

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development and Cooperation SDC
Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare
Швейцарское управление по развитию и сотрудничеству



RAPORT DE ANALIZĂ

**a cadrului normativ și accesului la servicii sociale a fetelor și
femeilor cu dizabilități afectate de violența în familie**

Autoare: **Marcela DILION-STRECHIE**, doctor în sociologie, conferențiar universitar

Chișinău, 2025

CUPRINS

Acronime		
Introducere		3
1.	Metodologia cercetării	4
2.	Analiza cadrului normativ privind protecția fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violență	9
3.	Opinii cu privire la accesul fetelor și femeilor cu dizabilități la serviciile de reabilitare a victimelor violenței în familie	16
4.	Opinii cu privire la nivelul de competență al personalului privind asistența fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violență	19
5.	Concluzii	32
6.	Recomandări	34

Raportul de analiză a cadrului normativ și a accesului la servicii sociale a fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violența în familie este elaborat în cadrul Proiectul „Parteneriate locale și implicare națională pentru incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități”, de Alianța Organizațiilor pentru Persoane cu Dizabilități (AOPD), cu sprijinul Fundației Est-Europene, finanțat de Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC) și Guvernul Suediei.

ACRONIME

AOPD	Alianța Organizațiilor pentru Persoane cu Dizabilități
GREVIO	Grupul de experți privind acțiunea împotriva violenței față de femei și a violenței domestice
HG	Hotărârea Guvernului
SAP	Structura teritorială de asistență psihopedagogică
OSC	Organizații ale societății civile

INTRODUCERE

Alianța Organizațiilor pentru Persoane cu Dizabilități (AOPD), cu sprijinul Fundației Est-Europene, finanțat de Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC) și Guvernul Suediei, implementează în perioada ianuarie – noiembrie 2025 Proiectul „Parteneriate locale și implicare națională pentru incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități”. Unul din obiectivele proiectului este îmbunătățirea cadrului legal și de politici sociale prin elaborarea rapoartelor analiză comprehensivă, constatările și recomandările căror vor fi utilizate în acțiuni de pladoarie pentru actualizarea cadrului legal și de politici de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități.

În cadrul acestui Proiect se realizează un studiu care are drept obiectiv analiza cadrului normativ și a mecanismelor de protecție a fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violența în familie și elaborarea recomandărilor privind asigurarea accesului la servicii sociale. Obiectivele specifice ale cercetării se referă la:

- 1) Analiza cadrului normativ privind protecția fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violența în familie;
- 2) Evaluarea competențelor și calificării personalului implicat în asistența fetelor și femeilor cu dizabilități, cu scopul de a identifica necesitățile de formare și dezvoltare profesională pentru asigurarea unui suport adecvat și eficient;
- 3) Determinarea nivelului de acces al fetelor și femeilor cu dizabilități la serviciile de protecție și reabilitare, inclusiv identificarea barierelor fizice, sociale, economice și administrative care limitează utilizarea acestor servicii;
- 4) Elaborarea recomandărilor pentru îmbunătățirea cadrului normativ, consolidarea competențelor specialiștilor și creșterea gradului de accesibilitate a serviciilor destinate fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violența în familie.

Studiul scoate în evidență faptul că cadrul normativ național este în mare parte armonizat cu angajamentele internaționale, însă, totodată, se atestă absența unor prevederi explicite privind integrarea dizabilității în unele acte normative, lipsa mecanismelor clare de monitorizare și norme insuficiente privind accesul efectiv la servicii sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie. Ajustarea continuă a politicilor publice este necesară pentru a reflecta dinamica vulnerabilităților și pentru a consolida responsabilizarea instituțiilor cu competențe în domeniu.

Analiza situației în domeniu atestă că accesul la servicii pentru fetele și femeile cu dizabilități este neuniform, limitat de bariere fizice, informaționale și procedurale. Deși infrastructura fizică este parțial accesibilă (rampe, uși, coridoare), persistă deficiențe majore în accesibilitatea grupurilor sanitare, transportului adaptat și dotării cu tehnologii asistive. Accesibilitatea comunicațională este insuficient dezvoltată, lipsind materiale adaptate pentru persoane cu deficiențe senzoriale (tactile, vizuale, audio, limbaj mimico-gestual).

Personalul angajat în serviciile sociale de reabilitare are un nivel predominant moderat de pregătire în domeniul dizabilității, cu experiență mai mare în cazul dizabilităților fizice, dar lacune semnificative privind dizabilitățile senzoriale, psihice și multiple. Există deficiențe în comunicarea adaptată, utilizarea tehnologiilor asistive și aplicarea intervențiilor diferențiate, ceea ce afectează evaluarea corectă și susținerea deciziei persoanelor cu dizabilități. Formarea profesională continuă este percepută drept necesitate critică de majoritatea respondenților.

1. METODOLOGIA CERCETĂRII

Descrierea contextului

Fetele și femeile cu dizabilități sunt expuse adesea unui risc mai mare, atât în familie, cât și în afara acesteia, la violență, vătămare sau abuz, neglijare sau lipsa îngrijirilor, maltratare sau exploatare. Fundamentele conceptuale ale prezentei cercetări se bazează pe abordări interdisciplinare, care combină perspectivele juridice, sociale și psihologice privind protecția fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violența în familie. Cercetarea pornește de la premisa că dizabilitatea nu trebuie să constituie un factor de vulnerabilizare suplimentară, iar cadrul normativ existent trebuie analizat în raport cu principiile de egalitate, incluziune și accesibilitate. Cercetarea integrează concepte-cheie precum drepturile omului, protecția socială, prevenirea violenței și intervenția specializată, pentru a fundamenta recomandări privind îmbunătățirea cadrului normativ și a mecanismelor de implementare.

Prin această abordare, raportul de analiză urmărește să asigure o viziune holistică și orientată spre nevoile reale ale fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violența în familie, evidențiind importanța unui cadru legal coerent, a capacității specialiștilor și a accesului efectiv la servicii de protecție și reabilitare.

În Republica Moldova sunt 10 servicii specializate pentru reabilitarea victimelor violenței în familie finanțate din bugetul de stat, cu o capacitate totală de 201 locuri. În anul 2024, au beneficiat de servicii de plasament și de zi 727 de persoane, în timp ce aproximativ 4700 de victime erau în evidența asistenților sociali comunitari. În prima jumătate a anului 2025 au fost raportate 3848 de cazuri de violență, dintre care doar 441 de victime au beneficiat efectiv de plasament¹.

Un alt serviciu social care este destinat femeilor victime ale violenței este centrul maternal. Centrele maternale activează în prezent în forme instituționale diverse: în cadrul centrelor multifuncționale pentru victime ale violenței (Căușeni, Anenii Noi, Hâncești, Cahul), centrelor pentru copii de vârstă fragedă (Chișinău, Bălți), precum și prin servicii municipale sau organizații necomerciale (Concordia, Diaconia). Această diversitate a modelelor de organizare a condus la neuniformitate în aplicarea standardelor și la confuzii privind mandatul serviciilor, întrucât în aceleași spații sunt adesea găzduite victime ale violenței în familie, ale traficului de ființe umane și cupluri mamă – copil, fără delimitarea clară a scopurilor și a condițiilor de asistență. În anul 2025, în centrele maternale au fost asistate 52 de persoane (mame și copii), ceea ce confirmă menținerea necesității acestor servicii, dar și limitările actualului cadru de funcționare².

Raportul explicativ al Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și violenței domestice prevede **1 loc de adăpost la 10 000 de locuitori**. Având în vedere numărul estimativ al populației Republicii Moldova, de 2 604,0 mii de persoane, ar fi necesare 260 de locuri de adăpost, respectiv insuficiența fiind de circa 60 de locuri de plasament pentru victimele violenței în bază de gen. Totodată, conform standardelor UE, statele părți ale Convenției de la Istanbul urmează să dispună de centre și pentru victimele violenței sexuale, care

¹ Nota de fundamentare la proiectul Hotărârii Guvernului pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 129/2010 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a serviciului social de reabilitare a victimelor violenței în familie.

² Nota de fundamentare la proiectul Hotărârii Guvernului privind modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1019/2008 pentru aprobarea Standardelor minime de calitate privind serviciile sociale prestate în cadrul centrelor maternale.

prevăd că un centru specializat trebuie să fie disponibil pentru 200 000 de populație. Conform celor descrise *supra*, în Republica Moldova se atestă în continuare un număr insuficient de locuri de plasament din cauza lipsurilor financiare bugetare, în acest sens există o insuficiență de cel puțin 75 de locuri (60 – pentru femeile victimele violenței față de femei și violenței în familie și 15 – pentru victimele violenței sexuale). Acoperirea geografică nu este uniformă, serviciile sunt lipsă în special în mediul rural și în localitățile din stânga Nistrului, iar accesul victimelor la serviciile existente este redus. Nu există adăposturi specifice pentru femeile din grupurile marginalizate, majoritatea adăposturilor oferă sprijin pentru diferite grupuri de femei, inclusiv pentru victimele traficului, femeile refugiate, femeile cu dizabilități și femeile minoritare etnice. Principalele motive pentru care se evită trimerile în adăposturile pentru femei sunt spațiul limitat și lipsa capacității de a sprijini supraviețuitoarele și/sau copiii acestora³.

Potrivit Raport de analiză a compatibilității legislației Republicii Moldova cu prevederile Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice, capacitățile adăposturilor nu sunt suficiente pentru a răspunde nevoilor victimelor. Femeile cu dizabilități, în special femeile cu tulburări psihosociale și intelectuale, precum și femeile cu probleme de dependență se confruntă cu dificultăți în a fi admise în adăposturi. Nu există adăposturi dedicate disponibile pentru aceste grupuri de femei, iar cele existente nu sunt adaptate la nevoile lor. În unele cazuri, femeile cu tulburări psihosociale și intelectuale sunt plasate într-o instituție psihiatrică în urma unei hotărâri judecătorești, ceea ce nu răspunde la nevoia lor de servicii de sprijin specializat în calitate de victime ale violenței de gen împotriva femeilor⁴.

Obiectivul general al cercetării constă în analiza cadrului normativ și a mecanismelor de protecție a fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violența în familie și elaborarea recomandărilor privind asigurarea accesului la servicii sociale.

Obiectivele specifice ale cercetării se referă la:

- 1) Analiza cadrului normativ privind protecția fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violența în familie;
- 2) Evaluarea competențelor și calificării personalului implicat în asistența fetelor și femeilor cu dizabilități, cu scopul de a identifica necesitățile de formare și dezvoltare profesională pentru asigurarea unui suport adecvat și eficient;
- 3) Determinarea nivelului de acces al fetelor și femeilor cu dizabilități la serviciile de protecție și reabilitare, inclusiv identificarea barierelor fizice, sociale, economice și administrative care limitează utilizarea acestor servicii;
- 4) Elaborarea recomandărilor pentru îmbunătățirea cadrului normativ, consolidarea competențelor specialiștilor și creșterea gradului de accesibilitate a serviciilor destinate fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violența în familie.

³ Hotărârea Guvernului nr. 332/2023 cu privire la aprobarea Programului național privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027.

Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=140367&lang=ro

⁴ Raport de analiză a compatibilității legislației Republicii Moldova cu prevederile Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice. Chișinău, 2024. Disponibil: https://social.gov.md/wp-content/uploads/2024/07/RAPORT-de-compatibilitate-2024.iulie_.pdf

Etapele procesului de cercetare

În cadrul procesului de cercetare au fost parcurse trei etape, după cum urmează (a se vedea Tabelul 1):

- 1) Etapa pregătitoare;
- 2) Etapa de implementare;
- 3) Etapa de finalizare.

Tabelul 1. Etapele cercetării

Etapa de realizare	Activitate	Livrabile
1.Etapa pregătitoare	1.1 Elaborarea și coordonarea planului de cercetare	Planul de lucru
	1.2 Cercetare de birou axată pe: 1.2.1 Analiza cadrului normativ; 1.2.2 Analiza studiilor și cercetărilor	Metodologia cercetării
	1.3 Elaborarea metodologiei de cercetare, care include designul studiului și instrumentele aplicate	
	1.4 Consultarea metodologiei de cercetare cu echipa AOPD	
2.Etapa de implementare	2.1 Colectarea datelor (aplicarea chestionarului în dublu format)	Chestionarul aplicat în google forms și versiunea tipărită
	2.2 Procesarea și analiza datelor colectate	
3.Etapa de finalizare	3.1 Elaborarea Raportului de analiză	Raport de analiză (draft)
	3.2 Consultarea și revizuirea Raportului de analiză în corespundere cu recomandările echipei AOPD	Raport de analiză (varianta finală)

Grupurile-țintă

Cercetarea vizează personalul din cadrul serviciilor sociale pentru reabilitarea victimelor violenței în familie și din centrele maternale.

Tabelul 2. Grupurile-țintă și metodele aplicate

Grupul-țintă	Metode și tehnici aplicate	Număr	Forma de realizare
Personalul din cadrul serviciilor sociale pentru reabilitarea victimelor violenței	Chestionarul	122	Chestionarul aplicat în google forms și versiunea tipărită

în familie și din centrele maternale			
---	--	--	--

Din numărul total de 122 respondenți marea majoritate sunt femei (cca 94%), iar în ceea ce privește categoria de vârstă cca 33% din respondenți sunt cu vârsta 51-60 ani, 29% cu vârsta 41 – 50 ani, cca 20% cu vârsta 31-40 ani și 15% - 18 – 30 ani.

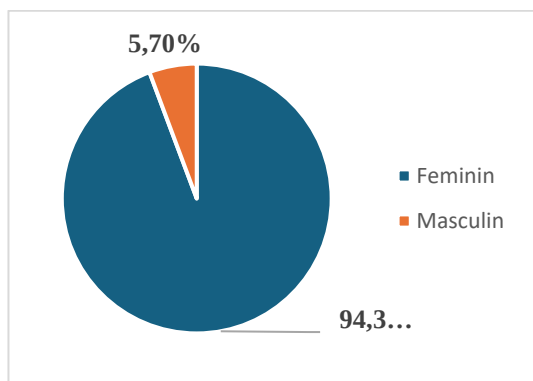


Figura 1. Genul respondenților

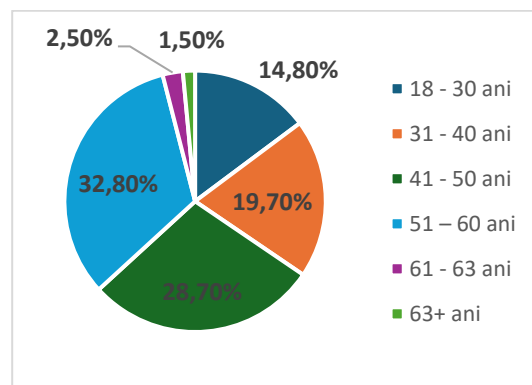


Figura 2. Categoria de vârstă

Metode și tehnici de cercetare

Cercetarea a fost realizată printr-o abordare mixtă de metode și tehnici de cercetare – cantitativă și calitativă – pentru a permite colectarea unor date și informații, care să reflecte atât dimensiunea instituțională, cât și cea comunitară. Datele calitative au fost obținute prin analiza documentară și analiza secundară, iar datele cantitative au fost colectate prin intermediul chestionarului structurat.

În cadrul cercetării au fost aplicate următoarele **metode și tehnici de cercetare**:

1) Analiza documentară

Aplicarea acestei metode a implicat analiza actelor normative și documentelor de politici publice. Analiza documentară s-a concentrat pe identificarea prevederilor legale care reglementează protecția fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violență. Prin analiza documentară au fost identificate lacunele legislative, incoerențele între diferitele norme. Aplicarea acestei metode oferă, de asemenea, un cadru comparativ pentru raportarea situației din Republica Moldova la experiențele internaționale, contribuind astfel la formularea unor recomandări informate și fundamentate pentru dezvoltarea și îmbunătățirea serviciilor sociale destinate fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violență.

2) Ancheta prin chestionar

În cadrul cercetării a fost aplicat un chestionar (Anexa nr.1) în format online pe Platforma Google Forms și în format tipărit. Prin intermediul acestui instrument a fost obținut un volum semnificativ de răspunsuri, asigurând totodată accesibilitatea și flexibilitatea participanților, care au putut completa chestionarul în timp real, în condiții de siguranță.

Metodologia cercetării a fost elaborată în corespundere cu standardele etice în cercetare, evaluare, colectare și analiză de date. Metodologia de evaluare se axează pe colectarea datelor direct de la grupul-țintă, protejarea anonimatului și confidențialitatea surselor individuale de informație.

Protocolul de cercetare include:

- (i) aspecte referitoare la asigurarea protecției identității specialiștilor și tuturor participanților la evaluare prin codificarea datelor;
- (ii) protecția datelor colectate.

Participanții la cercetare au fost informați atât despre contextul și scopul cercetării, cât și despre respectarea principiilor de anonimat și de confidențialitate, inclusiv participarea voluntară.

2. ANALIZA CADRULUI NORMATIV PRIVIND PROTECȚIA FETELOR ȘI FEMEILOR CU DIZABILITĂȚI AFECTATE DE VIOLENȚĂ

Protecția fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violență este analizată prin prisma cadrului internațional, în special prin prisma Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități ratificată de Republica Moldova prin Legea nr. 166/2010⁵ și Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice (Convenția de la Istanbul) ratificată de Republica Moldova prin Legea nr. 144/2021⁶.

Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități prin art. 16 stabilește:

1. Statele părți vor lua toate măsurile legislative, administrative, sociale, educaționale și alte măsuri adecvate pentru a proteja persoanele cu dizabilități, atât în familie, cât și în afara acesteia, împotriva tuturor formelor de exploatare, violență și abuz, inclusiv a celor determinate de gen.

2. Statele Părți vor lua, de asemenea, toate măsurile adecvate pentru a preveni orice formă de exploatare, violență și abuz prin asigurarea, printre altele, a unor forme de asistență sensibile din punct de vedere a genului și vârstei și sprijin pentru persoanele cu dizabilități, pentru familiile și îngrijitorii lor, inclusiv prin furnizarea de informații și educație despre modul în care se pot evita, recunoaște și raporta cazurile de exploatare, violență și abuz. Statele părți se vor asigura că serviciile de protecție răspund problemelor de vârstă, sex și dizabilități.

3. Pentru a preveni toate formele de exploatare, violență și abuz, Statele Părți vor asigura că toate utilitățile și programele menite să deservească persoanele cu dizabilități sunt monitorizate eficient de către autorități independente.

4. Statele Părți vor lua toate măsurile corespunzătoare pentru a promova recuperarea fizică, cognitivă și psihologică precum și reintegrarea socială a persoanelor cu dizabilități, care au fost victime ale oricăror forme de exploatare, violență și abuz, inclusiv prin acordarea serviciilor de protecție. Recuperarea și reintegrarea va avea loc într-un mediu care favorizează sănătatea, bunăstarea, respectul de sine, demnitatea și autonomia persoanei și ține cont de necesitățile specifice legate de gen și vârstă.

5. Statele Părți vor elabora o baza legislativă și politici eficiente, inclusiv legi și politici cu privire la femei și copii, pentru a asigura că situațiile de exploatare, violență și abuz împotriva persoanelor cu dizabilități sunt identificate, investigate și în cazurile necesare judecate.

Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice (Convenția de la Istanbul), art.4 prevede că implementarea măsurilor de protecție a drepturilor victimelor, vor fi asigurate fără discriminare din orice motiv, cum ar fi sexul, genul, rasa, culoarea, limba, religia, politica sau altă opinie, origine națională sau socială, asocierea cu o minoritate națională, proprietatea, nașterea, orientarea sexuală, identitatea de gen, vârsta, starea sănătății, **dizabilitatea**, starea civilă, statutul de emigrant sau de refugiat, sau alt statut.

Tratatele internaționale menționate stabilesc obligații pentru state în ceea ce privește prevenirea violenței, asigurarea accesului la servicii adaptate și garantarea egalității depline, evidențiind

⁵ Legea nr. 166/2010 pentru ratificarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=24019&lang=ro

⁶ Legea nr. 144/2021 cu privire la ratificarea Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice (Convenția de la Istanbul). Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128240&lang=ro

necesitatea unor măsuri specifice care să răspundă vulnerabilităților și barierelor multiple cu care se confruntă persoanele cu dizabilități.

Astfel, ratificarea de către Republica Moldova a actelor internaționale menționate supra, impune obligația pozitivă a statului de a consfinți aceste prevederi în legislația națională și a stabili un cadru normativ compatibil cu standardele internaționale. În acest sens se reiterează că în linii mari, legislația Republicii Moldova a fost modificată în vederea implementării standardelor internaționale și conține prevederi legislative de rigoare, însă, reieșind din caracterul evolutiv al relațiilor sociale, statul are obligația de a adapta normele legislative la realitățile sociale și a acorda o maximă protecție atât vieții și inviolabilității sexuale cât și victimei violenței în familie.

Totodată, în contextul acestei analize, evidențiem că cadrul normativ al Republicii Moldova privind protecția fetelor și femeilor cu dizabilități afectate de violența în familie se bazează pe legislația generală privind drepturile persoanelor cu dizabilități, protecția socială și prevenirea violenței în familie.

Legea nr.60/2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități reglementează drepturile persoanelor cu dizabilități în vederea incluziunii sociale a acestora, garantării posibilității participării lor în toate domeniile vieții fără discriminare, la un nivel identic cu ceilalți membri ai societății, avînd ca bază respectarea drepturilor și libertăților fundamentale ale omului.

Legea nr.45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie stabilește bazele juridice și organizatorice ale activității de prevenire și de combatere a violenței în familie, autoritățile și instituțiile abilitate cu funcții de prevenire și de combatere a violenței în familie, mecanismul de sesizare și soluționare a cazurilor de violență.

*Hotărârea Guvernului nr. 332/2023 cu privire la aprobarea Programului național privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027*⁷ prin Obiectivul specific 1.5. stabilește: Toate femeile, inclusiv femeile cu vulnerabilități multiple (femeile în etate, femeile de etnie romă, alte grupuri de minorități etnice, femeile cu dizabilități, inclusiv dizabilități mintale, femeile LGBTQI, femeile imigrante, femeile solicitante de azil, femeile fără permis de ședere, femeile din mediul rural, femeile care prestează sexul comercial, femeile dependente de alcool, droguri sau alte substanțe psihotrope, femeile din detenție și femeile din grupul NEET), își cunosc drepturile și sunt încurajate să raporteze orice formă de violență.

Victimei violenței în familie i se garantează dreptul la asistență pentru recuperare fizică, psihologică și socială. Asistența de specialitate a victimelor violenței în familie este oferită de către Centrele de asistență și protecție pentru victimele violenței în familie și centrele maternale activitatea cărora este reglementată prin:

- Hotărârea Guvernului nr. 129/2010 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a serviciului social de reabilitare a victimelor violenței în familie⁸;
- Hotărârea Guvernului nr. 1200/2010 privind aprobarea Standardelor minime de calitate privind serviciile sociale prestate victimelor violenței în familie⁹;

⁷ Hotărârea Guvernului nr. 332/2023 cu privire la aprobarea Programului național privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027.

Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=140367&lang=ro

⁸ Hotărârea Guvernului nr. 129/2010 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a serviciului social de reabilitare a victimelor violenței în familie. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=146468&lang=ro#

⁹ Hotărârea Guvernului nr. 1200/2010 privind aprobarea Standardelor minime de calitate privind serviciile sociale prestate victimelor violenței în familie. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=140364&lang=ro#

- Hotărârea Guvernului nr. 1019/2008 pentru aprobarea Standardelor minime de calitate privind serviciile sociale prestate în cadrul centrelor maternale¹⁰.

Centrele/serviciile de asistență și protecție pentru victimele violenței în familie și pentru copiii lor oferă servicii specializate de sprijin precum: adăpost (plasament), asistență juridică, psihologică, socială, medicală de urgență și alte tipuri de asistență. Centrul de reabilitare a victimelor violenței în familie, este o instituție specializată care oferă plasament și asistență victimelor violenței în familie, în conformitate cu legislația în vigoare și cu standardele minime de calitate. Centrul are ca obiect de activitate acordarea, în mod gratuit de servicii sociale specializate și răspunde nevoilor specifice și reale ale fiecărei persoane asistate: asigură primire, protecție și plasament temporar victimelor violenței în familie; oferă asistență juridică, socială, psihologică și medicală de urgență; acordă suport informațional pentru găsirea unei locuințe, a unei instituții preșcolare sau preuniversitare; facilitează accesul și informează beneficiarul despre sistemul de protecție socială, etc.

Pentru asistența și protecția victimelor violenței în familie și a traficului de ființe umane au fost dezvoltate următoarele servicii specializate (cu finanțare din bugetul de stat)¹¹:

- 1) Centrul de asistență și protecție a victimelor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane din Chișinău (cu capacitatea de 24 de locuri)
- 2) Centrul de Criză Familială „Sotis” (Bălți) (cu capacitatea de 19 locuri)
- 3) Centrul Maternal „Pro Familia” (Căușeni) (cu capacitatea de 33 de locuri)
- 4) Centrul Maternal „ProFemina” (Hâncești) (cu capacitatea de 22 de locuri)
- 5) Centrul Maternal (Cahul) (cu capacitatea de 24 de locuri)
- 6) Centrul Maternal (Anenii Noi) (cu capacitatea de 18 locuri)
- 7) Centrul de Asistență și Consiliere a Victimelor Violentei în Familie „Ariadna” 81 (Drochia) (cu capacitatea de 24 de locuri)
- 8) Centrul regional pentru reabilitarea victimelor violenței în familie (Chirsova) (cu capacitatea de 18 locuri)
- 9) Centrul de zi regional de asistență integrată a copiilor victime/martori ai infracțiunilor din mun. Bălți.

Potrivit Raportului Republicii Moldova privind implementarea Convenției Consiliului Europei privind combaterea violenței față de femei și violenței în familie, serviciile specializate includ: servicii de plasament, asistență juridică, asistență psihologică, asistență socială, servicii medicale etc. Pentru asistența și protecția victimelor violenței în familie au fost dezvoltate servicii specializate (cu finanțare din bugetul de stat) asigurate de 6 Centre de plasament din diferite locații ale republicii. În plus, există 12 adăposturi administrate de organizații neguvernamentale, iar servicii de asistență, consiliere informațională, psihologică, juridică și de plasament oferă 10 organizații ale societății civile care funcționează pe întreg teritoriu republicii. Cu toate acestea, majoritatea serviciilor sunt de criză, asigură intervenția de urgență, iar serviciile de lungă durată sunt insuficiente.

¹⁰ Hotărârea Guvernului nr. 1019/2008 pentru aprobarea Standardelor minime de calitate privind serviciile sociale prestate în cadrul centrelor maternale . Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=14244&lang=ro#

¹¹ Raport de analiză a compatibilității legislației Republicii Moldova cu prevederile Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice. Chișinău, 2024. Disponibil: https://social.gov.md/wp-content/uploads/2024/07/RAPORT-de-compatibilitate-2024.iulie_.pdf

Tabelul 3. Sinteza noilor prevederi normative privind serviciile sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie

Prevederi privind protecția persoanelor cu dizabilități în HG nr.1200/2010 pentru aprobarea Standardelor minime de calitate privind serviciile sociale prestate victimelor violenței în familie	Prevederi privind protecția persoanelor cu dizabilități în HG nr.1019/2008 pentru aprobarea Standardelor minime de calitate privind serviciile sociale prestate în cadrul centrelor maternale
Pct. 9, alin. c) Nondiscriminarea – centrul trebuie să fie deschis pentru toate victimele, indiferent de rasă, culoare, sex, religie, opinie politică, naționalitate, apartenență etnică și socială, stare civilă, dizabilitate, statut HIV etc.; Pct. 15. Centrul este amplasat în localitățile în care este asigurat accesul la mijloacele de transport, care permit organizarea activităților în exterior și accesarea diferitelor servicii comunitare: sociale, juridice, medicale, educaționale, profesionale, culturale, de petrecere a timpului liber etc.	Standardul 2 - Amplasarea și amenajarea interioară Pct.24. Centrul este amplasat în localitățile în care este asigurată accesibilitatea la mijloacele de transport, care permit organizarea activităților în exterior și accesarea diferitelor servicii comunitare: sociale, medicale, educaționale, profesionale, culturale, de petrecere a timpului liber etc. Standardul 15 - Protecția împotriva abuzurilor Pct.140. Informarea se face prin modalități accesibile beneficiarilor de servicii și personalului.

În Raportul de evaluare, GREVIO constată că serviciile sociale oferite victimelor violenței împotriva femeilor sunt afectate de lipsa de resurse. Din cauza resurselor financiare limitate, serviciile de asistență juridică și de reprezentare sunt insuficiente în plan de accesibilitate. Majoritatea centrelor de asistență oferă, în mare parte, servicii în situații de criză și nu au acoperire geografică deplină la nivel național, iar serviciile sociale de lungă durată, precum apartamentele sociale, sunt subdezvoltate. GREVIO constată că situația este deosebit de gravă în zonele rurale, unde nu există suficienți asistenți sociali specializați. Acest lucru afectează atât accesul populației vulnerabile la servicii de asistență socială, cât și calitatea acestora din cauza aplicării arbitrare a standardelor minime și capacității limitate de verificare și monitorizare. În acest sens, este necesar a elabora și implementa un sistem de finanțare a serviciilor sociale bazat pe evaluarea necesităților și performanței prin mecanisme și metode standardizate la nivel național¹².

Proiectul Hotărârii Guvernului pentru modificarea HG nr. 129/2010 cu privire la aprobarea Regulamentului – cadru de organizare și funcționare a serviciului social de reabilitare a victimelor violenței în familie (Nr. înregistrare Cancelaria de Stat: 875/MMPS/2025) conține prevederi cu referire la protecția persoanelor cu dizabilități, după cum urmează:

- Pct. 31 prevede că Serviciul asigură accesul necondiționat al tuturor victimelor, inclusiv al persoanelor cu dizabilități fizice, senzoriale, intelectuale sau psihosociale, precum și al celor cu probleme de sănătate mintală sau aflate în tratament pentru dependențe, în conformitate cu legislația națională și standardele internaționale privind drepturile persoanelor vulnerabile;

¹² Raport de analiză a compatibilității legislației Republicii Moldova cu prevederile Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice. Chișinău, 2024. Disponibil: https://social.gov.md/wp-content/uploads/2024/07/RAPORT-de-compatibilitate-2024.iulie_.pdf

- Pct. 71, alin.3) stabilește că pentru asigurarea calității intervenției și a protecției continue a beneficiarilor, se menține următorul coraport între personal și beneficiari: În situații de risc sporit (copii, persoane cu dizabilități, afecțiuni psihosociale sau nevoi complexe), coraportul se ajustează proporțional, până la 1 lucrător la 1 – 3 beneficiari;
- Pct. 76. Prevede că personalul urmează programe de formare inițială și continuă în domeniul violenței în familie, consilierii psihosociale, intervenției în criză și sprijinirii victimelor cu dizabilități sau alte vulnerabilități, în conformitate cu principiile intervenției centrate pe victimă și respectării demnității umane;
- Standardul 1 include ca indicator de realizare faptul că Serviciul dispune de materiale informative (pe suport de hârtie și/sau electronic) care prezintă activitatea, tipurile de servicii prestate, principiile de organizare, scopul și obiectivele, resursele și calificarea personalului, drepturile și obligațiile beneficiarilor și ale personalului, într-un limbaj simplu și accesibil, inclusiv pentru persoanele cu dizabilități.
- Standardul 2 stabilește că Serviciul garantează acces egal și disponibilitate a serviciilor pentru toți beneficiarii eligibili, inclusiv pentru persoanele cu dizabilități, senzoriale sau intelectuale. Serviciul asigură accesibilitatea infrastructurii și a spațiilor pentru persoane cu dizabilități: Uși de acces cu lățime minimă de 90 cm, fără praguri sau cu praguri reduse la 1,5 cm; Coridoare cu lățime minimă de 120 cm; Rampe de acces cu înclinație maximă 5%, balustrade la ambele părți; Dormitoare și băi accesibile, echipate cu bare de sprijin, toaletă și chiuvetă adaptate pentru scaun cu roțile, spațiu de manevră.
- Standardul 4 prevede ca bunurile necesare îngrijirii personale (hrană, articole de igienă, haine) sunt achiziționate și puse la dispoziție în limita normativelor aprobate, cu adaptări specifice pentru persoanele cu dizabilități.
- Standardul 6 stabilește ca în procesul de admitere, cazare și asistență, se aplică fără discriminare aceleași criterii și standarde pentru toți beneficiarii, indiferent de: naționalitate, origine etnică, asociere cu minorități, sex, gen, rasă, culoare, vârstă, limbă, starea de sănătate, dizabilitate etc.
- Standardul 9 prevede ca spațiile respectă principiile accesibilității pentru persoanele cu dizabilități, femei însărcinate, vârstnici și părinți cu copii mici; informațiile de siguranță și contact (telefoane utile, plan de evacuare, reguli interne) sunt afișate vizibil și accesibil persoanelor cu dizabilități.

Analiza proiectului Hotărârii Guvernului pentru modificarea HG nr. 129/2010 indică faptul că documentul integrează într-o măsură substanțială prevederi orientate spre protecția și incluziunea persoanelor cu dizabilități, atât la nivel de principii de acces, cât și în ceea ce privește organizarea serviciilor, standardele de calitate și competențele personalului. Proiectul introduce reglementări explicate privind accesul necondiționat la servicii pentru persoanele cu diferite tipuri de dizabilități (fizice, senzoriale, intelectuale, psihosociale), reafirmând conformarea la legislația națională și la standardele internaționale în domeniul drepturilor persoanelor vulnerabile. În ceea ce privește resursele umane și protecția în situații de risc sporit, documentul stabilește ajustarea raportului personal–beneficiari pentru a răspunde adecvat nevoilor persoanelor cu dizabilități sau cu afecțiuni psihosociale, asigurând intervenții individualizate și sigure. Proiectul consolidează cadrul de formare profesională a personalului, prevăzând instruirii specifice privind lucrul cu victime cu dizabilități, consiliere psihosocială și intervenție în criză, în concordanță cu principiile centrate pe victimă și cu respectarea demnității umane.

La nivelul standardelor minime de calitate, proiectul HG include cerințe clare privind:

- accesibilitatea informațiilor și utilizarea unui limbaj simplu, adaptat și accesibil persoanelor cu dizabilități;
- acces egal, infrastructură accesibilă și adaptări arhitecturale esențiale (rampe, coridoare, uși accesibile, băi adaptate) pentru asigurarea utilizării depline a serviciului de către persoane cu dizabilități;
- adaptarea bunurilor și materialelor în funcție de nevoile specifice ale beneficiarilor cu dizabilități;
- aplicarea nediscriminatorie a criteriilor de admitere și asistență, incluzând dizabilitatea printre criteriile de nediscriminare;
- asigurarea accesibilității spațiilor și a informațiilor de siguranță, astfel încât acestea să fie utilizabile de persoane cu dizabilități și alte categorii vulnerabile. În ansamblu, proiectul HG oferă un cadru coerent și detaliat pentru asigurarea unui acces echitabil și adaptat al persoanelor cu dizabilități la serviciile de reabilitare destinate victimelor violenței în familie. Prevederile acoperă dimensiuni esențiale — accesul fizic, informațional, procedural și atitudinal — contribuind la consolidarea protecției și incluziunii acestor categorii de beneficiari în cadrul serviciului.

Proiectul Hotărârii Guvernului pentru modificarea HG nr. 1019/2008 pentru aprobarea Standardelor minime de calitate privind serviciile sociale prestate în cadrul centrelor maternale (Nr. înregistrare Cancelaria de Stat: 873/MMPS/2025) conține unele prevederi cu referire la protecția persoanelor cu dizabilități:

- Pct. 57 stabilește că personalul urmează programe de formare inițială și continuă în domeniul violenței în familie, consilierii psihosociale, intervenției în criză și sprijinirii victimelor cu dizabilități sau alte vulnerabilități, în conformitate cu principiile intervenției centrate pe victimă și respectării demnității umane;
- Standardul 6, pct. 17 prevede că prestarea serviciului este realizată fără nici o discriminare, indiferent de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinii politice sau de altă natură, de cetățenie, apartenența etnică sau originea socială, de statutul obținut prin naștere, de situația materială, de gradul și tipul de dizabilitate;
- Standardul 12 stabilește că indicator: Serviciul este amenajat într-un mod care asigură accesibilitatea persoanelor cu dizabilități;
- Standardul 13 conține indicatori de realizare care stabilesc ca odăile beneficiarului cu dizabilități au spațiu suficient pentru a permite manevrabilitatea ușoară a scaunului cu roțile, fiind dotate cu echipamente și dispozitive corespunzătoare necesităților individuale ale beneficiarilor; spațiile igienico-sanitare sunt accesibile și adaptate nevoilor beneficiarilor cu dizabilități.

Proiectul Hotărârii Guvernului pentru modificarea HG nr. 1019/2008 reflectă o integrare parțială, dar relevantă, a prevederilor privind protecția persoanelor cu dizabilități în cadrul standardelor minime de calitate pentru serviciile sociale din centrele maternale. Deși orientat în principal spre sprijinirea mamelor și copiilor, proiectul include dispoziții importante care consolidează accesul egal la servicii și adaptarea mediului pentru beneficiarii cu dizabilități. Documentul introduce cerințe privind formarea inițială și continuă a personalului în domenii esențiale pentru sprijinirea beneficiarilor cu dizabilități, inclusiv intervenția în situații de criză, consilierea psihosocială, abordarea victimelor cu dizabilități și altor grupuri vulnerabile. Această prevedere contribuie la dezvoltarea unei intervenții informate,

sensibile și adaptate, în concordanță cu principiile drepturilor omului și cu standardele centrate pe victimă. Standardul 6 reafirmă principiul nediscriminării, incluzând în mod explicit dizabilitatea ca factor protejat. Această precizare asigură un cadru normativ clar pentru tratamentul egal al beneficiarilor, prevenirea excluderii sau a refuzului de admitere pe criterii de dizabilitate, alinierea la prevederile legislației naționale și internaționale. Proiectul conține prevederi concrete care vizează eliminarea barierelor arhitecturale, astfel Standardul 12 introduce un indicator ce obligă Serviciul să fie amenajat în mod accesibil pentru persoanele cu dizabilități. Aceasta implică ajustări de infrastructură, mobilitate și utilizare autonomă a spațiilor. Aceste prevederi sunt esențiale pentru respectarea principiului accesului fizic efectiv, asigurând utilizarea serviciului în condiții de siguranță și demnitate.

În ansamblu, proiectul HG include explicit protecția persoanelor cu dizabilități, stabilește atât măsuri legate de competențele personalului, cât și cerințe privind accesibilitatea fizică și arhitecturală, consolidează cadrul non-discriminatoriu al serviciului. Totuși, comparativ cu practica europeană și cerințele Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, prevederile sunt mai degrabă axate pe dimensiunea fizică a accesibilității, lipsind referințe explicite la accesibilitatea informațională (format accesibil, limbaj ușor, tehnologii asistive), adaptări procedurale în procesul de admitere, evaluare și planificare a serviciilor, mecanisme specifice de protecție pentru mamele sau copiii cu dizabilități aflați în situații de criză.

Proiectul HG integrează un set important de măsuri orientate spre protecția persoanelor cu dizabilități, axate în special pe accesul fizic la spații și pe profesionalizarea personalului. Aceste prevederi contribuie la crearea unui mediu mai incluziv în centrele maternale, dar există spațiu pentru consolidarea accesibilității informaționale și procedurale, precum și pentru dezvoltarea unor garanții suplimentare adaptate specific nevoilor mamelor și copiilor cu dizabilități.

În ceea ce privește cadrul instituțional de intervenție în domeniul protecției victimelor violenței în familie, prin Legea nr.250/2023 au fost operate modificările la Legea nr.45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie, fiind instituită Agenția Națională de Prevenire și Combatere a Violenței împotriva Femeilor și a Violenței în Familie, autoritatea administrativă centrală din subordinea Guvernului abilitată cu funcții de coordonare a activității interinstituționale în domeniul prevenirii și combaterii violenței împotriva femeilor și a violenței în familie, de implementare a programelor naționale, de acordare a asistenței Guvernului în implementarea politicilor, de monitorizare și evaluare a politicilor publice în domeniu, de facilitare a cooperării și dialogului cu societatea civilă, de raportare a modului de aplicare la nivel național a Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice (în continuare – *Convenția de la Istanbul*), a altor convenții și instrumente internaționale.

Legea nr.45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie prevede că pe lângă Agenția Națională de Prevenire și Combatere a Violenței împotriva Femeilor și a Violenței în Familie se creează și își desfășoară activitatea Consiliul Național Coordonator în Domeniul Prevenirii și Combaterii Violenței împotriva Femeilor și a Violenței în Familie, care asigură colaborarea dintre autoritățile și structurile organizaționale cu competențe în domeniul prevenirii și combaterii violenței împotriva femeilor și a violenței în familie, precum și cooperarea acestora cu organizațiile necomerciale și cu partenerii străini, de asemenea servește ca platformă pentru dezbateri în procesul de implementare, la nivel național și local, a politicilor de prevenire și combatere a tuturor formelor de violență reglementate de Convenția de la Istanbul.

Cadrul normativ stabilește că funcția de implementare a politicilor de prevenire a violenței împotriva femeilor și violenței în familie, precum și de asistență socială a victimelor și agresorilor este realizată la nivel local de către agențiile teritoriale de asistență socială prin intermediul structurilor teritoriale de asistență socială și de către structurile responsabile de asistența socială și protecția drepturilor copilului din municipiul Chișinău și din unitatea teritorială autonomă Găgăuzia, în cadrul cărora sunt instituite funcții de specialiști în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie și al reabilitării victimelor infracțiunilor.

3. OPINII CU PRIVIRE LA ACCESUL FETELOR ȘI FEMEILOR CU DIZABILITĂȚI LA SERVICIILE DE REABILITARE A VICTIMELOR VIOLENȚEI ÎN FAMILIE

Asigurarea accesului fetelor și femeilor cu dizabilități la serviciile de reabilitare pentru victimele violenței în familie este esențială, deoarece acest grup se confruntă cu un risc semnificativ mai ridicat de abuz, bariere suplimentare în solicitarea ajutorului și limitări în accesarea serviciilor obișnuite. Dizabilitatea poate amplifica dependența față de agresor, poate restrânge mobilitatea sau comunicarea și poate intensifica izolarea socială, ceea ce face ca intervențiile adaptate, accesibile și incluzive să fie vitale. Asigurarea accesului neîngrădit la servicii sociale nu doar protejează drepturile fundamentale ale acestor persoane, ci contribuie decisiv la recuperarea, autonomia și siguranța lor pe termen lung. Integrarea conceptului de dizabilitate în cadrul normativ aferent serviciilor de reabilitare pentru victimele violenței în familie este necesară pentru a asigura răspunsuri instituționale adecvate, echitabile și conforme cu standardele internaționale privind drepturile omului. Lipsa unor prevederi explicite riscă să perpetueze excluderea fetelor și femeilor cu dizabilități, să genereze interpretări neuniforme ale legislației și să împiedice prestarea unor servicii adaptate nevoilor lor specifice. Includerea clară a dizabilității în reglementări permite identificarea barierelor, definirea responsabilităților instituțiilor, asigurarea accesibilității infrastructurii și a informațiilor, precum și dezvoltarea competențelor profesioniștilor. Totodată, aceasta contribuie la prevenirea discriminării, la monitorizarea adecvată a calității serviciilor și la garantarea faptului că protecția și reabilitarea victimelor sunt aplicate în mod egal tuturor, indiferent de tipul sau gradul dizabilității.

Opinii privind integrarea conceptului de „dizabilitate” în cadrul normativ de organizare și funcționare a serviciilor sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie

Studiul atestă că majoritatea respondenților consideră că integrarea conceptului de „dizabilitate” în cadrul normativ de organizare și funcționare a serviciilor sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie și a centrelor maternale este deosebit de importantă. Din cei 122 respondenți chestionați, cca 62% au apreciat acest aspect ca fiind foarte important, iar cca 36% l-au calificat drept important. Doar un număr nesemnificativ de respondenți (cca 3%) au indicat niveluri mai scăzute de importanță sau au menționat că le este dificil să aprecieze. Aceste rezultate evidențiază o conștientizare înaltă a importanței abordării incluzive în procesul de elaborare și aplicare a actelor normative care reglementează organizarea și funcționarea serviciilor sociale. Răspunsurile reflectă, totodată, o necesitate exprimată de specialiști de a consolida cadrul normativ național, în vederea asigurării unei protecții efective și a accesului echitabil la servicii sociale pentru persoanele cu dizabilități afectate de violența în familie. Analiza demonstrează că integrarea conceptului de „dizabilitate” în politicile publice trebuie să devină un principiu de bază pentru a asigura respectarea drepturilor fundamentale și promovarea incluziunii sociale.

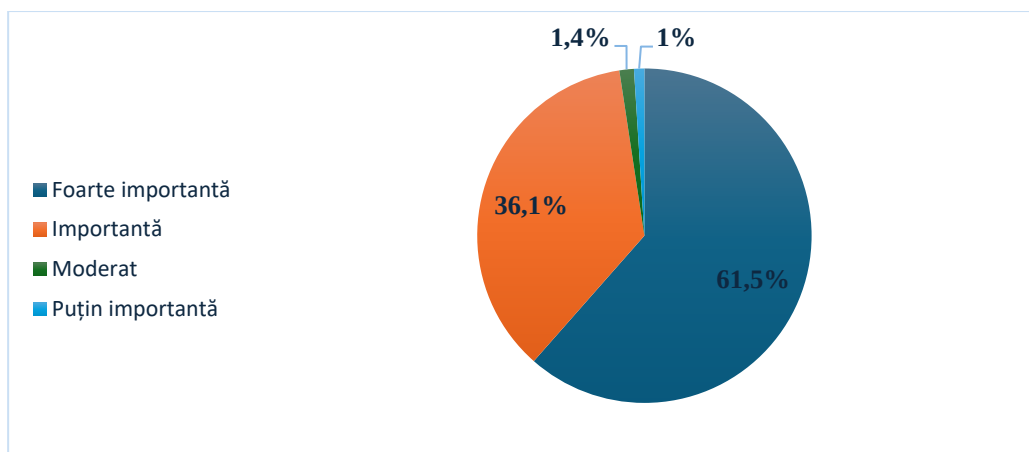


Figura 3. Opinii privind integrarea conceptului de „dizabilitate” în cadrul normativ de organizare și funcționare a serviciilor sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie (%)

Opinii privind calitatea serviciilor sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie

La întrebarea “Cum apreciați calitatea serviciilor sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie/ serviciilor prestate de centrele maternale?” cca 39% consideră calitatea serviciilor bună; cca 31% o apreciază ca foarte bună; cca 15% o consideră satisfăcătoare, iar cca 4% o califică drept excelentă.

Rezultatele indică o evaluare preponderent pozitivă a calității serviciilor sociale oferite victimelor violenței în familie și beneficiarilor centrelor maternale. Aproximativ patru din cinci respondenți consideră serviciile bune, foarte bune sau excelente, ceea ce reflectă un nivel relativ ridicat de satisfacție față de profesionalismul și eficiența intervențiilor existente. Totuși, faptul că aproape 15% dintre respondenți descriu serviciile drept satisfăcătoare sugerează că există aspecte care necesită îmbunătățiri, în special legate de accesibilitate, diversitatea programelor de reabilitare și adaptarea intervențiilor la nevoile individuale ale beneficiarilor, inclusiv ale persoanelor cu dizabilități.

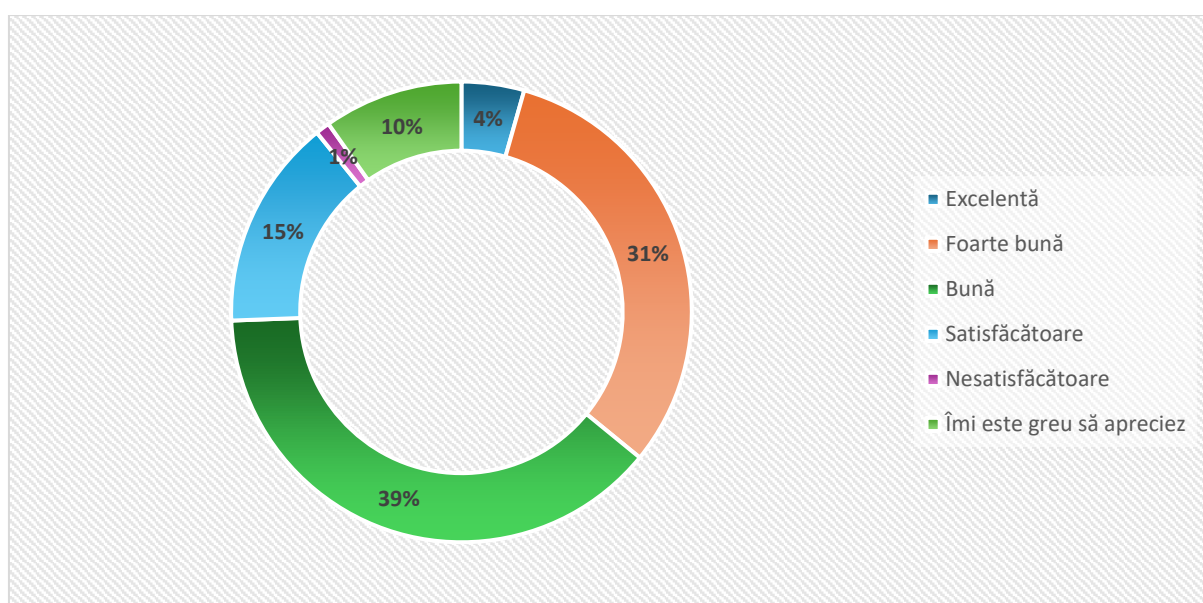


Figura 4. Opinii privind calitatea serviciilor prestate

Opinii privind accesul fetelor și femeilor cu dizabilități la serviciile sociale pentru reabilitarea victimelor violenței în familie

În opinia respondenților accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie și centrelor maternale indică o apreciere preponderent moderată spre satisfăcătoare. Astfel, cca 38% dintre respondenți consideră accesul ca fiind „bun”, iar cca 21% îl apreciază drept „foarte bun”. În același timp, o proporție egală, de cca 21%, evaluează nivelul de acces ca fiind „satisfăcător”. Doar 8% dintre respondenți au indicat că accesul este „nesatisfăcător” și doar 3% îl percep drept „excelent”. Rezultatele sugerează că, deși există un nivel moderat de accesibilitate la serviciile sociale pentru persoanele cu dizabilități, persistă bariere semnificative care limitează accesul deplin al acestora la reabilitare și protecție. Aceste obstacole se referă la infrastructura fizică insuficient adaptată, lipsa personalului specializat, precum și deficiențele de coordonare intersectorială între instituțiile implicate. Per ansamblu, datele reflectă o percepție pozitivă, dar nu optimă, indicând necesitatea unor intervenții suplimentare la nivel normativ și practic pentru a asigura egalitatea de șanse și acces echitabil la servicii pentru toate persoanele cu dizabilități afectate de violență în familie.

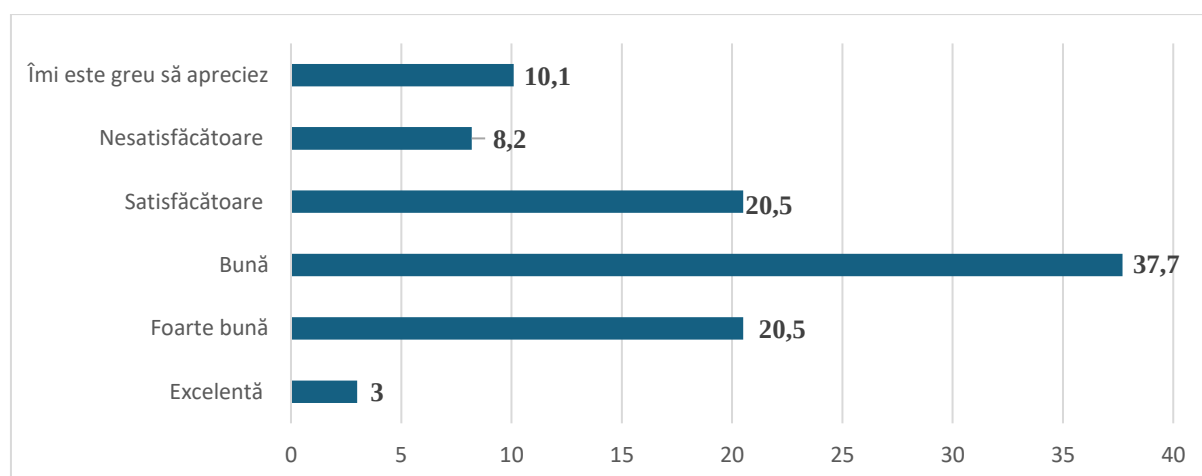


Figura 5. Opinii privind accesul fetelor și femeilor cu dizabilități la serviciile sociale pentru reabilitarea victimelor violenței în familie și centrele maternale (%)

Dotarea serviciilor sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie

Majoritatea serviciilor dispun de rampă de acces (cca 90%), ceea ce indică un nivel bun al infrastructurii fizice pentru persoanele cu dizabilități locomotorii. Totodată, marea majoritate a respondenților confirmă existența ușei accesibile la intrarea în clădire. În ceea ce privește ușile interioare accesibile cca 90% au indicat existența acestora, ceea ce atestă că circulația internă este, în mare parte, adaptată, deși un mic procent semnalează posibile bariere în unele spații interioare. Cca 80% dintre respondenți au afirmat că informațiile despre Serviciu sunt expuse într-un limbaj simplu și ușor de înțeles. Aceasta indică progrese moderate, dar și necesitatea îmbunătățirii comunicării vizuale și auditive (de exemplu, inscripții tactile, panouri, materiale ușor de înțeles). Doar 55 % din respondenți

au indicat că grupurile sanitare sunt accesibile, fiind dotate cu bare de suport și elemente de orientare vizuală. Această situație atestă o lipsă semnificativă de dotări corespunzătoare pentru persoanele cu mobilitate redusă, infrastructura sanitară fiind una dintre cele mai deficitare componente. Cca 85% din respondenți au indicat că coridoarele sunt accesibile, condițiile de deplasare internă sunt, în general, favorabile accesului persoanelor cu dizabilități.

În ceea ce privește procedurile interne privind accesibilitatea cca 55% au indicat că acestea sunt clare. „Astfel, constatăm că doar jumătate dintre servicii au reglementări clare privind adaptarea proceselor și intervențiilor, ceea ce relevă un deficit la nivel instituțional și organizațional.

Tabelul 4. Dotarea serviciilor sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie și centrelor maternale

Nr.r.	Dotare	Da	Nu	Îmi este greu să apreciez
1.	rampă accesibilă la intrare	90%	10%	-
2.	ușă accesibilă la intrarea în clădire	98%	2%	-
3.	uși interioare accesibile	90%	8%	2%
4.	informații despre Serviciu în limbaj accesibil	80%	15%	5%
5.	grup sanitar accesibil, dotat cu bare de suport și elemente de orientare vizuală	55%	40%	5%
6.	coridor/coridoare accesibile	85%	15%	-
7.	proceduri interne clare, inclusiv cu referire la asistența persoanelor cu dizabilități	55%	35%	10%

Nivelul fizic de accesibilitate (rampă, uși, coridoare) în cadrul serviciilor sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie și centrelor maternale este ridicat, dar nu uniform, iar nivelul funcțional și procedural (informații accesibile, grup sanitar, proceduri) este mai scăzut, ceea ce limitează accesul efectiv și participarea deplină a persoanelor cu dizabilități. Există discrepante între infrastructura fizică și cea organizațională — instituțiile tind să asigure spațiile, dar nu și adaptarea serviciilor și procedurilor.

4. OPINII CU PRIVIRE LA NIVELUL DE COMPETENȚĂ AL PERSONALULUI PRIVIND ASISTENȚA FETELOR ȘI FEMEILOR CU DIZABILITĂȚI AFECTATE DE VIOLENȚĂ

Experiența personalului privind lucrul direct cu fetele și femeile cu dizabilități

Studiul atestă că din cei 122 respondenți, mai mult de jumătate (cca 57%) dețin experiență de lucru cu persoanele cu dizabilități, ceea ce denotă o bază profesională importantă pentru dezvoltarea și implementarea serviciilor sociale incluzive. În același timp, cca 39% dintre respondenți nu au experiență, ceea ce evidențiază necesitatea formării și instruirii suplimentare în domeniul dizabilității, iar cca 4% au menționat că „nu pot aprecia”, ceea ce arată un procent mic de persoane care nu pot evalua nivelul propriei experiențe (posibil din cauza unei implicări indirecte sau ocazionale).

Rezultatele indică o heterogenitate a experienței profesionale în rândul personalului, fapt ce poate influența calitatea intervențiilor sociale.

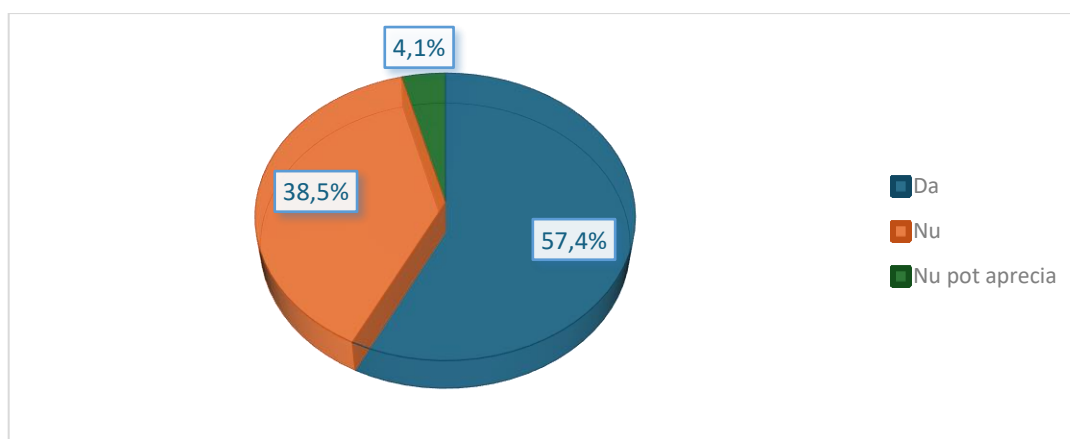


Figura 6. Experiența personalului privind lucrul cu persoanele cu dizabilități (%)

Analiza generală a datelor atestă că din cele 70 persoane care dețin experiență de lucru cu persoanele cu dizabilități peste 50% au lucrat cu persoane cu dizabilități fizice, ceea ce sugerează că aceasta este una din cele mai frecvent întâlnită categorie de beneficiari în cadrul serviciilor sociale. Cca 40% din respondenți au indicat că au experiență de lucru cu persoane cu deficiențe vizuale și tot atâtia respondenți au indicat că dețin experiență de lucru cu persoanele cu deficiențe de auz. Această situație relevă un contact redus al serviciilor sociale cu această categorie sau lipsa de specializare corespunzătoare, posibil din cauza barierelor de comunicare ori lipsei de competențe specifice. Aproape 60% din specialiști au experiență în lucrul cu persoanele cu dizabilități intelectuale, ceea ce confirmă prezența constantă a persoanelor cu dizabilități intelectuale printre beneficiarii serviciilor sociale. În ceea ce privește experiența de lucru a personalului cu persoanele cu dizabilități psihice studiul atestă proporții apropiate între „Da” și „Nu”, ceea ce indică o experiență neuniformă, sugerând că nu toate serviciile lucrează cu această categorie, dar există totuși o implicare semnificativă. Interacțiunea cu beneficiarii care prezintă forme combinate de dizabilitate este relativ redusă (doar 40% au indicat că dețin experiență), posibil din cauza complexității cazurilor și lipsei de resurse specializate.

Studiul a scos în evidență că cele mai frecvente tipuri de dizabilități întâlnite de personalul din serviciile sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie și centrele maternale sunt dizabilitățile fizice și intelectuale. Persoanele cu deficiențe senzoriale (de văz și de auz) sunt cel mai puțin reprezentate în experiența specialiștilor, iar cazurile de dizabilități psihice și multiple sunt prezente, dar mai puțin constante, reflectând diversitatea și complexitatea nevoilor beneficiarilor. Rezultatele studiului atestă necesitatea consolidării competențelor profesionale pentru lucrul cu persoanele cu dizabilități senzoriale și multiple, unde experiența este limitată.

Tabelul 5. Experiența personalului privind lucrul cu persoanele cu dizabilități (în dependență de tipul de dizabilitate)

Nr.r.	Tipul de dizabilitate	Da	Nu
1.	Dizabilități fizice	51%	49%
2.	Deficiențe de văz	40%	60%

3.	Deficiențe de auz	40%	60%
4.	Dizabilități intelectuale	60%	40%
5.	Dizabilități psihice	48%	52%
6.	Dizabilități multiple	40%	60%

Tendențe privind numărul de solicitări și colaborarea intersectorială

Majoritatea respondenților (cca 51%) consideră că numărul persoanelor cu dizabilități care se adresează la serviciile sociale a crescut în ultimii trei ani. Aceasta poate fi interpretată ca un semn al creșterii gradului de conștientizare, al îmbunătățirii accesului la servicii și al reducerii barierelor de adresare pentru persoanele cu dizabilități. Totuși, cca 38% dintre respondenți nu observă o creștere a numărului de adresări, ceea ce poate sugera: acces inegal la servicii între teritorii, persistența barierelor fizice, informaționale sau atitudinale. Cca 11% dintre respondenți au menționat că le este greu să aprecieze, fapt care indică fie lipsa de date sistematizate la nivelul instituțiilor, fie o implicare indirectă în lucrul cu acest grup de beneficiari.

Rezultatele studiului reflectă o tendință pozitivă de creștere a adresabilității persoanelor cu dizabilități către serviciile sociale de reabilitare a victimelor violenței, însă și necesitatea consolidării mecanismelor de monitorizare și colectare a datelor pentru a evalua obiectiv amploarea fenomenului.

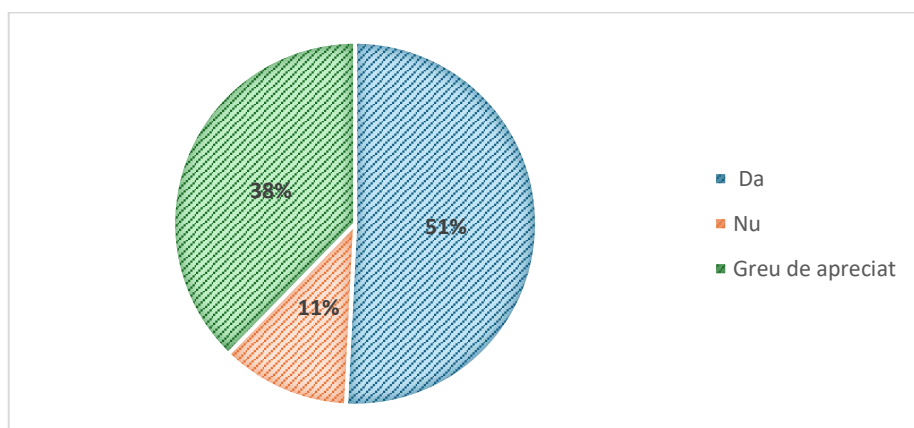


Figura 7. Opinii cu privire la creșterea numărului de adresări în ultimii 3 ani

În procesul de oferire a asistenței persoanelor cu dizabilități victime ale violenței, personalul din serviciile sociale pentru reabilitarea victimelor violenței în familie și din centrele maternale colaborează cu diverse instituții/servicii/actori comunitari, după cum urmează: cca 87% colaborează cu asistentul social comunitar; cca 77% cu Primăria; cca 64% cu poliția; cca 59% cu instituțiile medico-sanitare (spital, centrul medicilor de familie, centrul de sănătate publică); cca 56% cu Structurile Teritoriale de Asistență Socială; cca 43% cu Centrul Comunitar de Sănătate Mentală; cca 42% cu instituții de învățământ general; cca 37% cu oficiul teritorial pentru ocuparea forței de muncă;

cca 33% cu Structurile Teritoriale de Asistență Psihopedagogică; cca 25% cu organizațiile necomerciale; cca 22% cu Biroul de probațiune și cca 18% - culte religioase.

Datele indică o diversitate moderată de instituții/servicii implicate, însă cu o preponderență clară a instituțiilor din sectorul social, administrativ și de ordine publică. Colaborarea cu actorii non-guvernamentali sau specializați este semnificativ mai redusă, ceea ce poate limita răspunsul multidisciplinar necesar în cazurile complexe.

Analiza nivelului de colaborare pe categorii de instituții/servicii scoate în evidență:

A. Nivel de colaborare foarte înaltă (peste 70%): asistentul social comunitar și primăria

Aceste rezultate arată că profesioniștii se bazează predominant pe structurile locale clasice. Asistentul social comunitar reprezintă actorul central, ceea ce confirmă rolul său de coordonator al cazurilor. Primăria apare ca instituție-cheie în facilitarea resurselor, suport administrativ și soluții comunitare.

B. Nivel de colaborare înaltă (50–70%): poliție; instituții medico-sanitare; Structurile Teritoriale de Asistență Socială

Acești parteneri sunt implicați relevant în cazurile de violență: Poliția intervine în protecția imediată și documentarea cazurilor, iar instituțiile medicale contribuie la examinări și tratament. Structurile teritoriale de asistență socială sunt implicate în gestionarea și prestarea serviciilor sociale. Nivelul de colaborare este bun, dar nu universal – ceea ce indică lipsa unei aplicări uniforme a mecanismelor de cooperare la nivel național.

C. Nivel de colaborare medie (30–50%): instituții de învățământ general; Centrul Comunitar de Sănătate Mentală; Oficiul Teritorial pentru Ocuparea Forței de Muncă; Structurile Teritoriale de Asistență Psihopedagogică.

Această zonă reflectă colaborări mai selective, utilizate doar în anumite tipuri de cazuri. Procentajele moderate indică faptul că aceste colaborări nu sunt utilizate sistematic, ci în funcție de specificul cazului.

D. Nivel de colaborare redusă (sub 30%): organizații necomerciale; biroul de probațiune și culte religioase

Resursele comunitare sunt insuficient valorificate, de exemplu, organizațiile necomerciale pot oferi diverse servicii (consiliere, activități de advocacy), dar sunt rar implicate sau cultele religioase, deși pot avea rol de suport emoțional și comunitar, sunt foarte puțin implicate, probabil din cauza lipsei cadrului formal.

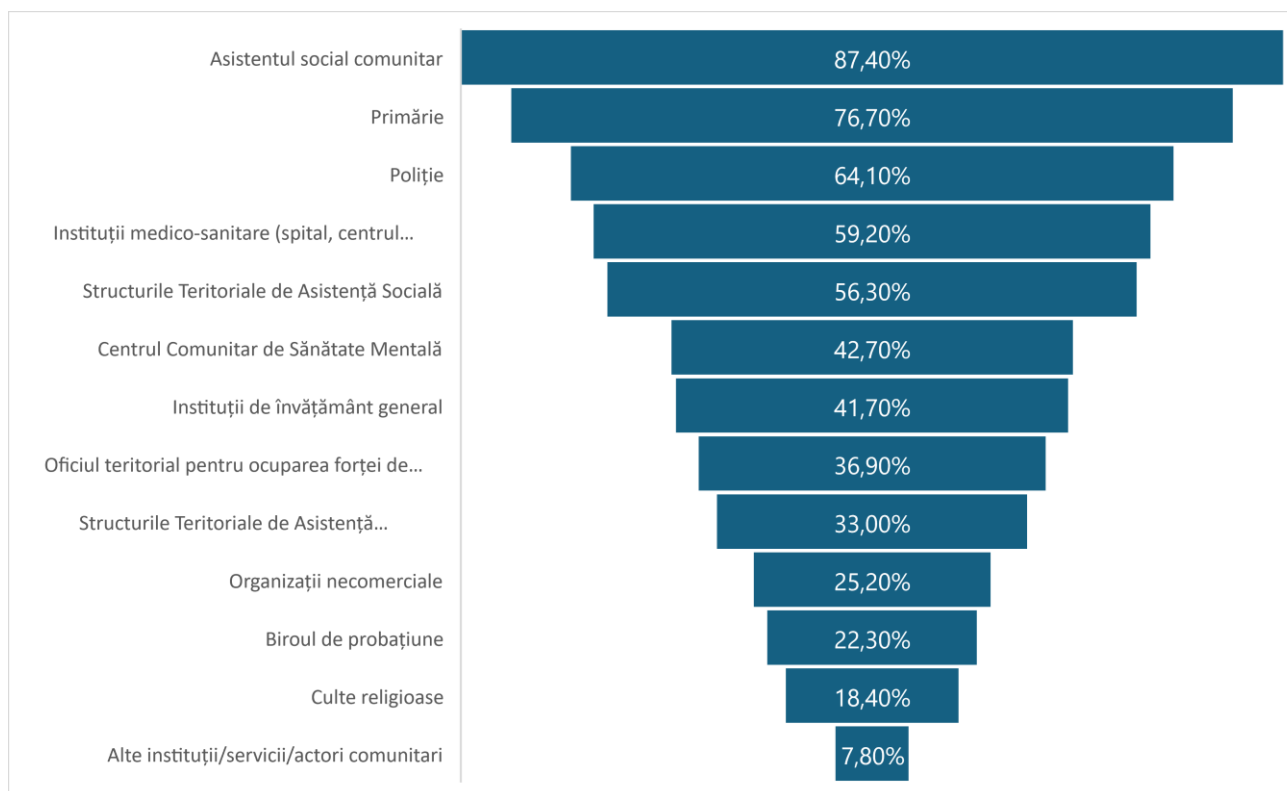


Figura 8. Colaborarea cu instituțiile/serviciile/actorii comunitari

Studiul atestă că există o rețea de colaborare bine stabilită cu asistenții sociali comunitari, autoritățile publice locale de nivelul întâi, poliția și instituțiile medico-sanitare. În același timp, colaborarea cu centrele comunitare de sănătate mintală și structura teritorială de asistență psihopedagogică este moderată, nu sistematică. Organizațiile necomerciale, care pot oferi servicii complementare esențiale, sunt foarte puțin implicate. Implicarea cultelor și a altor actori comunitari informali este minimă, ceea ce indică o utilizare insuficientă a resurselor comunitare.

Nivelul de pregătire al specialiștilor

În cadrul studiului specialiștii și-au autoevaluat nivelul de pregătire privind oferirea asistenței unei persoane cu dizabilități în dependență de tipul de dizabilitate.

Tabelul 6. Nivelul de pregătire al specialiștilor în dependență de tipul de dizabilitate (%)

Nr.r.	Tipul de dizabilitate	Foarte înalt	Înalt	Satisfăcător	Nesatisfăcător
1.	Dizabilități fizice	5	25	65	5
2.	Deficiențe de vâz	3	10	60	27
3.	Deficiențe de auz	2	15	70	13
4.	Dizabilități intelectuale	5	20	65	10
5.	Dizabilități psihice	3	18	60	19
6.	Dizabilități multiple	2	20	65	13

Analiza datelor din tabelul de mai sus atestă o pregătire predominant medie a personalului din serviciile sociale de reabilitare și centrele maternale, cu nivel redus de expertiză și cu anumite zone percepute ca problematice.

Personalul se simte cel mai bine pregătit de a lucra cu persoanele cu dizabilități fizice. Acest lucru sugerează că cazurile sunt mai des întâlnite și intervențiile sunt mai ușor de gestionat, iar personalul are experiență acumulată în acest domeniu.

În cazul persoanelor cu deficiențe de văz specialiștii s-au autoevaluat cu cel mai mare scor de nesatisfăcător (27%), indicând că există insuficientă formare privind comunicarea adaptată, lipsesc materiale în format accesibil și aceștia nu stăpânesc tehnici specifice de lucru cu persoanele cu deficiențe de văz.

Majoritatea specialiștilor chestionați (70%) se autoevaluează cu calificativul „satisfăcător” în ceea ce privește oferirea asistenței persoanelor cu deficiențe de auz, doar 2% se consideră foarte bine pregătiți de a lucra cu persoanele cu deficiențe de auz. Nivelul redus de pregătire atestă lipsa abilităților de comunicare în limbaj mimico-gestual și dificultăți în transmiterea informației accesibile.

O categorie de specialiști cu rezultate medii și un nivel nesatisfăcător sunt cei care cunosc specificul asistenței persoanelor cu dizabilitățile intelectuale. Totuși, majoritatea respondenților rămân la nivelul „satisfăcător”, ceea ce indică insuficiența formării în comunicare ușor de înțeles (easy-to-read), lipsa experienței în susținerea deciziei asistate, dificultăți în gestionarea situațiilor de criză.

Studiul atestă un nivel ridicat de incertitudine în lucrul cu persoane cu dizabilități psihice. Aproape 1 din 5 specialiști se consideră nepregătiți de a lucra cu această categorie de beneficiari. Aceasta sugerează lipsa formării în abordări psihosociale, dificultăți în lucrul cu situații de criză, lipsa colaborării eficiente cu serviciile de sănătate mintală.

Personalul din serviciile de reabilitare pentru victimele violenței în familie și centrele maternale percep lucrul cu persoanele cu dizabilități multiple ca fiind una dintre cele mai provocatoare, necesitând competențe diverse și complexe. Studiul atestă că personalul are cunoștințe generale, însă nu se simte competent în situații complexe și nu are acces la formare continuă relevantă.

Cele mai dificile categorii sunt deficiențele senzoriale și dizabilitățile psihice. Acest lucru evidențiază insuficiența competențelor de comunicare adaptată, utilizarea tehnologiilor asistive, gestionarea comportamentelor și situațiilor de risc.

O scurtă sumarizare cu privire la acest subiect scoate în evidență următoarele aspecte:

- 1) Pregătirea specialiștilor este moderată, cu un nivel consistent „satisfăcător”, dar nu avansat.
- 2) Foarte puțini specialiști se simt bine pregătiți, ceea ce indică lipsa competențelor specializate.
- 3) Cele mai problematice domenii sunt dizabilitățile senzoriale și psihice.
- 4) Cea mai bună pregătire este declarată pentru dizabilitățile fizice.
- 5) Datele confirmă necesitatea programelor de formare continuă, orientate pe tipuri specifice de dizabilitate.

Planificarea acțiunilor privind asigurarea accesului persoanelor cu dizabilități la servicii și resurse

La întrebarea „Cât de des includeți în planul de activitate a Serviciului și/sau planul individualizat de asistență a beneficiarului acțiuni privind asigurarea accesului persoanele cu dizabilități la servicii și resurse?” 41% din respondenți au menționat că realizează acest lucru „Ocazional”, 22% - „Rar”, 16% - „Niciodată”, 14% - „Frecvent” și 8% - „Mereu”.

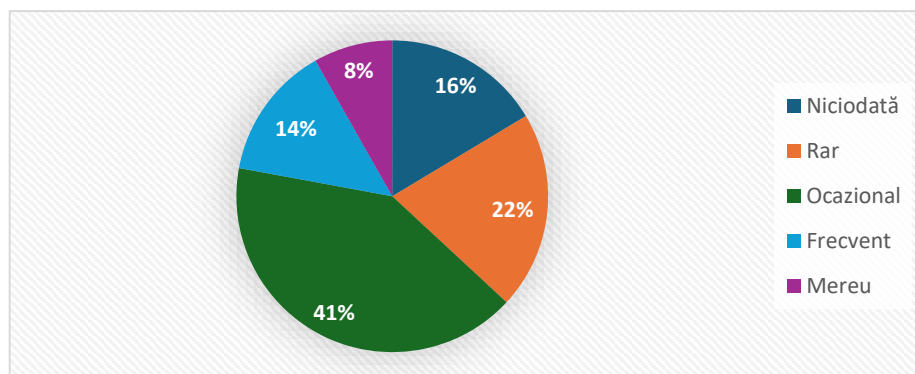


Figura 9. Planificarea acțiunilor privind asigurarea accesului persoanelor cu dizabilități la servicii și resurse

Analiza datelor scoate în evidență că majoritatea profesioniștilor nu includ sistematic în planurile de activitate și planurile individualizate de asistență acțiuni pentru asigurarea accesului persoanelor cu dizabilități la serviciile prestate. Cca 79% (4 din 5 specialiști) nu abordează consecvent acest aspect (rar, ocazional și niciodată), doar 22% o fac cu regularitate (frecvent și mereu). În acest context, evidențiem că studiul scoate în evidență:

a) Nivelul redus de integrare a dimensiunii dizabilității în planificarea serviciilor – faptul că doar 8% din respondenți indică “mereu” și 14% “frecvent” arată că accesibilizarea nu este încă o practică standard în serviciile sociale.

b) Lipsă de proceduri interne – faptul că 41% din profesioniștii includ „ocazional” aceste acțiuni, doar în funcție de caz, sugerează că aceste acțiuni nu sunt ca o măsură planificată sau obligatorie.

c) Necesitate crescută de formare profesională – faptul că 16% au indicat că „niciodată” nu includ în plan acțiuni poate fi explicat prin faptul că personalul deține competențe insuficiente în acest sens.

d) Posibile bariere instituționale: lipsa resurselor financiare, absența unor politici interne privind accesibilitatea, colaborare insuficientă/defectuoasă cu alte instituții și servicii.

Studiul indică o integrare insuficientă și inconsistentă a acțiunilor privind accesibilitatea persoanelor cu dizabilități în planurile de activitate ale serviciilor sociale și planurile individualizate de asistență a beneficiarilor. În acest context, evidențiem că este necesar un efort instituțional orientat spre formare continuă și promovarea unei culturi organizaționale pro-incluzive.

Bariere cu care se confruntă fetele și femeile cu dizabilități victime ale violenței în accesarea serviciilor sociale de reabilitare

Analiza problemelor și dificultăților cu care se confruntă persoanele cu dizabilități victime ale violenței în accesarea serviciilor sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie și a centrelor maternale indică un ansamblu complex de *bariere informaționale, emoționale, de mobilitate și atitudinale*. Acestea nu sunt probleme separate, ci interconectate, ceea ce reduce semnificativ accesul la servicii.

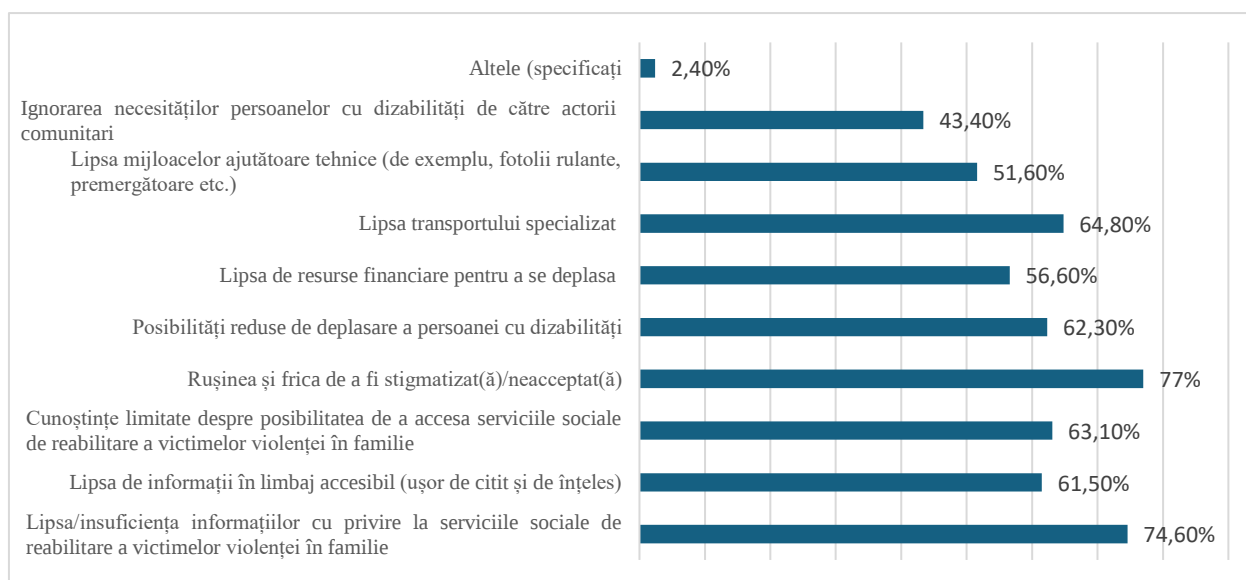


Figura 10. Dificultăți cu care se confruntă fetele și femeile cu dizabilități victime ale violenței în accesarea serviciilor sociale

Datele studiului relevă existența următoarelor categorii de bariere cu care se confruntă persoanele cu dizabilități în accesarea serviciilor:

1. Bariere informaționale: lipsa/insuficiența informațiilor despre servicii (cca 75%); cunoștințe limitate despre posibilitatea accesării (cca 63%); lipsa materialelor în limbaj accesibil (easy-to-read) - cca 62%.

Analiza datelor atestă că persoanele cu dizabilități nu ajung nici măcar în punctul de a lua o decizie de accesare a serviciilor, pentru că nu știu ce servicii există și cum pot fi accesate. Lipsa comunicării adaptate reprezintă o barieră sistemică, informațiile nu sunt formulate într-un limbaj simplu, nu sunt disponibile în formate accesibile pentru diverse tipuri de dizabilitate. Această lipsă de informare contribuie direct la izolare, neîncredere și la un comportament pasiv, chiar și atunci când victima ar avea nevoie urgentă de protecție.

2. Bariere emoționale și psihosociale: rușinea și frica de stigmatizare / neacceptare (cca 77%). Acesta este cel mai mare procent, ceea ce indică faptul că dimensiunea emoțională și atitudinală este cea mai puternică barieră. Persoanele cu dizabilități victime ale violenței se confruntă simultan cu stigma legată de dizabilitate, stigma legată de violență, teama de a nu fi crezute, dependența față de agresor (uneori chiar pentru mobilitate sau îngrijire). Această rușine apare adesea din neîncrederea în sistem și din experiențe anterioare de ignorare.

3. Bariere de mobilitate și acces fizic: posibilități reduse de deplasare (62%); lipsa transportului specializat (65%); lipsa resurselor financiare pentru deplasare (57%); lipsa mijloacelor ajutoare tehnice (52%). Accesul fizic la servicii este una dintre cele mai critice probleme. Cel puțin jumătate dintre respondenți confirmă limitări în mobilitatea personală (fotolii rulante, cadre de mers, însoțitori), existența transportului adaptat, resursele financiare pentru a

călători, distanța față de servicii, în special în zonele rurale. Aceasta înseamnă că multe victime rămân blocate în spațiul unde sunt abuzate, fără posibilitatea reală de a ajunge la un centru de reabilitare. Aceasta poate fi catalogată ca o barieră structurală și nu o alegere personală.

4. Bariere legate de atitudinea și capacitățile actorilor comunitari: ignorarea necesităților persoanelor cu dizabilități de către actorii comunitari (43%). Aceste bariere se referă la o problemă culturală și instituțională: profesioniștii nu au formare suficientă în dizabilitate și accesibilitate; victima poate fi percepută ca „neputincioasă”, „dependentă”, „neserioasă”; necesitățile reale (acomodări, comunicare adaptată, timp suplimentar) sunt adesea minimalizate. Această atitudine duce la excludere, distanțare și la un sentiment de inutilitate din partea victimei.

Analiza acestor rezultate evidențiază faptul că fetele și femeile cu dizabilități victime ale violenței se confruntă cu un lanț de bariere cumulative, nu cu o singură dificultate. Barierele informaționale duc la neîncredere și izolare, barierele emoționale reduc motivația de a cere ajutor, barierele fizice limitează efectiv posibilitatea de a ajunge la servicii, iar barierele atitudinale descurajează accesarea și mențin stigmatizarea.

Studiul scoate în evidență că fetele și femeile cu dizabilități victime ale violenței se confruntă cu un cumul de dificultăți care reflectă deficiențele sistemului, nu lipsa voinței sau responsabilității victimelor. Accesul la servicii devine o provocare din cauza informațiilor inaccesibile, lipsei transportului, dependenței de agresor, stigmei, ignorării necesităților specifice de către profesioniști. Aceste date indică o necesitate stringentă de adaptare a serviciilor pentru a deveni incluzive.

Analiza răspunsurilor la întrebarea *“Cu ce bariere și probleme vă confrunțați în activitatea Dvs. profesională privind oferirea asistenței persoanelor cu dizabilități victime ale violenței?”* evidențiază un profil complex de provocări care afectează capacitatea specialiștilor de a oferi suport adecvat și accesibil persoanelor cu dizabilități victime ale violenței.

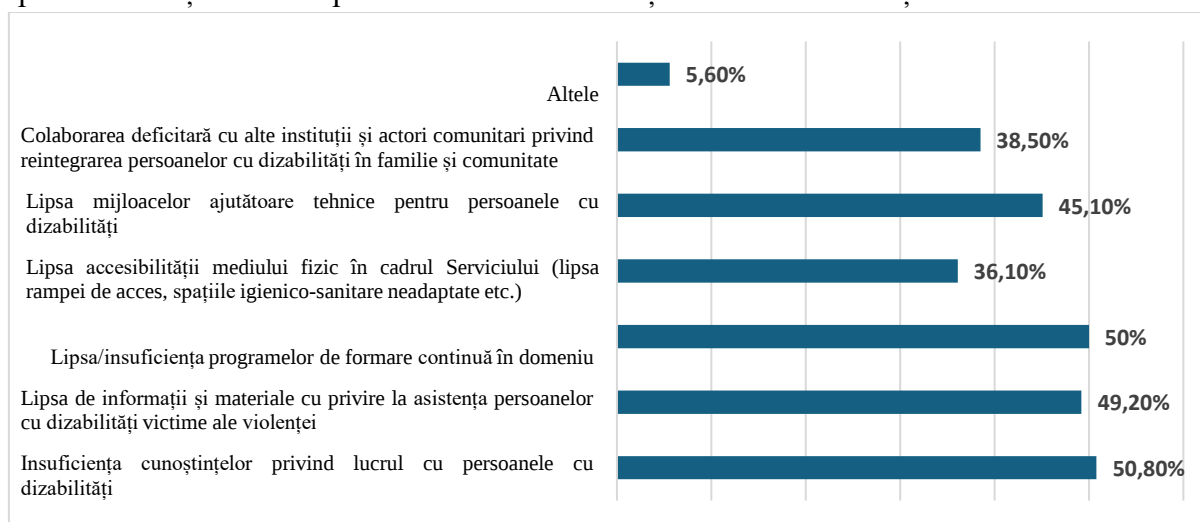


Figura 11. Bariere în activitatea profesională privind oferirea asistenței persoanelor cu dizabilități

Barierele identificate în activitatea personalului din cadrul serviciilor sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie și centrele maternale sunt profesionale, structurale și instituționale.

1. Bariere profesionale: cca 51% din respondenți au indicat insuficiența cunoștințelor privind lucrul cu persoanele cu dizabilități; cca 49% din respondenți au menționat lipsa

informațiilor și materialelor specializate; cca 50% au menționat lipsa/insuficiența programelor de formare continuă. Studiul atestă un deficit sistemic în pregătirea profesionalilor, iar specialiștii simt că nu dețin suficiente competențe pentru a adapta comunicarea la diferite tipuri de dizabilități, a înțelege dinamica violenței asupra persoanelor cu dizabilități, a interveni într-o manieră sigură și eficientă, a colabora cu diverse instituții și servicii. Problema nu ține de lipsa disponibilității personalului, ci de lipsa instrumentelor, formării și resurselor necesare. Această insuficiență generează incertitudine, anxietate profesională și risc de intervenții incomplete.

2. Bariere structurale: cca 36% din respondenți au menționat lipsa accesibilității mediului fizic (rampe, toalete adaptate etc.). Faptul că peste o treime dintre profesioniști menționează acest aspect indică existența unor limitări infrastructurale reale care afectează direct accesul victimelor la servicii. Chiar dacă personalul este disponibil și deschis, victima nu poate intra în clădire, nu poate accesa baia, nu se poate deplasa în siguranță în interior. Aceasta reprezintă o barieră „invizibilă”, dar foarte puternică, care transmite indirect mesajul că serviciul nu este pregătit pentru persoane cu dizabilități. În plus, lipsa accesibilității obligă specialiștii să improvizeze soluții temporare, ceea ce crește stresul și reduce eficiența intervenției.

3. Bariere legate de echipamente și resurse adaptate: 45% din respondenți au menționat lipsa mijloacelor ajutoare tehnice. Absența echipamentelor adecvate (fotolii rulante, premergătoare, ascensoare portabile, dispozitive de comunicare etc.) limitează sever posibilitatea de evaluare funcțională, deplasare a victimei în cadrul intervenției, oferire de sprijin imediat în situații de risc. Specialiștii sunt astfel puși în situația de a depinde de familie sau de voluntari, ceea ce poate fi nesigur și stigmatizant pentru victimă. Aceasta indică o slabă dotare a serviciilor, care afectează calitatea și demnitatea intervenției.

4. Bariere de colaborare: 39% din respondenți au menționat colaborarea deficitară cu alte instituții și actori comunitari. Aceasta este o barieră critică, deoarece cazurile de violență asupra persoanelor cu dizabilități necesită intervenții multidisciplinare (medic, poliție, psiholog, asistent social, servicii de sănătate mintală, servicii de educație, ONG-uri etc.). Un nivel scăzut de colaborare poate însemna întârzieri în intervenție, lipsa unui răspuns integrat, responsabilitate fragmentată, revictimizarea sau chiar pierderea contactului cu victima.

În contextul analizei barierelor cu care se confruntă personalul în activitatea profesională privind oferirea asistenței fetelor și femeilor cu dizabilități victime ale violenței constatăm că personalul resimte direct aceste limitări și semnalează că nu poate oferi intervenția la standardele necesare. Rezultatele indică nu doar probleme operaționale, ci și un sentiment de neputință profesională, generat de lipsa suportului instituțional și a formării adecvate. Cea mai importantă concluzie este că barierele identificate reflectă un decalaj între nevoile reale ale persoanelor cu dizabilități victime ale violenței și capacitățile actuale ale serviciilor.

Propuneri pentru a asigura accesul fetelor și femeilor cu dizabilități victime ale violenței la servicii sociale de reabilitare

Pentru a asigura accesul fetelor și femeilor cu dizabilități victime ale violenței la serviciile sociale de reabilitare și la centrele maternale specialiștii au înaintat diverse propuneri, care se concentrează pe patru domenii de bază:

- 1) **Informarea publicului și creșterea vizibilității serviciilor:** cca 75% au menționat necesitatea de a realiza campanii de informare a populației despre serviciile de reabilitare. Campaniile de informare sunt percepute ca soluție-cheie pentru creșterea vizibilității serviciilor, reducerea fricii și a stigmei, încurajarea raportării cazurilor, facilitarea auto-referirii și a referirii de către comunitate. Apariția acestei propuneri ca prioritate arată că, în prezent, serviciile sunt insuficient cunoscute, iar accesarea lor depinde adesea de informații neoficiale, fragmentate.
- 2) **Dezvoltarea competențelor profesionale:** cca 64% din respondenți au menționat necesitatea unui program de formare continuă adaptat domeniului; cca 73% – formarea continuă a personalului din serviciile de reabilitare; cca 70% – instruirea echipelor multidisciplinare în prevenire, identificare și referire. Această categorie are ponderi foarte mari, ceea ce arată o auto-reflecție profesională autentică, iar specialiștii recunosc că nu au încă suficiente instrumente practice, întâlnesc situații complexe pentru care pregătirea este insuficientă, există decalaje între cerințele reale ale cazurilor și capacitățile actuale. Acest ansamblu de propuneri arată o nevoie clară de profesionalizare continuă în lucrul cu persoane cu dizabilități. Instruirea echipelor multidisciplinare este esențială deoarece violența asupra persoanelor cu dizabilități presupune intervenții coordonate între diverși actori și instituții: asistenții sociali comunitari, poliție, instituțiile medico-sanitare, servicii de sănătate mintală, servicii de educație, ONG-uri.
- 3) **Îmbunătățirea cadrului normativ și a procedurilor interne:** cca 38% au propus revizuirea cadrului normativ, iar 39% – au recomandat revizuirea procedurilor interne ale serviciilor. Specialiștii resimt nevoia de claritate procedurală, reglementări care recunosc explicit particularitățile persoanelor cu dizabilități, protocoale pentru situații de risc, un cadru care să sprijine și să legitimeze intervenția incluzivă. Propunerile reflectă percepția că actualul cadru normativ nu este suficient adaptat, este uneori rigid și nu acoperă specificul dizabilității în contextul violenței.
- 4) **Adaptarea mediului fizic și dotarea cu tehnologii asistive:** cca 48% au menționat necesitatea adaptării mediului fizic; 63% – dotarea cu tehnologii asistive. Aceste propuneri atestă o conștientizare clară a faptului că accesul nu este doar o chestiune de atitudine și competențe, ci și de infrastructură și echipamente. Dotările cu tehnologii asistive sunt esențiale pentru mobilitatea beneficiarilor, comunicare, evaluarea funcțională, participarea la programul de reabilitare etc. Prin aceste propuneri, specialiștii recunosc că accesul este o combinație între informație, resursă, infrastructură și atitudine.

Propunerile specialiștilor arată că asigurarea accesului fetelor și femeilor cu dizabilități la servicii de reabilitare necesită o intervenție multinivelară, care să combine: campanii de informare, formare profesională și revizuirea cadrului normativ și procedural; investiții în accesibilitate și tehnologii asistive. În ansamblu, răspunsurile reflectă conștientizarea unei responsabilități comune – personal, instituțională și comunitară – în a crea un sistem cu adevărat incluziv pentru persoanele cu dizabilități victime ale violenței.

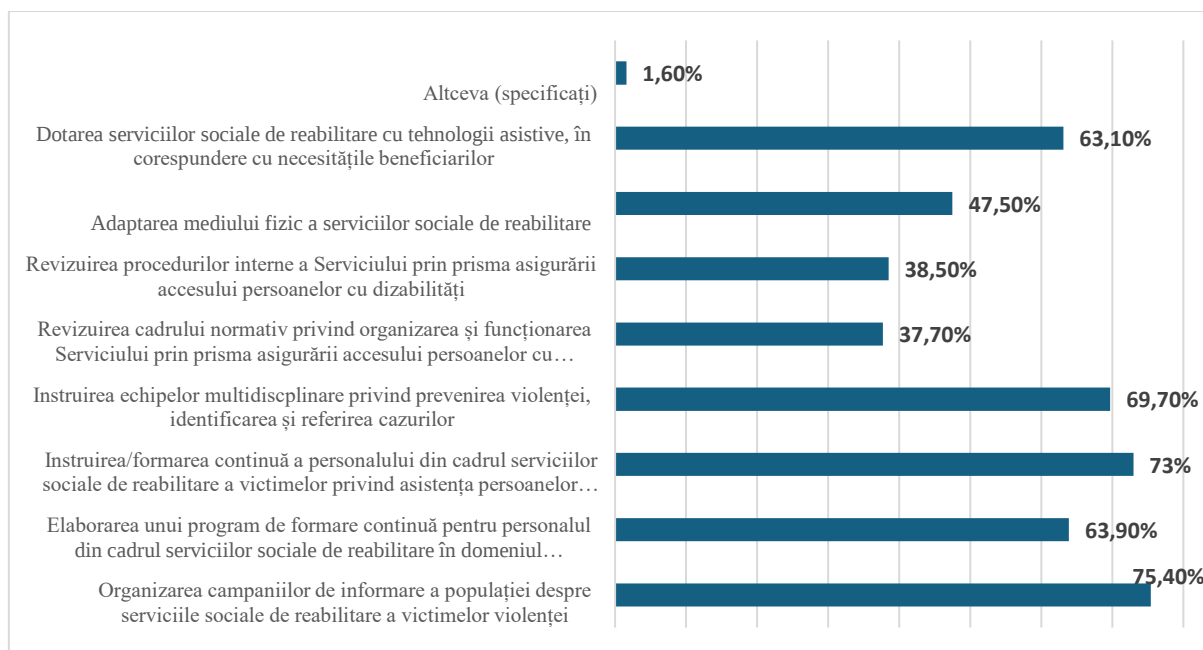


Figura 12. Recomandări ale specialiștilor privind asigurarea accesului fetelor și femeilor cu dizabilități la servicii sociale de reabilitare

La întrebarea “Ce schimbări considerați că sunt necesare de realizat în cadrul Serviciului în care activați pentru a asigura accesul la servicii de calitate a persoanelor cu dizabilități victime ale violenței?” (întrebare de tip deschis) au răspuns 105 din cei 122 de respondenți.

Tabelul 7. Recomandări pentru îmbunătățirea Serviciului în care activează personalul chestionat

 În primul rând - Accesibilitatea mediului fizic și infrastructura	1) Adaptarea spațiilor fizice (rampe, băi, căi de acces, trotuare, pavaj, mobilier accesibil); 2) Accesibilitatea universală: fizică și informațională (materiale în format accesibil, semnalizare, panouri informative, interpretare în limbajul semnelor); 3) Reparații și amenajări ale clădirilor (drumuri, ogrăzi, intrări, etajare corespunzătoare); 4) Asigurarea transportului adaptat pentru persoane cu dizabilități; 5) Dotarea serviciilor cu echipamente și tehnologii asistive.
 În al doilea rând - Formarea și profesionalizarea personalului	1) Formarea continuă a personalului în domeniul lucrului cu persoanele cu dizabilități; 2) Angajarea de specialiști calificați: psihologi, kinetoterapeuți, pedagogi sociali, juriști; 3) Evaluarea și consolidarea competențelor profesionale; 4) Elaborarea programelor de instruire; 5) Colaborarea cu instituțiile de învățământ; 6) Motivarea financiară a personalului și îmbunătățirea condițiilor de muncă.
 În al treilea rând -	1) Revizuirea cadrului normativ privind organizarea și funcționarea serviciilor sociale de reabilitare pentru victimele violenței în familie și centrelor maternale;

Sustenabilitate și dezvoltare strategică	2) Consolidarea colaborării interinstituționale (APL, servicii de educație, centre de reabilitare, organizații necomerciale); 3) Organizarea campaniilor de informare publică și sensibilizare privind drepturile și serviciile disponibile; 4) Asigurarea cu resurse financiare și materiale adecvate.
--	---

Respondenții consideră necesară o abordare sistemică, care să includă atât modificări normative, cât și mecanisme de coordonare și comunicare între actori instituționali. Accentul principal este pe accesibilitate fizică și infrastructurală, formarea și specializarea personalului și îmbunătățirea cadrului legal, colaborarea interinstituțională și sustenabilitatea.

La întrebarea “Cum credeți de ce fel de suport ați avea nevoie pentru ca să vă realizați sarcinile/atribuțiile de serviciu într-un mod mai eficient?” răspunsurile au fost structurate în categorii tematice principale, indicând ponderea estimativă pentru fiecare categorie, calculată pe baza frecvenței (a se vedea Tabelul)

Tabelul 8. Necesitățile de suport ale personalului din serviciile sociale

1	2	3	4	5
Formare profesională continuă	Dotare tehnică și infrastructură	Suport financiar și motivație	Suport metodologic și ghidare	Resurse umane suplimentare și colaborare interinstituțională
(45%)	(20%)	(15%)	(10%)	(5%)

1) **Formarea profesională continuă** (cca 45%)

Cea mai mare parte a respondenților identifică nevoia de formare profesională continuă și actualizarea cunoștințelor, inclusiv prin schimb de experiență și supervizare profesională. De asemenea, se atestă necesitatea de a avea acces la resurse metodologice și informaționale.

2) **Dotarea tehnică și infrastructură** (cca 20%)

Personalul consideră că eficiența muncii este limitată de lipsa dotărilor materiale și tehnologice, mai ales cele adaptate pentru lucrul cu persoane cu dizabilități. În acest sens, este necesară dotarea serviciilor cu tehnologii asistive, mobilier, printer, echipamente adecvate, spații adaptate, transport specializat, resurse pentru reparații și amenajări;

3) **Suport financiar și motivație** (cca 15%)

Respondenții au menționat ca element cheie pentru motivare și eficiență majorarea salariilor și alocarea resursele financiare pentru dotări și cheltuieli curente, materiale de lucru, birotică, internet.

4) **Suport metodologic și ghidare** (10%)

Respondenții au exprimat nevoia de suport instituțional și metodologic (ghiduri, mecanisme clare de intervenție), inclusiv pentru gestionarea emoțiilor și prevenirea arderii profesionale.

5) **Resurse umane suplimentare și colaborare interinstituțională** (cca 5%)

Respondenții evidențiază insuficiența personalului calificat și necesitatea cooperării mai strânse între servicii. În acest context, este imperios necesar de recrutat personal calificat și conlucrarea cu alte servicii și autorități.

5. CONCLUZII

1. Cadrul normativ și alinierea la standardele internaționale

Cadrul normativ internațional (CRPD, Convenția de la Istanbul) evidențiază obligația statelor de a asigura protecția fetelor și femeilor cu dizabilități împotriva violenței și accesul lor egal la servicii sociale de reabilitare. Legislația națională este în mare parte armonizată cu angajamentele internaționale, însă persistă lacune importante, inclusiv absența unor prevederi explicite privind integrarea dizabilității în unele acte normative, lipsa mecanismelor clare de monitorizare și norme insuficiente privind accesul efectiv la servicii sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie. Ajustarea continuă a politicilor publice este necesară pentru a reflecta dinamica vulnerabilităților și pentru a consolida responsabilizarea instituțiilor cu competențe în domeniu.

2. Accesibilitatea și adaptarea serviciilor

Accesul la servicii pentru fetele și femeile cu dizabilități este neuniform, limitat de bariere fizice, informaționale și procedurale. Deși infrastructura fizică este parțial accesibilă (rampe, uși, coridoare), persistă deficiențe majore în accesibilitatea grupurilor sanitare, transportului adaptat și dotării cu tehnologii asistive. Accesibilitatea comunicațională este insuficient dezvoltată, lipsind materiale adaptate pentru persoane cu deficiențe senzoriale (tactile, vizuale, audio, limbaj mimico-gestual). Procedurile interne privind accesibilitatea sunt incomplete, ceea ce conduce la practici neuniforme între instituții.

3. Nivelul de pregătire și competențele profesionale ale personalului

Personalul angajat în serviciile sociale de reabilitare are un nivel predominant moderat de pregătire în domeniul dizabilității, cu experiență mai mare în cazul dizabilităților fizice, dar lacune semnificative privind dizabilitățile senzoriale, psihice și multiple. Există deficiențe în comunicarea adaptată, utilizarea tehnologiilor asistive și aplicarea intervențiilor diferențiate, ceea ce afectează evaluarea corectă și susținerea deciziei persoanelor cu dizabilități. Formarea profesională continuă este percepută drept necesitate critică de majoritatea respondenților.

4. Experiența practică și dinamica adresabilității

Aproximativ jumătate dintre specialiștii chestionați semnalează o creștere a numărului de adresări a persoanelor cu dizabilități, sugerând o conștientizare sporită și acces mai bun la servicii. Totuși, persistența unui procent semnificativ de respondenți care „nu pot aprecia” indică absența unui sistem uniform de monitorizare și raportare a cazurilor.

5. Barierele întâmpinate de fetele și femeile cu dizabilități

Persoanele cu dizabilități se confruntă simultan cu bariere fizice (transport, mobilitate, infrastructură), informaționale (lipsa materialelor adaptate), emoționale (stigmatizare, neîncredere), și atitudinale (ignorarea necesităților specifice). Cumularea acestor bariere reduce semnificativ șansele victimelor de a solicita și accesa sprijinul la timp.

6. Colaborarea interinstituțională și mecanisme de coordonare

Rețeaua de colaborare este puternică în raport cu actorii tradiționali ai sistemului social (asistent social comunitar, APL, poliție, instituții medico-sanitare etc.). Colaborarea este însă limitată cu

structurile specializate (centre comunitate de sănătate mintală, structurile teritoriale de asistență psihopedagogică) și cu organizațiile necomerciale, ceea ce reduce capacitatea intervențiilor multidisciplinare în cazurile complexe, fiind necesare mecanisme clare de coordonare și responsabilizare.

7. Resursele instituționale și operaționale

Instituțiile se confruntă cu deficite semnificative de resurse: infrastructură inadecvată, dotări insuficiente, lipsa echipamentelor asistive, resurse financiare și umane limitate. Lipsa acestor resurse afectează calitatea intervențiilor și generează un nivel ridicat de stres profesional și sentiment de neputință în rândul personalului din cadrul serviciilor sociale.

6. RECOMANDĂRI

1. Accesibilitate fizică, informațională și procedurală

- Asigurarea accesibilității integrale a serviciilor: infrastructură adaptată (rampe, căi de acces sigure, băi adaptate, semnalizare accesibilă).
- Dotarea serviciilor sociale de reabilitare cu tehnologii asistive și echipamente necesare (dispozitive de mobilitate, echipamente de comunicare, mobilier adaptat).
- Implementarea accesibilității informaționale: materiale în limbaj ușor de înțeles, format audio, video subtitrat, Braille, limbaj mimico-gestual, pictograme, ghiduri tactile.
- Adaptarea procedurilor de evaluare, admitere și intervenție pentru persoane cu dizabilități intelectuale, psihosociale, senzoriale sau multiple.
- Creșterea accesului la transport adaptat pentru persoanele cu mobilitate redusă victime ale violenței în familie.
- Realizarea evaluărilor periodice ale accesibilității (fizice, comunicaționale și procedurale) și implementarea unui plan de îmbunătățiri continue.

2. Consolidarea cadrului normativ și procedural

- Integrarea explicită și coerentă a conceptului de dizabilitate în toate actele normative care reglementează organizarea și funcționarea serviciilor sociale de reabilitare.
- Elaborarea unor prevederi normative uniforme pentru toate serviciile sociale de reabilitare: comunicare adaptată, proceduri accesibile, adaptări individualizate etc.
- Dezvoltarea și aprobarea procedurilor interne standardizate privind:
 - evaluarea nevoilor;
 - adaptarea intervențiilor;
 - referirea cazurilor;
 - coordonarea interinstituțională.
- Introducerea obligației de accesibilizare a informațiilor și a tuturor etapelor de intervenție.
- Implementarea unui mecanism național de monitorizare cu indicatori privind accesibilitatea, calitatea intervenției și satisfacția beneficiarilor.

3. Dezvoltarea profesională

- Elaborarea și implementarea procedurii de inserție profesională pentru personalul nou-angajat în serviciile sociale;
- Instituirea programelor obligatorii de formare profesională continuă privind:
 - intervenția centrată pe victimă;
 - abordarea dizabilității în contextul violenței;
 - comunicarea adaptată pentru deficiențe senzoriale;
 - intervenții pentru dizabilități intelectuale, psihosociale și multiple;
 - gestionarea cazurilor complexe și evaluarea riscului.
- Dezvoltarea modulelor despre drepturile persoanelor cu dizabilități, luarea deciziilor asistate și abordarea bazată pe drepturile omului.
- Consolidarea mekansimului de supervizare profesională, schimbului de experiență și instruirii multidisciplinare a personalului din cadrul serviciilor sociale.

- Consolidarea competențelor echipelor multidisciplinare privind identificarea, evaluarea și referirea fetelor și femeilor cu dizabilități victime ale violenței în familie.

4. Dezvoltarea serviciilor și a resurselor necesare

- Alocarea resurselor financiare suficiente pentru infrastructură, dotări și materiale adaptate.
- Asigurarea motivației financiare a personalului: salarii adecvate, stimulente, îmbunătățirea condițiilor de muncă.
- Crearea fondurilor dedicate pentru transport adaptat și tehnologii asistive.

5. Colaborarea interinstituțională și intervenție multidisciplinară

- Consolidarea colaborării dintre APL, servicii sociale, sănătate, poliție, educație, sănătate mintală, SAP, CCSM și organizații necomerciale.
- Stabilirea protocoalelor clare de cooperare și a mecanismelor de referire în cazurile de urgență.
- Organizarea ședințelor regulate de revizuire a cazurilor și a evaluărilor multidisciplinare.
- Implicarea organizațiilor necomerciale în dezvoltarea serviciilor de consiliere, acordarea suportului emoțional, instruire și advocacy.
- Valorificarea resurselor comunitare și a actorilor informali, cu respectarea confidențialității și neutralității.

6. Informare publică și creșterea adresabilității

- Realizarea campaniilor de sensibilizare accesibile în toate formatele (audio, video subtitrat, limbaj mimico-gestual, materiale tactile, easy-to-read).
- Promovarea serviciilor sociale de reabilitare și a drepturilor victimelor în comunități, inclusiv mediul rural, pentru reducerea stigmei.
- Inițierea campaniilor comunitare privind modalitățile de accesare a serviciilor sociale de reabilitare.

7. Monitorizarea și reducerea discrepanțelor teritoriale

- Introducerea unor instrumente standardizate de colectare a datelor privind numărul beneficiarilor cu dizabilități, tipul dizabilității și tipul intervențiilor.
- Analiza periodică a datelor pentru a identifica barierele de acces și zonele cu adresabilitate scăzută.
- Reducerea discrepanțelor teritoriale prin: campanii de informare în raioanele cu acces limitat; suplینirea resurselor locale; adaptarea infrastructurii și comunicării.

CHESTIONAR

Asociația Alianța Organizațiilor pentru Persoane cu Dizabilități, cu sprijinul Fundației Est-Europene, finanțat de Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC) și Guvernul Suediei, implementează Proiectul „Parteneriate locale și implicare națională pentru incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități”. În cadrul acestui Proiect se realizează un studiu care are drept scop determinarea barierelor și provocărilor cu care se confruntă personalul din cadrul serviciilor sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie și centrelor maternale privind protecția și asistența specializată a persoanelor cu dizabilități victime ale violenței. În rezultatul analizei vor fi elaborate recomandări privind îmbunătățirea cadrului legal și de politici sociale privind prevenirea și combaterea violenței împotriva persoanelor cu dizabilități.

Vă rugăm să citiți cu atenție întrebările și să bifați variantele care corespund cu opinia Dvs. sau să completați cu răspunsurile proprii. Răspunsurile primite la întrebările adresate mai jos, sunt strict confidențiale și urmează a fi utilizate doar în scopuri de analiză.

Vă mulțumim pentru timpul acordat!

Modulul A. OPINII CU PRIVIRE LA ACCESUL PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI LA SERVICIILE DE REABILITARE A VICTIMELOR VIOLENȚEI

- 1. În opinia Dvs. cum credeți cât de importantă este integrarea conceptului de „dizabilitate” în cadrul normativ de organizare și funcționare a serviciilor sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie/ a centrelor maternale? (selectați/bifați o singură variantă de răspuns)**

a) Foarte importantă	b) Importantă	c) Moderat	d) Puțin importantă	e) Deloc importantă	f) Îmi este greu să apreciez
☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 2. În general, cum apreciați calitatea serviciilor sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie/ serviciilor prestate de centrele maternale? (selectați/bifați o singură variantă de răspuns)**

a) Excelentă	b) Foarte bună	c) Bună	d) Satisfăcătoare	e) Nesatisfăcătoare	f) Îmi este greu să apreciez
☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 3. Cum apreciați accesul persoanelor cu dizabilități victime ale violenței la serviciile sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie și centrele maternale? (selectați/bifați o singură variantă de răspuns)**

a) Excelentă	b) Foarte bună	c) Bună	d) Satisfăcătoare	e) Nesatisfăcătoare	f) Îmi este greu să apreciez
☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 4. Serviciul în care activați dispune de (pentru fiecare rând din tabelul de mai jos selectați o singură variantă de răspuns):**

Nr.r.	Da	Nu	Îmi este greu să apreciez
-------	----	----	---------------------------

a)	rampă accesibilă la intrare			
b)	ușă accesibilă la intrarea în clădire			
c)	uși interioare accesibile			
d)	informații despre Serviciu în limbaj accesibil			
e)	grup sanitar accesibil, dotat cu bare de suport și elemente de orientare vizuală			
f)	coridor/coridoare accesibile			
g)	proceduri interne clare, inclusiv cu referire la asistența persoanelor cu dizabilități			

Modulul B. OPINII CU PRIVIRE LA NIVELUL DE COMPETENȚĂ AL PERSONALULUI PRIVIND LUCRUL CU PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI

5. Dvs. dețineți experiență de lucru cu persoanele cu dizabilități beneficiare a Serviciului în care activați? (selectați o singură variantă de răspuns)

- a) da
- b) nu -----treceți la întrebarea 9
- c) nu pot aprecia -----treceți la întrebarea 9

6. În cazul în care dețineți experiență de lucru cu persoanele cu dizabilități în cadrul Serviciului, Vă rugăm să indicați ce tip de dizabilitate aveau/au aceste persoane? (pentru fiecare rând din tabelul de mai jos selectați o singură variantă de răspuns)

Nr.r.	Tipul de dizabilitate	Da	Nu
a)	Dizabilități fizice		
b)	Deficiențe de văz		
c)	Deficiențe de auz		
d)	Dizabilități intelectuale		
e)	Dizabilități psihice		
f)	Dizabilități multiple		

7. Reieșind din experiența Dvs. profesională, cum credeți în ultimii 3 ani a crescut numărul persoanelor cu dizabilități care se adresează la serviciile sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie/ la centrelor maternale?

- a) Da
- b) Nu
- c) Greu de apreciat

8. În procesul de oferire a asistenței persoanelor cu dizabilități victime ale violenței cu ce instituții/servicii/actori comunitari ați colaborat/colaborați?

- a) Asistentul social comunitar
- b) Primărie
- c) Poliție
- d) Instituții de învățământ general
- e) Instituții medico-sanitare (spital, centrul medicilor de familie, centrul de sănătate publică)
- f) Oficiul teritorial pentru ocuparea forței de muncă
- g) Centrul Comunitar de Sănătate Mentală
- h) Structurile Teritoriale de Asistență Psihopedagogică

- i) Structurile Teritoriale de Asistență Socială
- j) Biroul de probațiune
- k) Organizații necomerciale
- l) Culte religioase
- m) Alte

instituții/servicii/actori

comunitari

(specificați) _____

9. Cum apreciați nivelul Dvs. de pregătire privind oferirea asistenței unei persoane cu dizabilități în dependență de tipul de dizabilitate (pentru fiecare rând din tabelul de mai jos selectați o singură variantă de răspuns)

Nr.r.	Tipul de dizabilitate	Foarte înalt	Înalt	Satisfăcător	Nesatisfăcător
a)	Dizabilități fizice				
b)	Deficiențe de văz				
c)	Deficiențe de auz				
d)	Dizabilități intelectuale				
e)	Dizabilități psihice				
f)	Dizabilități multiple				

10. Cât de des includeți în planul de activitate a Serviciului sau planul individualizat de asistență a beneficiarului acțiuni privind asigurarea accesului persoanele cu dizabilități la servicii și resurse? (selectați o singură variantă de răspuns)

- a) Niciodată
- b) Rar
- c) Ocazional
- d) Frecvent
- e) Mereu

11. Cum credeți cu ce probleme și dificultăți se confruntă persoanele cu dizabilități victime ale violenței în accesarea serviciilor sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie? (pot fi selectate mai multe variante de răspuns)

- a) Lipsa/insuficiența informațiilor cu privire la serviciile sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie
- b) Lipsa de informații în limbaj accesibil (ușor de citit și de înțeles)
- c) Cunoștințe limitate despre posibilitatea de a accesa serviciile sociale de reabilitare a victimelor violenței în familie
- d) Rușinea și frica de a fi stigmatizat(ă)/neacceptat(ă)
- e) Posibilități reduse de deplasare a persoanei cu dizabilități
- f) Lipsa de resurse financiare pentru a se deplasa
- g) Lipsa transportului specializat
- h) Lipsa mijloacelor ajutoare tehnice (de exemplu, fotolii rulante, premergătoare etc.)
- i) Ignorarea necesităților persoanelor cu dizabilități de către actorii comunitari
- j) Altele (specificați) _____

12. Cu ce bariere și probleme vă confrunțați în activitatea Dvs. profesională privind oferirea asistenței persoanelor cu dizabilități victime ale violenței? (pot fi selectate mai multe variante de răspuns)

- a) Insuficiența cunoștințelor privind lucrul cu persoanele cu dizabilități
- b) Lipsa de informații și materiale cu privire la asistența persoanelor cu dizabilități victime ale violenței
- c) Lipsa/insuficiența programelor de formare continuă în domeniu
- d) Lipsa accesibilității mediului fizic în cadrul Serviciului (lipsa rampei de acces, spațiile igienico-sanitare neadaptate etc.)

- e) Lipsa mijloacelor ajutătoare tehnice pentru persoanele cu dizabilități
- f) Colaborarea deficitară cu alte instituții și actori comunitari privind reintegrarea persoanelor cu dizabilități în familie și comunitate
- g) Altele (specificați) _____

13. Cum credeți ce trebuie de întreprins pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilități victime ale violenței la serviciile sociale de reabilitare? (pot fi selectate mai multe variante de răspuns)

- a) Organizarea campaniilor de informare a populației despre serviciile sociale de reabilitare a victimelor violenței
- b) Elaborarea unui program de formare continuă pentru personalul din cadrul serviciilor sociale de reabilitare în domeniul asistenței persoanelor cu dizabilități victime ale violenței
- c) Instruirea/formarea continuă a personalului din cadrul serviciilor sociale de reabilitare a victimelor privind asistența persoanelor cu dizabilități
- d) Instruirea echipelor multidisciplinare privind prevenirea violenței, identificarea și referirea cazurilor
- e) Revizuirea cadrului normativ privind organizarea și funcționarea Serviciului prin prisma asigurării accesului persoanelor cu dizabilități
- f) Revizuirea procedurilor interne a Serviciului prin prisma asigurării accesului persoanelor cu dizabilități
- g) Adaptarea mediului fizic a serviciilor sociale de reabilitare
- h) Dotarea serviciilor sociale de reabilitare cu tehnologii asistive, în corespundere cu necesitățile beneficiarilor
- i) Altceva (specificați) _____

12. Ce schimbări considerați că sunt necesare de realizat în cadrul Serviciului în care activați pentru a asigura accesul la servicii de calitate a persoanelor cu dizabilități victime ale violenței?

- a) În primul rând _____
- b) În al doilea rând _____
- c) În al treilea rând _____

13. Cum credeți de ce fel de suport ați avea nevoie Dvs. pentru ca să vă realizați sarcinile/atribuțiile de serviciu într-un mod mai eficient?

Modulul C. DATE SOCIO-DEMOGRAFICE

14. Genul Dvs.

- a) Feminin
- b) Masculin

15. Categoriya de vârstă în care vă încadrați:

- a) 18 - 30 ani
- b) 31 - 40 ani
- c) 41 - 50 ani

- d) 51 – 60 ani
- e) 61 - 63 ani
- f) 63+ ani

16. Care este funcția Dvs. în cadrul Serviciului?

- a) Manager(ă)
- b) Asistent(ă) social(ă)
- c) Psiholog(ă)
- d) Psihopedagog(ă)
- e) Medic(ă)
- f) Asistent(ă) medical(ă)
- g) Altă funcție (specificați): _____

17. Indicați denumirea completă a Serviciului social în care activați:

18. De cât timp activați în cadrul acestui Serviciu?

- a) Mai puțin de 1 an
- b) > 1-3 ani
- c) > 3-5 ani
- d) > 5 -10 ani
- e) Mai mult de 10 ani

19. Studii (bifați)

- a) Doctor în științe
- b) Superioare masterat
- c) Superioare licență
- d) Superioare necomplete
- e) Medii de specialitate

20. Studiile corespund cu ocupația/funcția Dvs.?

- a) da
- b) nu

21. Sunteți încadrat într-un grad de dizabilitate?

- a) da
- b) nu

22. Mediul de reședință al Dvs.

- a) rural
- b) urban

Vă mulțumim mult!