă sau malignă;

— litiază renală sau ureterală aseptică pe rinichi unic, unilaterală dacă rinichiul controlateral este pielonefritic sau bilaterală, complicații, indiferent dacă complicația este uni- sau bilaterală;

— nefrocalcinoza unilaterală cu rinichi controlateral afectat;

— rinichi unic chirurgical, cu afectarea funcției renale a rinichiului restant (creatinemie peste 2 mg%).

Pentru încadrarea în grade de handicap se evaluează stadiul evolutiv al bolii și posibilitățile terapeutice, corelat cu evaluarea psihosocială.

Pentru tumora Wilms în stadiu inoperabil se poate acorda gradul grav de handicap, pentru hipertensiune reno-vasculară severă sau malignă se poate acorda gradul

accentuat de handicap, la fel și pentru rinichi unic chirurgical cu afectarea funcției renale. Hidronefroza de gradul III se poate aprecia ca handicap accentuat.

VII. a) **Afectări ale structurii și funcțiilor aparatului locomotor și corespunzătoare mișcării**

Afecțiuni osteoarticulare:

— boli constituționale ale oaselor (de exemplu: osteopsatroza, acondroplazia și osteopetroza);

— malformații [de exemplu: amielia unui membru, totală sau parțială (toracal sau pelvin), de coaste, stern, claviculă, coastă supranumerară cu torticolis permanent]; sindactilii încă două luni după operație;

— redori și anchiloze; redori strânse mono- sau bilaterale de șold, genunchi sau combinate controlaterale în poziții vicioase, asociate sau nu cu paralizii nervoase; asocierea lipsei policelui sau a patru degete bilateral cu anchiloze de degete, cot, umăr, în poziții nefuncționale; anchiloze bilaterale ale coatelor și umerilor, anchiloze ale pumnului, cotului, umărului, bilateral, în poziție funcțională; pierderea gestualității unui membru toracal asociată cu reducerea prehensiunii;

— amputații (de exemplu: amputațiile bilaterale, neprotezabile sau greu protezabile de membre inferioare cu articulațiile supraiacente în redoare sau anchiloze; amputații unilaterale, indiferent de nivel, cu excepția celor de degete; amputația bilaterală a membrelor toracale, indiferent de nivel; amputația unilaterală, indiferent de nivel, în raport și cu gestualitatea și deservirea necesară; dezarticularea membrului toracal);

— pseudoartroze (de exemplu: gambă, coapsă, antebraț și braț neoperabile);

— proteză totală de șold cu tulburări de statică și mers;

— infecții cronice invalidante (de exemplu: osteomieliță cronică, morbul Pott, fistule osoase în evoluție);

— osteonecroze cronice invalidante, indiferent de etiologie (de exemplu: osteonecroză de cap femural);

— leziuni de corpuri vertebrale cu modificări ale articulațiilor intervertebrale, cu modificări de statică și mobilitate a coloanei (ortostatism și deplasări dificile); cifoscolioze și scolioze deformante ce împiedică capacitatea respiratorie normală (de exemplu: maladia Scheuerman);

— deformări rahitice grave cu tulburări de postură, locomoție sau respirație;

— luxația congenitală de șold (pe perioada imobilizării în aparat gipsat).

Pentru asimilarea pe grade de handicap se vor lua în considerare, în plus față de evaluarea psihosocială:

a) implicațiile asupra realizării posturii ortostatice, mersului, variantelor posturale — în cazul afectării coloanei vertebrale și membrelor pelvine;

b) idem, asupra gestualității de prehensiune, asupra amplitudinii deplasărilor gestuale, posibilității realizării gesturilor fine și precise — în afecțiunile membrelor toracale;

- c) caracterul evolutiv sau regresiv al afecțiunii;
- d) posibilitățile terapeutice, inclusiv ortezare și protezare;
- e) asocieri cu afecțiuni musculare, neurologice, somatice;

f) asocieri cu tulburări circulatorii loco-regionale;

g) prezența unor procese supurative acute sau cronice.

Pentru afecțiunile locomotorii osteoarticulare:

- deficiența funcțională medie — reducerea posibilității de realizare și menținere a ortostatismului, mersului, prin poziții vicioase ale trunchiului și membrilor, prin limitarea variantelor posturale sau a deplasărilor gestuale;

- deficiența funcțională accentuată — reducerea marcată sau pierderea posibilităților de realizare și menținere a ortostatismului, mersului, a gestualității de prehensiune la un membru, asociată cu reducerea acestor posibilități la membrul controlateral; prin caracterul evolutiv al afecțiunii ori complicații sau asocieri morbide;

- deficiența funcțională gravă — pierderea gestualității ambelor membre toracale sau a posibilităților de mers și ortostatism; prin caracterul diseminat al afecțiunii (neoplasme); prin evoluție ireversibilă spre exitus;

- colagenoze:

- boala lupică (LED);

- sclerodermia cu tulburări cutanate specifice, reducând gestualitatea, cu fenomene pulmonare (fibroză pulmonară);
- periarterita nodoasă cu tulburări oculare (hemoragii retiniene), polimiozită, cu manifestări digestive pulmonare, simptome renale, HTA;

- dermatomiozită (polimiozită în evoluție, cu atrofii musculare sau cu modificări ale staticii coloanei și slăbirea forței musculare a membrilor toracale, când deplasarea devine dificilă);

- poliartrita reumatoidă în evoluție sau cu sechele la nivelul articulațiilor pumnului și degetelor, determinând limitarea gestualității.

În cazul acestui capitol se vor avea în vedere implicațiile asupra funcțiilor vitale și posibilitățile de realizare a gestualității, limitările funcționale motorii.

b) Afecțiuni ale structurii și funcțiilor mușchilor

Afecțiuni musculare:

- anomalii și malformații congenitale, dacă împiedică statica și locomoția (de exemplu: hipertrofii congenitale, redori și retracții musculare);

- boli degenerative — distrofii musculare progresive (de exemplu: distrofia Duchenne, miopatii în centură, distrofia musculară progresivă congenitală, distrofii miotonice Thomsen–Becher);

- miastenia ce determină fatigabilitatea rapidă, cu tulburări de locomoție, manipulație, fonație, respirație;

- glicogenoze (de exemplu: tip II — boala Pompe).

Pentru asimilare pe grade de handicap se evaluează:

- a) implicațiile lor asupra realizării posturii ortostatice, mersului, variantelor posturale: în cazul afectării coloanei vertebrale și membrilor pelvine;

- b) idem, asupra gestualității de prehensiune, asupra amplitudinii deplasărilor gestuale, posibilității realizării gesturilor fine și precise în afecțiunile membrilor toracale;

- c) caracterul evolutiv sau regresiv al afecțiunii;

- d) posibilitățile terapeutice, inclusiv ortezare și protezare;

- e) asocieri cu afecțiuni neurologice osteoarticulare sau somatice;

- f) prezența tulburărilor circulatorii loco-regionale;

- g) prezența sau absența fenomenelor sfincteriene;

- h) prezența tulburărilor de masticatie, deglutiție, fonație și respirație.

VIII. Afecțiuni ale structurii pielii, anexelor și funcțiilor tegumentului

Afecțiuni dermatologice:

- afecțiuni cronice ale pielii, cu caracter de boli generale sau fiind expresia unei boli sistemice ori care, prin efectul lor, limitează semnificativ postura și gestualitatea (de exemplu: epidermoliza buloasă, diskeratoza anhidrotică primară; cicatrici postarsură mutilante și invalidante).

Pentru aceste afecțiuni, avându-se în vedere și cele enunțate, se poate face asimilarea cu gradul accentuat de handicap.

IX. Afecțiuni legate de boala canceroasă

Boala canceroasă:

- afecțiunea într-un stadiu curabil — poate orienta spre asimilare temporară cu gradul accentuat de handicap;

- stadiul avansat/inoperabil, cu tulburări funcționale majore determinate de boală — poate orienta spre gradul grav de handicap; în cursul tratamentului intensiv, conform recomandărilor medicului curant, se poate aprecia gradul grav de handicap pe o perioadă de 12 luni, apoi în funcție de evoluție;

- postterapeutic, la 2 ani de la întreruperea tratamentului, se poate face încadrarea în gradul mediu de handicap, dacă nu sunt semne de recidivă locală sau regională ori tulburări funcționale postterapeutice.

X. Afecțiuni multiple ale organismului legate de boli genetice invalidante

Boli genetice invalidante:

- aberații cromozomiale — trisomia 18, trisomia 21, trisomia 13 — în raport cu afectarea capacității intelectuale, de comunicare, prezența comorbidității și a restricțiilor de participare; pot fi încadrate în grade diferite de handicap.

XI. Afecțiuni ale organismului legate de transplantul de organe

Stările posttransplant

Se apreciază handicap grav în primele 12 luni de la transplant, ulterior gradul de handicap se stabilește în funcție de evoluție și de recomandările medicale.

ACTIVITĂȚI ȘI PARTICIPARE. FACTORI DE MEDIU

Toate componentele menționate în subsidiar vor fi cuantificate pe aceeași scară generică și se vor alege calificativele adecvate, în funcție de domeniu evaluat.

Exemplificare (xxx reprezintă domeniul):

xxx.0 Nu sunt probleme	(lipsă, absentă, neglijabilă etc.)	0-4%
xxx.1 Problemă ușoară	(scazută, redusă etc.)	5-24%
xxx.2 Problema moderată	(medie, temperată etc.)	25-49%
xxx.3 Problema severă	(gravă, ridicată, extremă etc.)	50-95%
xxx.4 Problema totală	(generalizată, completă etc.)	96-100%
xxx.8 Nu se specifică		
xxx.9 Nu se aplică		

ACTIVITĂȚI ȘI PARTICIPARE

Activitatea este executarea unei sarcini sau a unei acțiuni de către individ.
Participarea este implicarea într-o situație de viață.

1. ÎNVĂȚAREA ȘI APLICAREA CUNOȘTINTELOR

Acest capitol se referă la învățarea, aplicarea cunoștințelor învățate, gândire, rezolvare de probleme și luarea deciziilor

ÎNVĂȚAREA ȘI APLICAREA CUNOȘTINTELOR	Grupe de vârstă la care se realizează obișnuit (ani)			
	0-3	4-6	7-11	12-18
a. Experiințe senzoriale cu scop				
- urmărirea cu privirea	x			
- ascultarea	x			
- alte experiențe senzoriale cu scop (simțul tactil, olfactiv)	x			
b. Învățarea de bază				
- imitarea		x		
- repetarea		x		
- învățarea - cititului			x	
- învățarea - scrisului			x	
- învățarea - calculului			x	
- achiziția deprinderilor de bază (manipularea obiectelor în joc)		x		
- alte elemente de învățare de bază specificate și nespecificate		x		
c. Aplicarea cunoștințelor				
- focalizarea atenției	x			
- gândirea	x			
- cititul			x	
- scrisul, inclusiv scrisul Braille			x	
- calculatul			x	
- rezolvarea de probleme			x	
- capacitatea de atenție		x		
- aplicarea cunoștințelor, unele specificate, altele nespecificate		x		

2. CERINȚE ȘI SARCINI GENERALE

Acest capitol se referă la sarcini generale de îndeplinit, prin una sau mai multe sarcini, organizarea sarcinilor zilnice și rezistența la stress.

CERINȚE ȘI SARCINI GENERALE	Grupe de vârstă la care se realizează obișnuit (ani)			
	0-3	4-6	7-11	12-18
- îndeplinirea unei singure sarcini	x			
- îndeplinirea mai multor sarcini		x		
- realizarea sarcinilor zilnice			x	
- rezistența la stress și la alte solicitări			x	
- cerințe și sarcini specificate			x	
- cerințe și sarcini nespecificate			x	

3. COMUNICAREA

Acest capitol se referă la aspecte generale și specifice ale comunicării prin limbaj, semne și simboluri, incluzând primirea și producerea mesajelor, purtarea unei conversații și folosirea aparatelor și tehnicilor de comunicare.

COMUNICAREA	Grupe de vârstă la care se realizează obișnuit (ani)			
	0-3	4-6	7-11	12-18
a. Comunicare - receptivă				
- comunicare verbală	x			
- comunicare nonverbală	x			
- comunicare prin semne convenționale		x		
- comunicare - mesaje scrise			x	
- comunicare prin mijloace specificate și nespecificate include și limbajul mimico-gestual			x	
b. Comunicare - producerea mesajelor				
- vorbitul	x			
- producerea mesajelor non-verbal	x			
- producerea mesajelor din limbajul semnelor convenționale			x	
- scrierea mesajelor			x	
- altele, specificate și nespecificate			x	
c. Conversația și folosirea aparatelor și tehnicilor de				

*) Anexa nr. 3 este reproducă în facsimil.

comunicare				
- conversația (discuția, dialogul)		x		
- dezbateră				x
- folosirea aparatelor și tehnicilor de comunicare		x		
- altele, specificate și nespecificate			x	

4. MOBILITATE

Acest capitol se referă la mișcare prin schimbarea poziției corpului sau localizare, ori prin transferarea de la un loc la altul prin utilizarea, mișcarea sau manipularea obiectelor, prin mers, alergare sau cățărare și prin folosirea unor forme variate de transport.

MOBILITATE	Grupe de vârstă la care se realizează obișnuit (ani)			
	0-3	4-6	7-11	12-18
a. Schimbarea și menținerea poziției corpului				
- schimbarea poziției de bază a corpului	x			
- menținerea poziției corpului	x			
- mutatul corpului dintr-un loc în altul, fără ajutor	x			
- altele, specificate și nespecificate	x			
b. Manipularea, mișcarea și transportul obiectelor				
- ridicatul și purtatul obiectelor	x			
- mutarea obiectelor cu ajutorul extremităților distale	x			
- motricitatea fină a mâinii		x		
- folosirea mâinii și a brațului		x		
- altele, specificate și nespecificate		x		
c. Mersul și mișcarea				
- mersul	x			
- deplasarea	x			
- deplasarea în interiorul casei	x			
- deplasarea în jurul (în afara) casei		x		
- deplasarea pe stradă			x	
- deplasarea cu utilizarea de echipamente		x		
- altele, specificate și nespecificate		x		
d. Deplasarea folosind mijloacele de transport				
- deplasarea autonomă folosind mijloacele de transport			x	
- călăritul animalelor pentru transport				x
- deplasarea folosind mijloacele de transport, specificate și nespecificate				x

5. AUTOÎNGRIJIREA

Acest capitol se referă la autoîngrijire, spălare și uscare, grijă față de propriul corp și părți ale corpului, îmbrăcare, hrănire, băutul și îngrijirea sanatații.

AUTOÎNGRIJIREA	Grupe de vârstă la care se realizează obișnuit (ani)			
	0-3	4-6	7-11	12-18
- spălarea		x		
- îngrijirea diverselor părți ale corpului		x		
- folosirea toaletei		x		
- îmbrăcarea		x		
- hrănirea	x			
- băutul	x			
- preocuparea față de propria sănătate			x	
- altele, specificate și nespecificate			x	

6. VIAȚA CASNICĂ (importantă la copii, deoarece pregătește viața autonomă de adult)

Acest capitol se referă la îndeplinirea unor acțiuni și sarcini ale vieții casnice. Ariile vieții casnice includ: achiziționarea de hrană, îmbrăcăminte și alte necesități, curățenie și reparații curente în casă, grija față de obiectele din jur și cele personale, grija față de ceilalți.

VIAȚA CASNICĂ	Grupe de vârstă la care se realizează obișnuit (ani)			
	0-3	4-6	7-11	12-18
a. Achiziționarea celor necesare				
- procurarea unor bunuri și servicii				x
- altele, specificate și nespecificate				x
b. Sarcini gospodărești				
- pregătirea și prepararea mesei				x
- îndeplinirea sarcinilor gospodărești				x
- altele, specificate și nespecificate				x
c. Îngrijirea și întreținerea obiectelor casnice și a altor obiecte de ajutor				
				x

7. RELAȚIILE SOCIO AFECTIVE INTERPERSONALE

Acest capitol se referă la formarea acțiunilor și sarcinilor cerute de interacțiunile de bază și complexe cu ceilalți (persoane necunoscute, prieteni, rude, membrii familiei, persoane îndrăgite) într-o manieră adecvată contextual și social.

RELAȚIILE SOCIO AFECTIVE INTERPERSONALE	Grupe de vârstă la care se realizează obișnuit (ani)			
	0-3	4-6	7-11	12-18
a. Interacțiuni interpersonale generale				
- interacțiuni interpersonale de bază	x			
- interacțiuni interpersonale complexe			x	
- altele, specificate și nespecificate				x
b. Relații interpersonale particulare				
- relaționarea cu străinii		x		
- relații formale			x	

- relații sociale informale		x		
- relații de familie	x			
- relații intime				x
- altele, specificate și nespecificate				x

8. ARIILE MAJORE ALE VIETII

Acest capitol se referă la îndeplinirea sarcinilor și acțiunilor necesare integrării școlare, pregătirii pentru un loc de muncă, muncii propriu-zise și realizării tranzacțiilor economice.

ARIILE MAJORE ALE VIETII	Grupe de vârstă la care se realizează obișnuit (ani)			
	0-3	4-6	7-11	12-18
a. Educația				
- educația informală	x			
- educația preșcolară		x		
- educația școlară - școala obligatorie (6-15 ani)			x	
- instruirea vocațională (profesională)				x
- altele, specificate și nespecificate				x
b. Pregătirea pentru profesie				x
c. Viața economică				x

9. VIAȚA COMUNITARĂ ȘI SOCIALĂ

Acest capitol se referă la acțiuni și sarcini cerute de implicarea în viața socială organizată în afara familiei, în comunitate arii sociale și civice ale vieții.

VIAȚA COMUNITARĂ ȘI SOCIALĂ	Grupe de vârstă la care se realizează obișnuit			
	0-3	4-6	7-11	12-18
- viața comunitară				x
- recreere și timp liber				x
- religie și spiritualitate				x
- drepturile copilului				x
- viața politică și educația civică				x
- altele, specificate și nespecificate				x

FACTORI DE MEDIU

Factorii de mediu se referă la toate aspectele lumii externe sau extrinseci care formează contextul existenței unui individ și care au ca atare un impact asupra funcționării persoanei respective (*prin factori de facilitare sau prin bariere*).

Printre factorii de mediu se numără lumea fizică și trăsăturile sale, lumea fizică construită de oameni, alte persoane aflate în diferite relații și roluri, atitudini și valori, sisteme și servicii sociale, precum și politici, reglementări și legi.

1. PRODUSE ȘI ECHIPAMENTE

Acest capitol se referă la medicamente, alimente, proteze, orteze, ochelari, mijloace de locomoție, adaptare arhitecturală, adaptarea locurilor de muncă și a instituțiilor de învățământ

- Produse și substanțe pentru consumul personal
- Produse și tehnologii pentru consumul personal în viața de zi cu zi
- Produse pentru mobilitatea personală și transportul personal
- Produse pentru comunicare
- Produse pentru educație
- Produse pentru locul de muncă
- Produse pentru cultură, recreere și sport
- Produse pentru practica religiei și spiritualitate
- Proiectarea, construirea și tehnologia clădirilor publice
- Proiectarea, construirea și tehnologia clădirilor private
- Produse și tehnologii pentru spațiul public și teritoriu
- Proprietăți
- Altele, specificate și nespecificate

2. SERVICII, SISTEME ȘI POLITICI

Acest capitol se referă la:

- politicile sociale constituite din regulamente, reguli, convenții și standarde stabilite de guvern la nivel local, regional, național;
- serviciile existente pentru protecția copilului cu handicap: sanatate, educatie, juridice, cultura și recreere, economice, comunicații și de protecție civilă;
- apartenența la asociații și organizații, sisteme de securitate socială.
 - producerea bunurilor de consum
 - arhitectura și construcțiile
 - planificarea spațiilor deschise
 - gospodăria
 - utilitare
 - de comunicare
 - de transport
 - de protecție civilă
 - juridice
 - integrarea în asociații și organizații
 - economice
 - media
 - securitatea socială
 - pentru sprijinul social general
 - medicale
 - educațional și de instruire
 - locul de muncă
 - politice
 - altele, specificate și nespecificate

3. MEDIUL NATURAL ȘI AMBIANȚA CREATĂ DE OM

Acest capitol se referă la mediul natural și la schimbările mediului produse de către om.

- geografia fizică
- populația
- flora și fauna
- clima
- evenimente naturale
- evenimente cauzate de factori umani
- lumina
- schimbări legate de timp
- sunet
- vibrații
- calitatea aerului
- altele

4. SPRIJIN, RELAȚII, ATITUDINI

Acest capitol se referă la:

- Persoane și animale care oferă sprijin fizic și emoțional, hrană, protecție, asistență și relații cu alte persoane, la domiciliu, la școală sau la locul de muncă, la locul de joacă sau în alte situații ale vieții sociale;
- Atitudinile care sunt consecințe observabile ale obiceiurilor, practicilor, valorilor, normelor și credințelor religioase care influențează comportamentul și viața socială la toate nivelele
 - familia naturală / de plasament / grup de referință
 - familia extinsă
 - prieteni
 - cunoscuți, colegi, vecini, membri ai comunității
 - profesioniști
 - persoane în poziții de autoritate
 - personal de îngrijire și asistenți personali
 - animale domestice
 - altele, specificate și nespecificate
 - atitudini individuale ale membrilor familiei naturale / de plasament / grup de referință
 - atitudini individuale ale membrilor familiei extinse
 - atitudini individuale ale prietenilor
 - atitudini individuale ale cunoștințelor, colegilor, vecinilor și membrilor comunității, profesioniștilor
 - atitudini individuale ale persoanelor în poziții de autoritate
 - atitudini individuale ale personalului de îngrijire și asistenți personali
 - atitudini la nivel de societate
 - altele, specificate și nespecificate

Factori facilitatori (Exemplificări)

Existența ambilor părinți
 Familie nucleară, familie lărgită
 Familie organizată (căsătorie)
 Relații intrafamiliale armonioase
 Familie percepută ca mediu securizant de către copil
 Stare de sănătate bună a familiei (copil și familie)
 Condiții materiale suficiente care asigură minimul de calitate a vieții
 Mediul educațional favorizant
 Apartenența la o minoritate
 Participare și integrare în viața comunitară
 Accesul la servicii (de sănătate, educaționale, sociale, speciale) în funcție de nevoi
 Existența resurselor comunitare și sociale și managementul eficient al acestora
 Politici coerente integrative de protecție a copilului și a familiei
 Politici internaționale

Bariere (Exemplificări)

Lipsa părinților
 Familie monoparentală
 Familie dezorganizată- concubinaj/ separare/ divorț
 Decesul unui părinte
 Relații conflictuale
 Abandonul copilului
 Abuz și neglijarea copilului
 Violența domestică
 Probleme de sănătate fizică, psihică, boli cronice, existența unei persoane cu handicap
 Sărăcie, șomaj, izolare, marginalizare
 Nivel educațional scăzut
 Apartenența la o minoritate (etnică, religioasă etc)
 Izolare și marginalizare comunitară
 Lipsa serviciilor sau dificultăți în accesul la servicii (sănătate, educaționale, sociale, specifice etc)
 Lipsa resurselor comunitare - management deficitar

G L O S A R

Potrivit clasificării OMS 2001, în identificarea și încadrarea copiilor cu handicap se recomandă utilizarea următorilor termeni de bază:

condiție de sănătate — termen generic pentru boli (acute sau cronice), dezordini/tulburări, răni sau traume;

funcționare — termen generic care se referă la funcțiile corpului, structurile corpului, activități și participare; relevă aspectul pozitiv al interacțiunii dintre individ și factorii contextuali;

dizabilitate (handicap) — termen generic pentru deficiențe (afectări), limitări de activitate și restricții de participare; relevă aspectul negativ al interacțiunii individ-context;

funcțiunile corpului — funcțiile fiziologice ale corpului ca sistem/organism uman (inclusiv creierul);

structurile corpului — părțile anatomice, structurale: organe, membre și părțile lor;

deficiență (afectare) — pierdere sau anormalitate în structurile corpului, funcțiile fiziologice (inclusiv psihice);

activitate — executarea unei sarcini sau acțiuni de către un individ; reprezintă perspectiva individuală a funcționării;

limitări de activitate — dificultățile pe care un individ le poate avea în executarea activităților; pot varia de la ușoare la severe în ceea ce privește calitatea, cantitatea și maniera de execuție;

participare — implicarea unei persoane în situații de viață; semnifică perspectiva societală a funcționării;

restricții de participare — probleme pe care un individ le poate avea în implicarea în situații de viață;

factori contextuali — factori care împreună (mediul și factorii personali) constituie contextul complet al vieții unui individ;

factori de mediu — toate aspectele externe sau intrinseci ale lumii, care formează contextul vieții unui individ; ei includ: lumea fizică naturală, lumea fizică artificială (făcută de om), ceilalți oameni, în diferite relații și roluri, atitudini și valori, sisteme și servicii sociale, politici, legi și reguli;

factori personali — factorii contextuali legați de individ, cum ar fi: vârsta, sexul, statutul social, experiența de viață etc.;

facilitatori — factori din mediul unei persoane, care, prin absența sau prezența lor, ameliorează funcționarea și reduc dizabilitatea;

bariere — factori din mediul unei persoane, care, prin absența sau prezența lor, limitează funcționarea și creează dizabilitatea;

capacitate — construct care indică nivelul cel mai înalt probabil pe care o persoană l-ar putea atinge într-un domeniu de activitate și participare, la un moment dat. Capacitatea se măsoară într-un mediu uniform sau standardizat, deci reflectă abilitatea individului adaptată la mediu;

performanță — descrie ce fac indivizii în mediul lor curent, deci se referă la aspectul implicării persoanei în situații de viață.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, str. Izvor nr. 2–4, Palatul Parlamentului, sectorul 5, București, cont nr. 2511.1–12.1/ROL Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București și nr. 5069427282 Trezoreria sector 5, București (alocat numai persoanelor juridice bugetare).

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1, bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 411.97.54, tel./fax 410.77.36.

Tiparul : Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, tel. 490.65.52, 335.01.11/2178 și 402.21.78, E-mail: ramomrk@bx.logicnet.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro
