



DIZABILITATE *VERSUS* PERSOANE CU NEVOI SPECIALE

Teodor CÂRNAȚ,
doctor habilitat, profesor universitar
Mariana PAVLENCU,
magistru în drept, doctorand
Vitalie COSTIȘANU,
magistru în drept

Din cauza discriminării care aduce cu sine marginalizarea și segregarea anumitor categorii de indivizi vizați de astfel de practici, societatea actuală perpetuează inegalitatea în drepturi a oamenilor, judecându-i și condamnându-i pe cei cărora nu le acordă nici măcar șansa de a putea să ducă un trai decent.

Dizabilitatea este doar o chestiune de percepție. Fiecare om poate face anumite lucruri – lucruri pe care alții nu le pot face...

Cuvinte-cheie: discriminare; marginalizare; segregare; indivizi; inegalitate; șansă; dizabilitate.

Because of discrimination that brings marginalization and segregation of certain categories of individuals affected by such practices, current society perpetuates inequality, people, judge them and condemn them to those who are not given even a chance to be able to lead a decent living.

Disability is only a matter of perception. Everyone can do certain things – things that others can not do ...

Keywords: discrimination; marginalization; segregation; individuals; inequality; chance; disability.

Dizabilitatea rămâne o provocare pentru regiunile constituționale de a-și respecta propriile valori [1, p.7].

Pentru a înțelege legătura dintre dizabilitate și discriminare, precum și cauzele și condițiile care determină excluderea socială a acestei categorii, este nevoie de a lămuri acest concept atât din punctul de vedere al încărcăturii de înțelesuri pe care o comportă, cât și a formelor de manifestare și a condițiilor care o generează.

La această etapă de dezvoltare, există un șir de modele pentru a defini dizabilitatea [2, p.125] – de la cele mai simple la cele mai complexe.

În ultima perioadă de timp, atât terminologia cât și însuși conceptul de „dizabilitate” a suportat schimbări radicale. Utilizat o perioadă îndelungată la nivel autohton, precum și la nivel internațional, termenul de „invalid”, care este unul categoric și absolut, a fost substituit de termenul „persoane cu dizabilități”, care redă caracterul parțial și relativ al stării acestuia [3, p.14].

Se pare că există cel puțin 23 de specialități, de profesii diferite implicate în activitățile cu persoanele cu dizabilități și, desigur, nu toate utilizează aceleași definiții. Townsend sugerează că aceste definiții date de specialiști ar putea fi grupate în cinci mari categorii: *pierdere sau anormalitate; condiție clinică; limitare funcțională; devianță; dezavantaj*. Întrucât au fost elaborate pentru scopuri specifice, niciuna dintre definiții nu poate fi considerată corectă sau greșită [4, p.17].

Conform dicționarului de specialitate, *dizabilitatea* – însumează un număr de limitări funcționale ce pot fi întâlnite la orice populație. Dizabilitatea derivă dintr-o deficiență, este determinată, dar nu în mod obligatoriu și univoc, de o deficiență. Dizabilitățile pot fi determinate, cauzate de deficiențe (fizice, sen-

zoriale sau intelectuale), de condiții de sănătate (boli psihice), dar depind și de mediu [5, p.80].

A.Racu și A. Danii consideră că dizabilitatea, de fapt, certifică un deficit de competență, determinat de restrângerea deprinderilor fizice și psihice [3, p.8].

Alți autori, din contra, în locul noțiunii de *persoană cu dizabilități* preferă noțiunea de *persoană cu handicap*, deoarece consideră că dizabilitatea se referă la o afecțiune fizică sau organică ce determină o stare critică pe plan psihologic, iar handicapul, fără a exclude asemenea destructurări, accentuează consecințele, dificultățile de adaptare la mediu [6, p.5] reprezentând nu numai o problemă individuală [7, p.447].

De remarcat că conceptul de dizabilitate a evoluat pe parcursul istoriei atât ca conținut, cât și ca formă de exprimare. În diferite perioade de dezvoltare pentru identificarea persoanelor ce sufereau de afecțiuni fizice, senzoriale sau mentale, a fost folosită cea mai diversă terminologie: *infirmitate, invaliditate, handicap, deficiență*. Această terminologie a evoluat odată cu evoluția conceptului de drepturi fundamentale ale omului și considerăm că a fost puternic influențat de acesta.

Până la schimbările calitative la nivelul drepturilor fundamentale ale omului se folosea conceptul de *persoane cu infirmitate* care trata persoana cu dizabilități ca pe o deviație de la normalitate, caracterizată de neputința de a acționa în toate sau doar în unele domenii ale vieții comunității din care fac parte.

Ulterior, s-a instituit termenul de *handicap* pentru a individualiza categoria persoanelor cu dizabilități.

Însuși termenul de handicap este unul discriminatoriu, de aceea căutarea unei definiții pentru persoanele handicapate care să fie în același timp riguroasă și nonstigmatizantă a constituit obiectul preocupărilor unui număr mare de cercetători. Printre aceștia s-a remarcat P.Wood care a formulat propuneri de



reconceptualizare acceptate ulterior prin consens de Organizația Mondială a Sănătății. Inovația sa a constat în înlocuirea termenului *handicap* prin trei concepte distincte [8]:

Infirmiitate sau deficiență – cuprinzând orice pierdere, anormalitate sau dereglare a unei structuri sau a unei funcții anatomice, fiziologice ori psihice (exemplu: mutism, surzism, paralizie etc.).

Incapacitatea sau dizabilitatea – înglobând orice reducere, lipsă ori pierdere a aptitudinilor de a desfășura o activitate în condiții considerate normale pentru ființa umană. Acestea sunt de fapt limitări ale activității persoanei condiționate de infirmitate.

Handicapul – orice dezavantaj de care suferă o anumită persoană ca urmare a unei infirmități sau a incapacității care o împiedică să satisfacă total ori parțial sarcinile considerate normale pentru ea în raport cu vârsta, sexul sau alți factori sociali și culturali.

Această nouă definiție a stat la baza elaborării **Clasificatorului internațional al deficiențelor, incapacităților și handicapurilor (ICIDH-1)**, adoptat ca document de lucru de către Organizația Mondială a Sănătății în anul 1980 [9], care a reprezentat o schimbare în atitudinea față de această categorie de persoană, dizabilitatea nu mai era privită ca o problemă de ordin personal, dar ca o problemă de interacțiune a acesteia cu mediul fizic sau cel social [10].

Din logica conceptului inițial se înțelege că dizabilitatea, incapacitatea devine handicap doar atunci când devin bariere în calea realizării condiției sociale a unei persoane concrete. De aceea nu toate deficiențele, incapacitățile în mod obligatoriu determină handicapul.

În 1997 a fost adoptat *Clasificatorul internațional al deficiențelor, activităților și participării*, care a stabilit că invaliditatea se exprimă în două dimensiuni: a persoanei (privește caracteristicile individuale ale fiecărei persoane în parte); și a mediului [11], iar în anul 2001, OMS a elaborat **Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății** [10] prin care s-a renunțat în totalitate la noțiunile discriminatorii folosite până atunci, așa ca invaliditate, handicap etc., și s-a dispus folosirea termenului de *dizabilitate* ca termen general, global, utilizat pentru a desemna un fenomen multidimensional ce rezultă din interacțiunea dintre oameni și mediul lor fizic și social, dintre caracteristicile de sănătate și factorii contextuali [12, p.7].

Totuși schimbarea profundă a conceptului de dizabilitate a avut loc odată cu adoptarea *Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități*, care a încetat de a trata dizabilitatea ca pe o caracteristică negativă a individului, catalogând-o drept o problemă a întregii societăți care nu se poate adapta la necesitățile individuale ale persoanei [13, p.14].

De remarcat că nu doar noțiunea folosită pentru a individualiza această categorie a suferit schimbări, dar însăși încărcătura conceptuală a evoluat fiind caracterizată de două modele: cel medical și individual sau social [14, p.251] care s-au succedat pe parcursul istoriei, prima fiind caracteristică perioadei de până la

adoptarea Clasificatorului internațional a deficiențelor, activităților și participării din 1997, când de fapt s-a pus temelia schimbării în abordarea acestui concept, schimbare care s-a produs în mod definitiv odată cu adoptarea CDPD din 2006.

Modelul medical postulează că problemele cu care se confruntă persoanele cu dizabilități nu sunt altceva decât consecințele directe ale deficiențelor lor specifice [15, p.42], ceea ce îl consacră ca un model extrem de discriminatoriu, dar, ce este mai important, persoanele cu dizabilități resping acest model – ei spun că acesta a dus la scăderea respectului propriu, nedezvoltarea abilităților vieții, educație slabă și un grad mare de neangajări. Toți recunosc că modelul medical duce la ruperea legăturilor naturale cu familia, comunitatea și societatea, în general [16, p.4].

Modelul social a dus la o schimbare de accent concentrând atenția nu asupra limitărilor fizice ale anumitor indivizi, dar asupra modului în care mediul fizic și societatea impun serii de constrângeri anumitor grupuri sau categorii de persoane. În consecință, ajustarea care reprezintă obiectivul esențial al modelului individual devine o problemă a societății: în ce măsură aceasta este dispusă să-și ajusteze așteptările și pattern-urile de comportament pentru a îndepărta obstacolele cu care se confruntă persoanele cu deficiențe [4, p.39].

CDPD la art.1 stabilește că persoanele cu dizabilități includ persoanele care *au handicap fizic, mintal, intelectual sau senzorial, permanent care în interacțiune cu alte obstacole poate împiedica participarea lor efectivă la viața socială, în aceeași măsură ca și alți cetățeni* [17].

Legea nr. 60 din 30.03.2012 a consacrat că *persoanele cu dizabilități sunt considerate persoanele cu deficiențe fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale, deficiențe care, în interacțiune cu diverse bariere/obstacole, pot îngreuna participarea ei deplină și eficientă la viața societății în condiții de egalitate cu celelalte persoane, iar dizabilitatea este descrisă ca termen generic pentru afectări/deficiențe, limitări de activitate și restricții de participare, care denotă aspectele negative ale interacțiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) și factorii contextuali în care se regăsește (factorii de mediu și cei personali)* [18].

Pornind de la concluziile formulate *supra*, rezultă următoarele caracteristici ale dizabilității:

a) este o deficiență de ordin fizic, mintal, intelectual sau senzorial;

b) deficiență ce creează un dezavantaj în raport cu factorii contextuali (factorii de mediu și cei personali).

Conform **Instrucțiunii privind modul de determinare a dizabilității și capacității de muncă** [19], cauzele dizabilității sunt următoarele:

a) **afecțiuni generale** – o afecțiune, o traumă, defect organic, care duce la limitarea în activitate și restricții de participare;

b) **afecțiuni congenitale sau din copilărie** – afecțiune, traumă, defect organic, care a avut loc până



la împlinirea vârstei de 18 ani și care duce la limitare în activitate și la restricții de participare;

c) **boală profesională** – boală generată de influența sistematică a factorilor nocivi caracteristici profesiei și de condițiile de muncă caracteristice unor ramuri de producție, care conduc la limitări de activitate și restricții de participare;

d) **accident de muncă** – acțiunea factorilor care au produs accidentul de muncă în timpul exercitării atribuțiilor de serviciu și care conduc la limitarea în activitate și restricții de participare;

e) **afecțiuni legate de participarea la lichidarea avariei de la CAE Cernobâl sau la alte accidente atomice** – cauzate de iradierea cu substanțe radioactive a persoanelor ce au participat la lichidarea avariei de la CAE Cernobâl și a urmărilor ei;

d) **afecțiuni legate de serviciul militar sau cel special** – sunt afecțiuni cauzate persoanelor încadrate în organele apărării naționale, securității statului și de menținere a ordinii publice, ca urmare a rănirii, contuziei, schilodirii sau afecțiuni contractate în timpul satisfacerii serviciului militar sau special.

Conform datelor Raportului social pentru anul 2014, publicat de MMPSF al RM [20] în anul 2014, în Republica Moldova, numărul total al persoanelor cu dizabilități a constituit 183.953 (dintre care copii – 13.446).

Conform datelor Biroului Național de Statistică al RM [21], numărul estimat al persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova este de 184,4 mii de persoane, inclusiv 13,4 mii copii cu vârsta de la 0-17 ani. În ultimii 5 ani, numărul acestora a crescut în general cu 2,7%, iar în cazul copiilor a scăzut cu 11,3%. Persoanele cu dizabilități reprezintă 5,2% din populația totală a țării, iar copiii cu dizabilități constituie aproape 2% din numărul total al copiilor din Republica Moldova. În medie la 10 mii de locuitori revin 520 de persoane cu dizabilități și 193 de copii cu dizabilități revin la 10 mii de copii cu vârsta de 0-17 ani [21].

Persoanele cu dizabilități în proporție de 62 la sută sunt din mediul rural, numărul lor fiind în continuă creștere, iar comparativ cu anul 2010 s-a majorat cu 5,8%. Astfel, rata dizabilității pentru mediul rural constituie 553 de persoane la 10 mii de locuitori, comparativ cu 469 de persoane cu dizabilități la 10 mii de locuitori din mediul urban. În aspect de gen, ponderea bărbaților în structura persoanelor cu dizabilități este mai mare și constituie 52,2%, iar la 10 mii de bărbați revin în medie 561 de bărbați cu dizabilități, comparativ cu 476 pentru femei [21].

Din numărul total al persoanelor cu dizabilități, aflate la evidența organelor asigurării sociale de stat, 71 la sută au obținut dizabilitatea în urma unei boli obișnuite, 15 la sută sunt persoanele cu dizabilitate din copilărie, iar 7 la sută sunt copiii cu dizabilitate [21].

Dacă ne referim la cauza care a determinat stabilirea dizabilității, constatăm că în proporție de 96 la sută din cazuri, dizabilitatea a survenit în urma unei boli obișnuite și aproape 2 la sută pe motiv de boală profesională și accidente de muncă [22].

În ce privește stabilirea calității de persoană cu dizabilități, aceasta se stabilește conform criteriilor și legislației în vigoare a fiecărei țări.

Studiul legislației existente la nivelul câtorva state ale Europei dezvăluie faptul că decizia privind atribuirea calității de persoană cu dizabilități este luată în funcție de țară, de un medic sau o comisie, definite prin lege. Totodată, se constată faptul că cel mai adesea deciziile sunt luate prin evaluarea deficienței raportată la baremuri vechi, rar reevaluate și astfel se evidențiază incapacitatea, și nu abilitățile [22].

Documente de invaliditate, cu caracter de piese de identitate sunt emise în: Germania, Franța, Grecia. În Italia, Ungaria, Polonia, Slovenia se eliberează certificate care atestă calitatea de persoană cu handicap. Olanda, în schimb, eliberează certificate de capacitate în diferite domenii ale vieții [22].

Așadar, există mai multe tipuri de abordare:

- Capacitate de a-și câștiga existența în: Germania, Austria, Lituania, Slovenia.

- Invaliditate evaluată medical: Belgia, Franța, Luxemburg.

- Limitare funcțională (CIF) pentru: Italia, Polonia, Ungaria.

- Capacitate socială pentru Spania.

- Capacitate pentru adaptarea la toate domeniile vieții: Olanda [22].

Se pare că RM a aderat la modelul olandez de abordare a dizabilității analizând-o ca o capacitate de a participa la toate domeniile vieții sociale, această realitate poate fi ușor dedusă din caracteristicile dizabilității, dar mai ales din conținutul prevederilor *art.14 al Legii RM privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități* [23] care stabilește că *drept criterii de bază pentru determinarea dizabilității servesc: capacitatea de a studia și de a se instrui; capacitatea intelectuală și comportamentul; capacitatea de autoservire și de autoîngrijire; capacitatea de comunicare; capacitatea locomotorie și dexteritatea; capacitatea de muncă păstrată și capacitatea vitală a organismului; capacitatea de participare la viața socială și profesională – determinarea de deficiențe fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale de lungă durată.*

La nivel național, dizabilitatea se determină de către **Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă** sau structurile sale teritoriale, în temeiul instrucțiunii privind modul de determinare a dizabilității și capacității de muncă [19], după aplicarea măsurilor de diagnosticare, tratament și reabilitare [24] cu încadrarea persoanei în unul din cele trei grade de dizabilitate: severă, accentuată și medie.

Criteriile de apreciere și determinare a dizabilității la copii în vârstă de până la 18 ani se determină conform **Ordinului comun al Ministrului Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Ministrului Sănătății și Ministrului Educației al RM nr.13/71/41 din 28.01.2013** [25]. Astfel *dizabilitatea severă* se acordă copiilor care au, în raport cu vârsta, capacitatea de autoîngrijire încă neformată sau pierdută, respectiv un grad ridicat de dependență fizică sau psihică. Autono-



mia persoanei este foarte scăzută din cauza limitării severe în activitate, de aceea necesită îngrijire permanentă; dizabilitatea accentuată se acordă copiilor la care incapacitatea de a desfășura activități potrivit rolului social corespunzător dezvoltării și vârstei se datorează unor limitări funcționale motorii, senzoriale, neuropsihice sau metabolice importante, rezultate din afecțiuni severe, în stadii înaintate, cu complicații ale unor organe și sisteme; dizabilitatea medie se acordă copiilor care au capacitatea de prestație fizică (motorie, metabolică) sau intelectuală redusă, corespunzând unei deficiențe funcționale scăzute, ceea ce conduce la limitări în activități, în raport cu așteptările corespunzătoare vârstei [26].

La persoanele adulte angajate în câmpul muncii, păstrarea capacității de muncă se evaluează în procente, cu un interval procentual de 5 puncte, după cum urmează [23]:

1) *dizabilitatea severă* – se caracterizează prin deficiențe funcționale severe provocate de afecțiuni, defecte, traume, care conduc la limitări de activitate și restricții de participare, iar capacitatea de muncă este păstrată în proporție de 0-20%;

2) *dizabilitatea accentuată* – se caracterizează prin deficiențe funcționale accentuate provocate de afecțiuni, defecte, traume, care conduc la limitări de activitate și restricții de participare, iar capacitatea de muncă este păstrată în proporție de 25-40%;

3) *dizabilitatea medie* – se caracterizează prin deficiențe funcționale medii provocate de afecțiuni, defecte, traume, care conduc la limitări de activitate și restricții de participare, iar capacitatea de muncă este păstrată în proporție de 45-60%, și doar persoanele cu deficiențe funcționale ușoare care-și păstrează capacitatea de muncă în proporție de 65-100% nu sunt încadrate în grad de dizabilitate [23].

Decizia finală privind gradul de dizabilitate și procentul păstrării capacității de muncă a persoanei expertizate, precum și recomandările generale privind activitățile și serviciile de care persoana cu dizabilități are nevoie în procesul incluziunii sociale se înscriu în Certificatul de dizabilitate și capacitate de muncă, și în Programul individual de reabilitare și incluziune socială [27].

Conform datelor oferite de Biroul Național de Statistică [21] în anul 2014, printre maladiile care determină gradul de dizabilitate severă în proporție de 43,2 la sută sunt tumorile, 18,2 la sută din cazuri sunt determinate de bolile aparatului circulator, după care urmează bolile aparatului digestiv. Dizabilitatea accentuată este acordată preponderent persoanelor care suferă de boli ale aparatului circulator și tumori, care însă au o proporție mai mică comparativ cu dizabilitatea severă. În cazul dizabilității medii, în topul afecțiunilor se plasează bolile aparatului circulator, tumorile și bolile sistemului nervos. În categoria altei boli sunt incluse boli ca tuberculoza, bolile ochiului și anexelor, bolile aparatului respirator, care însă ocupă o pondere mai mică în structura dizabilității.

Pornind de la analiza opiniilor existente și de la

prevederile legale, rezultă că la categoria persoanelor cu dizabilități urmează a fi atribuite doar persoanele încadrate oficial în cele trei grade de dizabilitate – sever, accentuat și mediu, altfel spus, persoana care a fost recunoscută ca având o dizabilitate printr-un document oficial eliberat de o autoritate competentă. Fapt care a fost reiterat și în practica Comitetului ONU pentru drepturile persoanelor cu dizabilități, *Cauza Ms. S.C. contra Braziliei* [28].

Nu suntem de acord cu acest punct de vedere și considerăm că dizabilitatea urmează a fi stabilită în orice caz, indiferent de faptul dacă aceasta este sau nu certificată în mod oficial de către organele abilitate. Această convingere rezultă din esența principiului egalității și celui al nondiscriminării care proclamă egalitatea în drepturi a persoanelor, indiferent de condiția acestora și, pe de altă parte, acest aspect este susținut și prin prevederile CDPD [17] și al Legii RM privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități [23], care nu leagă prezența dizabilității de faptul certificării acesteia în mod oficial.

Suntem siguri că în orice societate, inclusiv în cea națională, există persoane cu dizabilități, care din anumite considerente nu s-au adresat autorităților competente pentru a le fi atribuit certificatul de dizabilitate, aceasta nicicum nu înseamnă că persoana respectivă nu se poate prevala de protecția legislației în vigoare împotriva faptelor de discriminare pe criteriu de dizabilitate. Reieșind din logica acestui raționament, sunt protejate împotriva faptelor de discriminare pe criteriu de dizabilitate toate persoanele care prezintă o deficiență de ordin fizică, senzorială sau intelectuală, indiferent de faptul dacă această circumstanță a fost constatată printr-un înscris oficial.

După cum s-a putut observa pe parcursul acestui capitol, abordarea tradițională a persoanelor cu dizabilități este tradusă pentru o perioadă lungă de timp printr-o percepție a individului, luând în considerație deficitul său, ca și cum ar fi șterse alte aspecte care compun individualitatea și participă la construirea personalității subiecților în cauză. Cert este faptul că nu există o definiție internațională a dizabilității. Abordările sunt variabile de la o țară la alta, precum și în interiorul lor [29, p.25].

Categoriile „deficiență”, „incapacitate” și „handicap”, folosite pentru a individualiza persoanele cu dizabilități, nu sunt imutabile și absolute; ele au fost și sunt definite într-o mare varietate de moduri de-a lungul istoriei, în interiorul unor societăți particulare și în anumite contexte sociale date. Faptul că definițiile dizabilității sunt mai degrabă relative decât absolute a determinat ca unii sociologi să ajungă la concluzia că aceasta ar putea fi corect înțeleasă numai ca un „construct social” [4, p.21] la fel de mult înrădăcinat în factori de ordin cultural, social, politic, legal de asemenea și în cei de natură biologică [29, p.26].

Adeții conceptului dizabilității ca construct social descriu dizabilitatea și, în special, pe cea de intelect, drept una dintre stigmatele cele mai puternice existente. Odată etichetată cu această sintagmă, persoana este înconjurată de tot felul de profeții ce țin de auto-



realizare, care pun persoana într-o poziție de inferioritate. Iar serviciile abilitate ar trebui să fie foarte atente la efectele ulterioare, pentru că ele ar putea contribui la distanțarea persoanelor cu dizabilități de celelalte [29, p.26].

Având în vedere aceste realități, este cât se poate de evident că la această etapă de dezvoltare nu există un înțeles general obligatoriu al conceptului de „dizabilitate” și a celui de „persoană cu dizabilități”. Chiar în preambulul CDPD [17] se recunoaște faptul 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.

După cum am remarcat pe parcursul prezentei lucrări, conceptul de *dizabilitate* și cel de *persoană cu dizabilități* reprezintă o variabilă în continuă schimbare care implică două dimensiuni. Prima are în vedere deficiențele fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale de care suferă persoana. Iar cea de a doua vizează imposibilitatea acesteia de a participa la viața socială din cauza acestor deficiențe coroborate cu barierele sociale.

Totodată, după cum vedem, atât la nivelul comunității internaționale dar și pe plan național, pentru individualizarea acestei categorii de persoane, se folosește sintagma de „persoane cu dizabilități” și cea de „dizabilitate” fiind considerate cele mai relevante.

Prin anii 70, în numeroase universități americane, diverse grupuri minoritare, începând de la mișcările feministe și terminând cu cele homosexuale, au impus un fel de „curățare a limbajului”, astfel *un negru* devine „o persoană de culoare” sau un „afro-american”, *un indian* devine „un nativ american”; *unei femei de serviciu*, ca să n-o jignești, trebuie să-i spui „agent de întreținere a suprafețelor”, *un surd* este un om având un „handicap auditiv”. Pentru cuvântul *avort*, considerat prea brutal, este sugerată formula „întrerupere voluntară de sarcină”. În aceeași logică, cuvântul *batrân* este înlocuit cu expresia „persoană de vârstă a treia”. Termenului *pușcărie* i se preferă cel de „penitenciar”, iar *gardianul* devine „agent al sistemului corecțional” [30].

În condițiile în care se promovează percepția persoanelor cu dizabilități ca subiecți de drepturi și libertăți, considerăm folosirea sintagmei „persoane cu dizabilități” ca fiind depășită de realitățile timpului, dar și discriminatorie și stigmatizatoare, în raport cu această categorie de subiecți, întrucât termenul de dizabilitate înglobează orice reducere, lipsă ori pierdere (rezultând dintr-o infirmitate sau deficiență) a aptitudinii de a desfășura o activitate în condiții considerate normale pentru o ființă umană. Dizabilitatea ilustrează limitarea funcțională sau restricția în activitate (de durată), cauzate de o deficiență [4, p.22].

Prin urmare, sintagma de „dizabilitate” continuă să pună accentul pe problemele de sănătate ale persoanei, probleme care o împiedică să participe pe poziție de egalitate la domeniile vieții sociale,

or această abordare contravine politicii promovate în acest domeniu, conform căreia deficiența de care suferă persoana cu dizabilități nu este decât o particularitate proprie acestei persoane ca oricare altă particularitate (cum ar fi culoarea ochilor sau limba vorbită), care nu creează impedimente, dar generează necesități specifice realizării drepturilor și libertăților în condiții de egalitate pentru această categorie de persoane.

În opinia noastră, conceptul de „*nevoi speciale*” caracterizează cel mai benefic obiectiv al categoriei persoanelor cu dizabilități în contextul actual de dezvoltare. Acest aspect rezultă din textele principalelor instrumente în domeniu. Astfel CDPD la art.4 stabilește că „*Statele Părți se angajează să inițieze sau să promoveze cercetarea și dezvoltarea bunurilor, serviciilor, echipamentelor și 5 facilităților concepute pe baza Design-ului Universal, care ar presupune o adaptare minimă și la cel mai scăzut cost, pentru a răspunde nevoilor specifice ale persoanelor cu dizabilități, să promoveze existența și să încurajeze utilizarea acestor bunuri, servicii, echipamente și facilități concepute pe baza Design-ului Universal, precum și să promoveze Design-ul Universal în elaborarea standardelor și liniilor directoare*” [17]. Alin.(3) al art. 17 din *Legea incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități* [23] stabilește: „*Proiectarea și dezvoltarea bunurilor, serviciilor, echipamentelor și utilităților se fac în baza design-ului universal, care presupune o adaptare minimă și la cel mai scăzut cost al acestora, astfel încât ele să răspundă nevoilor specifice ale persoanelor cu dizabilități*”.

Pornind de la considerente, dar și de la încărcătura semantică a celor două concepte *persoane cu dizabilități* și *persoane cu nevoi speciale*, credem oportun de a o promova pe cea din urmă ca fiind mai puțin discriminatorie, traumatizantă și stigmatizatoare în raport cu această categorie, în plus această terminologie induce cumva și ideea de posibilitate de intervenție externă de tip recuperator, care să faciliteze dobândirea autonomiei și inserției, integrării sociale a persoanelor în cauză [31]. Dar, ce este mai important, noțiunea de *persoane cu nevoi speciale* este un termen generic incluzând pe lângă persoanele cu dizabilități și alte persoane care nu neapărat suferă de oarecare deficiență, dar care, în pofida unor anumite circumstanțe, necesită suport în a beneficia de drepturile și libertățile fundamentale al omului.

În categoria persoanelor cu nevoi speciale, putem include: persoanele cu dizabilități (deficiențe mintale, senzoriale – vizuală, auditivă, fizice, comportamentale, de limbaj, polideficiențe); copiii abandonati, copiii străzii; persoanele abuzate (fizic, psihic, emotional și sexual), indiferent de vârstă și sex; femeile gravide și lăuzele; persoanele cu disfuncții psihice – persoanele traumatizate emotional/psihic; dependenții de diferite substanțe (alcoolicii, drogații, fumătorii); persoanele eliberate din detenție; bătrânii; copiii aparținând diferitelor etnii (rom, de ex.), copiii „genii” [31].



Considerăm important de a promova această nouă accepțiune la toate nivelele de dezvoltare prin includerea ei în cadrul normativ și popularizarea în rândul societății civile.

Referințe:

1. Racu S. ș.a. *Drepturile omului și problema dizabilităților (Reglementări internaționale și naționale privind drepturile omului, destinate persoanelor cu dizabilități și familiilor acestora)*. Chișinău: Serebia, 2011. 280 p.
2. Cârnaț T. *Non-discriminarea în condițiile constituționalismului contemporan din Republica Moldova*. Chișinău: Pontos, 2008. 388 p.
3. Racu A. ș.a. *Pedagogie specială*. Chișinău: Tipografia Centrală, 2012. 316 p.
4. Manea L. *Protecția socială a persoanelor cu handicap*. București: Șansa, 2000. 351 p.
5. Racu A., Racu S. *Dicționar enciclopedic de psihopedagogie specială*. Chișinău: Tipografia Centrală, 2013. 312 p.
6. Verza E. *Psihopedagogie specială*. București: Bacoia, 129 p.
7. Ghimp A. ș.a. *Dreptul securității sociale*. București: All Beck, 487 p.
8. http://ffsspcopiiistrazii.blogspot.md/2011/05/discriminarea-persoanelor-cu-handicap_18.html (vizitat 27.04.2016).
9. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/5/9241545429_rum.pdf (vizitat 29.04.2016).
10. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Final Draft. Full Version. <http://www.sustainable-design.ie/arch/ICIDH-2Final.pdf> (vizitat la 19.01.2015).
11. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442455478> (vizitat la 19.01.2015).
12. Cun Neagoe A.M. Dizabilitatea, o problemă de drepturile omului. În: *Drepturile omului*, 2014, nr.1, p. 7-19.
13. United Nations Human Rights office of the High Commissioner. *The Convention of the Rights of Persons with Disabilities. Training guid. Professional training series* No. 19. New York and Geneva, 2014. 154 p.
14. Guttman F. *Dizabilitatea ca o condiție determinantă a sărăciei*. În: *Revista Română de Sociologie*. București, 2011, nr.3-4, p. 249-256.
15. Manea L. *Dizabilitatea ca factor de risc privind accesul la serviciile de educație*. În: *Calitatea vieții*, 2006, nr.1-2, p.41-50.
16. *Înțelegerea dizabilității – ghid de bune practici*. ET-TAD – 134653-UK-GRUNDTVIG-GMP. <http://ro.ettad.eu/Intelegerea%20dizabilitatii.pdf> (vizitat 20.01.2015).
17. Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități, adoptată la 13 decembrie 2006 de Adunarea Generală a ONU, a fost deschisă pentru semnare la 30 martie 2007 și semnată de Republica Moldova la 30 martie 2007, ratificată prin Legea nr. 166 din 09.07.2010. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2010, nr.126-128/428. <http://lege5.ro/Gratuit/geztqnr4g/conventia-privind-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati-din-26092007> (vizitat la 12.01.2015).
18. Legea Republicii Moldova privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități. Nr. 60 din 30.03.2012. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 27.07.2012, nr.155-159. <http://lex.justice.md/md/344149/> (vizitat 30.12.2014).
19. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la determinarea dizabilității și capacității de muncă. Nr. 65 din 23.01.2013. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 25.01.2013, nr.18-21.
20. Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei al Republicii Moldova. Raport social anual 2014. Chișinău, 2015. <http://mmpsf.gov.md/sites/default/files/document/attachments/rsa2014ro.pdf> (vizitat 28.12.2015).
21. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Situația persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova, 30.11.2015. <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&id=168&id=4976> (vizitat 28.12.2015).
22. Studiu cu privire la nevoile persoanelor cu dizabilități și resursele disponibile la nivelul celor două comunități. Baia Mare. <http://www.assoc.ro/wp-content/uploads/2015/10/POSDRU-54702-Studiu-cu-privire-la-nevoile-persoanelor-cu-dizabilit%C4%83%C5%A3i-%C8%99i-resursele-disponibile-la-nivelul-celor-dou%C4%83-comunit%C4%83%C8%9Bi.pdf> (vizitat 29.12.2015).
23. Legea Republicii Moldova privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități. Nr. 60 din 30.03.2012. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 27.07.2012, nr.155-159. <http://lex.justice.md/md/344149/> (vizitat 30.12.2014).
24. Ordinul Ministrului Sănătății Republicii Moldova cu privire la organizarea trimerterii la expertizare pentru determinarea dizabilității și capacității de muncă. Nr.165 din 21.02.2013 http://old.ms.md/_files/13845-165.pdf (vizitat 19.01.2015).
25. Ordinul comun al Ministrului Muncii, Protecției Sociale și Familiei al Republicii Moldova și Ministrului Sănătății al Republicii Moldova și Ministrului Educației al Republicii Moldova cu privire la aprobarea criteriilor de determinare a dizabilității la copii în vîrstă de pînă la 18 ani. Nr. 13/71/41 din 28.01.2013. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr_13_71_41_din_28.01.2013.pdf (vizitat 20.01.2015).
26. http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/ORDINE/O725_12709-2002.pdf (vizitat la 22.04.2016).
27. Ordinul comun al Ministrului Muncii, Protecției Sociale și Familiei al Republicii Moldova și Ministrului Sănătății al Republicii Moldova cu privire la aprobarea criteriilor de determinare a dizabilității și capacității de muncă la persoanele adulte. Nr.12/70 din 28.01.2013. <http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/fdd.pdf> (vizitat 20.01.2015).
28. CRPD/C/12/D/10/2013. Ms. S.C. vs. Brazil. https://www.google.com/?gws_rd=ssl#q=CRPD%2FC%2F12%2FD%2F10%2F2013+Ms.+S.C.+vs.+Brazil- (vizitat 08.01.2016).
29. Blaga T., Racu A. *Handicapul prin prisma constructivismului social*. În: *Revista Facultății de Psihologie și Pedagogie specială a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”*, 2010, nr.4(21), p.25-29.
30. <http://www.romanalibera.ro/opinii/comentarii/onoua-dictatura---gandirea-politica-corecta--84632> (vizitat 12.02.2016).
31. Caracterizarea generală a persoanelor cu nevoi speciale <http://www.asociatia-as.ro/images/stories/materiale/nevoi-speciale.pdf> (vizitat 18.04.2016).